

Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada SEABEVS 2023



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

RICARDO NUNES
PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

LUIZ CARLOS ZAMARCO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

MAURÍCIO SERPA
SECRETÁRIO ADJUNTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

ROBERTO CARLOS ROSSATO
CHEFE DE GABINETE

SANDRA MARIA SABINO FONSECA
**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- SEABEVS**

MARILANDE MARCOLIN
SECRETÁRIA EXECUTIVA – ATENÇÃO HOSPITALAR

LÚCIA HELENA AZEVEDO
DIRETORA DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

MARCELA J. PASSERINE
COORDENADORA DA REGULAÇÃO

ROBERTO TOLOSA JUNIOR
COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO - CEINFO

COORDENADORES REGIONAIS DE SAÚDE

Ana Cristina Kantzos - Norte
Andreza Aparecida Yabiku - Sudeste
Marcelo Dell Áquila Gonçalves - Sul
Nilza Maria Piassi Bertelli - Leste
Paulete Secco Zular - Centro
Regiane de Santana Piva - Oeste

**EQUIPE TÉCNICA DE FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES OPERACIONAIS DA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA - SEABEVS**

I. GRUPO DE TÉCNICO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SMS.G

Eliziane Rosa Rocha
Janice Olívia Galvane
João Mauricio Peres Mainenti
Lúcia Helena de Azevedo
Sandra Maestrelli Goicocheia Pimentel Felipe
Valdir Monteiro Pinto
Vânia Lúcia Siervi Manso

II. GRUPO DE TÉCNICO COLABORADOR

Alexandra Dias Teodoroviz - CRS Leste
Ana Claudia Ribeiro - CRS Norte
Camila Souza Pereira Fermiano - CRS Leste
Carla de Britto Pereira - SMS.G
Carla Viviane Araújo Rodrigues - SMS.G
Christianne Pujol Fogaça - CRS Sudeste
Equipe CEINFO - SMS
Ivete Mitiko Tanaka Carezato - CRS Leste
Maria Aparecida Lucarelli - CRS Oeste
Maria Emília Carvalhães Machado - CRS Centro
Maria Isabel Meunier Ferraz - SMS.G
Maria Rosália Jorge de Almeida Martins Silva - SMS.G
Marília Namó de Oliveira - CRS Sul
Rubia Marques - CRS Norte
Sandra Lucia Brum Mirandez - SMS Regulação
Sandra Moreira Lima de Angelo - CRS Sudeste
Silvana Maria Gragnani - CRS Sul

III. SUPERVISORES TÉCNICOS DE SAÚDE – STS

Alvelice Reis Santos Oliveira Chamelet - STS Cidade Tiradentes
Ana Patrícia Carneiro Gonçalves Bezerra - STS Lapa/ Pinheiros
Antonio Carlos Frias - STS Vila Maria/ Vila Guilherme
Cintia Heger - STS Vila Prudente/ Sapopemba
Cleonice de Oliveira Cardoso Exposito - STS M'Boi Mirim
Deborah Magalhães Cerqueira - STS Itaim Paulista
Eliete Cristina Bergamo Alves - STS Ermelino Matarazzo
Elizabeth Fumiko Takeuchi Nakamura - STS Butantã
Fabia Regina Aprelini - STS São Miguel Paulista
Ingrid Ruotti Ribeiro de Oliveira - STS Itaquera
José Carlos Alves - STS Santa Cecília
Maria Aparecida Faustino - STS Freguesia do Ó/ Brasilândia
Maria Regina Rossi - STS Capela do Socorro
Mariana Delega Souza Gonçalves - STS Penha
Mariângela Pacheco - STS Santo Amaro/ Cidade Ademar
Mauricio Fernando Lopes - STS Parelheiros
Mercio Mitsuo Kuramochi - STS Vila Mariana/ Jabaquara
Patricia Araújo Querubim Ritt - STS São Mateus
Renata Eliza de Oliveira - STS Pirituba
Rogério Mattos Hochheim - STS Campo Limpo
Sanny Fabretti Bueno Grosso - STS Mooca/ Aricanduva
Silvia Regina Pinto - STS Casa Verde/ Cachoeirinha

Sueli de Medeiros Cardoso dos Passos Carvalho - STS Ipiranga -
Suzana Maria Velloso Dutra Pugliano - STS Guaianases
Teresa Cristina Gonçalves de Abreu - STS Perus
Vanessa Cristina de Oliveira Santos - STS Santana/ Jaçanã
Wagner Gonçalves - STS Sé

IV. GERENTES DE ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

HOSPITAL DIA

Unidades 24 horas

HOSPITAL DIA / HOSPITAL MUNICIPAL CAPELA DO SOCORRO - Marcela Coutinho da Conceição Bergman

HOSPITAL DIA / HOSPITAL MUNICIPAL SOROCABANA - Pollyana Santana Mota Dias

HOSPITAL DIA BRASILANDIA - Rosimeire Fatima Biondo Pinto de Souza

HOSPITAL DIA BUTANTA - Christiane Moreira de Oliveira Rosendo

HOSPITAL DIA CIDADE ADEMAR - Ronald Maia Filho

HOSPITAL DIA DR FLAVIO GIANNOTTI - Fabiana Cristina de Lima Alves

HOSPITAL DIA SANTO AMARO - Alexandre Rodrigues da Silva

HOSPITAL DIA SAO MIGUEL - TITO LOPES - Aline Ruas de Souza Ferreira

HOSPITAL DIA V. GUILHERME - Valeria Marques Galatti do Prado

Unidades 12 horas

HOSPITAL DIA CAMPO LIMPO - Jean Clay Miranda dos Santos

HOSPITAL DIA ITAIM PAULISTA - Ida Marcia Beneite Pereira da Silva

HOSPITAL DIA M BOI MIRIM I - JARDIM IBIRAPUERA - Patrícia Meire Caravante Gaia

HOSPITAL DIA M BOI MIRIM II JARDIM VERA CRUZ - Erica Regina da Silva Lavoura

HOSPITAL DIA MOOCA - Lidiane Amanda Sheid

HOSPITAL DIA PENHA - Vagner Sefarim de Deus

HOSPITAL DIA SAO MATEUS - Vanderlei de Almeida

HOSPITAL DIA VILA PRUDENTE - Fabiana Cristina de Lima Alves

AE

Alto da Boa Vista - Victor Di Donato Marques

Ceci "Dr. Alexandre Kalil Yasbec" - Andréa Costa Moreira

Freguesia do Ó - Camila Camandaroba

Jardim Marcelo - Sandra Sueli Geib Pereira

Jose Bonifácio IV - Gisele Martins Vianna Mattos

Milton Aldred - Karine Cristina Castão

Mooça "Dr. Ítalo Domingos Le Vocci" - Elisabete Xavier Meza Gomes

Parelheiros - Dirce Miyuki Ueda Kato

Perus - Julia Prati Lago

Pirituba - Vera Sales Bueno

São Carlos - Natália Benatti Galceran Palanch

Sapopemba - Sandra Lazaro de Melo

Tucuruvi - Braz de Castro Junior

AMA - E

Burgo Paulista - Viviane Watanabe dos Santos

Campo Limpo Pediátricas - Joacira Mota Matos Santos

Capão Redondo - Caio Vinicius Souza

Itaquera - Silvia Napoli Fichino

Jardim Guairacá - Jeane Sant'Anna Ramalho
Jardim São Luís - Mariana de Oliveira
Parque Peruche - Barbara de Paula M. Saffioti
Perus - Adriana Alves Benetti
Santa Cecília - Fatima de Oliveira Afonso
Vila Constância - Maria Zaira Benitez Gonçalves
Vila das Mercês - Vanessa Aparecida Conde da Costa
Vila Zatt - Mayara Cordeiro de Oliveira

PRODUÇÃO

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO - ASCOM/SMS

Coordenador de Criação - Jonathan Muniz
Diagramação - Danielle Meniche Cruz

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada

2023. 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.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 - Estabelecimentos da Atenção Especializada - SEABEVs	16
Hospital Dia	17
Ambulatório de Especialidades (AE) e Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA-E)	18
Centro de Referência da Dor Crônica	19
Diretrizes para a Atenção Especializada	20
CAPÍTULO 2 - Modelo assistencial da Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde	21
Relação da Atenção Básica e Atenção Especializada na RAS	21
Regulação local nos estabelecimentos de saúde	22
Longitudinalidade no cuidado: Integração entre Atenção Básica e Atenção Especializada	24
Resolutividade da Atenção Especializada: o cuidado crônico longitudinal, o cuidado imediato transitório e a gestão de altas	25
Tratamentos cirúrgicos na Atenção Especializada	27
CAPÍTULO 3 - Diretrizes da Atenção Especializada	32
Diretrizes Operacionais Gerais	32
Diretrizes Operacionais Específicas	33
Parametrizações de atendimento por estabelecimento da Atenção Especializada	37
Registro da produção assistencial	40
Requisitos técnicos e funções da equipe gestora local	41
Diretor Geral	41
Responsável técnico	42
Diretor Clínico	42
Médico	43
Enfermeiro	44
Técnicos e auxiliares de enfermagem	46
Assistente social	46
Psicólogo	47
Nutricionista	47
Farmacêutico	47
Auxiliares e técnicos administrativos	49
Equipe de regulação	49
Organização da Unidade	51
Participação popular e controle social	55
Ouvidoria da saúde	55
CAPÍTULO 4 - Diretrizes estruturais	57
CAPÍTULO 5 - Telemedicina na Atenção Especializada	58
Diretrizes da Telemedicina	59
Modalidades da telemedicina	59

INSTALAÇÃO DE UNIDADES HOSPITAL DIA	59
ANEXO 1 - PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA	60
ANEXO 2 - COMISSÕES, COMITÊS E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS	68
ANEXO 3 - MANUAL DE ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA INSTALAÇÃO DE UNIDADES HOSPITAL DIA	72
ANEXO 4 - INDICADORES DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	75
ANEXO 5 - CGR/CIR – SÃO PAULO - RRAS 06 DELIBERAÇÃO Nº 10/2022	79
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	80

INTRODUÇÃO

O município de São Paulo (MSP), capital do estado de São Paulo, é a cidade mais populosa do Brasil, do continente americano e de todo o hemisfério sul, com população projetada para 2023 de 12.005.755 habitantes (Fundação SEADE, 2023). O MSP faz parte da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), que conta com 39 municípios, uma das dez regiões metropolitanas mais populosas do mundo, na qual residem mais de 22 milhões de habitantes. Neste sentido, o MSP apresenta-se como relevante não só por sua alta densidade populacional, mas por concentrar atividades de troca e interação social com o restante do país.

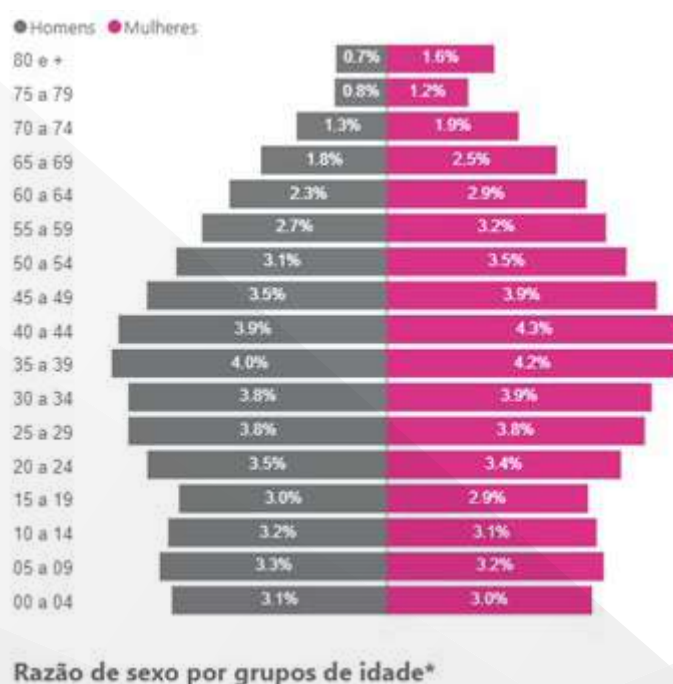
No que diz respeito à política de saúde, a cidade produz o maior número de internações SUS do país, assim como o maior número de procedimentos ambulatoriais de baixa, média ou alta complexidade. Conta com 470 Unidades Básicas de Saúde, 42 Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial e 25 hospitais gerais sob gestão municipal que fazem parte de uma rede com 1.020 estabelecimentos de saúde (MS/DATASUS-CNES; SMS/CEInfo- ESTABSUS).

A Secretaria Municipal da Saúde tem fortalecido o desenvolvimento dos serviços em Rede de Atenção à Saúde, aumentando a capacidade e a resolutividade da Atenção Básica e promovido o aumento da prestação de serviços especializados.

A Atenção Especializada constitui oferta de atenção complementar para o diagnóstico e tratamento de agravos específicos que necessitam de avaliação especializada. Sua implementação na rede municipal de atenção à saúde vem se dando de maneira capilarizada, visando atender as necessidades de saúde locais contemplando as seis macrorregiões. Essa estratégia objetiva agilizar o acesso do paciente, diminuir os deslocamentos, reduzir o tempo de espera e aumentar a resolutividade das consultas e procedimentos especializados, sejam eles diagnósticos ou cirúrgicos eletivos.

Os equipamentos da Atenção Especializada contam com o sistema SIGA para disponibilização de sua oferta regulada para o acesso adequado do paciente a partir

Gráfico 1: Pirâmide populacional. Município de São Paulo, 2023.



Fonte: População residente projetada para 01/07/23. Fundação SEADE, 2023.

da AB.

A pirâmide populacional do MSP (Gráfico 1) demonstra a concentração de adultos na faixa etária entre 20 e 59 anos, somando 58,4% da população em 2023. As pessoas com mais de 60 anos já representam 16,9% da população (Fundação SEADE, 2023), ampliando a demanda por ações de cuidado relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DANT), agravadas pelas comorbidades. O MSP está passando pela Fase 4 do processo de transição demográfica, com baixas taxas de natalidade e mortalidade, estabilização no crescimento vegetativo - taxa geométrica de crescimento da população 2010 / 2022 (em % ao ano) de 0,22. Em termos gerais, a redução da natalidade acompanhada da diminuição nas taxas de mortalidade vem gerando um envelhecimento populacional crescente no MSP, que ocorre de forma desigual entre as regiões da cidade. As regiões mais pobres apresentam população composta majoritariamente por crianças e adultos jovens, disparidade que traz desafios de cunho gerencial, por demandar modelos diferenciados nos serviços de assistência.

Administrativamente, o MSP é dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) marcadamente desiguais: Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul (Tabela 1). As CRS são subdivididas em 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS).

Tabela 1: População residente segundo ciclo de vida e índice de envelhecimento (IE) por Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2022.

Coordenadoria Regional de Saúde	Crianças < 10 anos	Adolescente 10 a 19 anos	Adultos 20 a 59 Anos	Idosos >= 60 Anos	Total	Índice de envelhecimento
Centro	50.487	41.713	274.667	95.169	462.036	130,7
Leste	352.932	341.101	1.501.522	337.315	2.532.870	64,8
Norte	307.328	284.866	1.353.933	380.375	2.326.502	84,5
Oeste	119.594	111.199	618.003	232.013	1.080.809	131,2
Sudeste	305.249	294.724	1.565.550	549.242	2.714.765	121,0
Sul	395.180	378.719	1.692.365	376.970	2.843.234	64,7
MSP	1.530.770	1.452.322	7.006.040	1.971.084	11.960.216	87,3

Fonte: População projetada em 01/07/22; Fundação SEADE, 2012.

Nota: (1) Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A Tabela 2 apresenta a população de crianças e adolescentes menores de 20 anos, residentes no município de São Paulo segundo idade escolar, por Coordenadorias Regionais e por Supervisões Técnicas de Saúde.

Tabela 2: População residente menor de 20 anos segundo faixa etária (em anos) por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde de residência. Município de São Paulo, 2022.

Coordenadoria Regional de Saúde / Supervisão Técnica de Saúde	00 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	Total
Centro	23.711	26.776	22.353	19.360	92.200
Santa Cecília	9.229	10.172	8.612	7.619	35.632
Sé	14.482	16.604	13.741	11.741	56.568
Leste	174.621	178.311	167.377	173.724	694.033
Cidade Tiradentes	17.980	17.671	16.848	18.280	70.779
Ermelino Matarazzo	12.796	13.427	12.768	12.924	51.915
Guaianases	21.737	21.963	20.051	20.330	84.081
Itaim Paulista	27.434	27.779	26.017	27.191	108.421
Itaquera	35.644	37.145	35.610	36.955	145.354
São Mateus	32.873	33.511	34.502	33.170	131.056
São Miguel	26.157	26.815	24.581	24.874	102.427
Norte	150.033	157.295	142.561	142.305	592.194
Casa Verde / Cachoeirinha	20.648	22.040	19.621	18.943	81.252
Freguesia / Brasilândia	30.428	31.582	27.695	27.435	117.140
Perus	13.042	12.989	11.964	12.528	50.523
Pirituba	30.286	31.609	29.536	30.240	121.671
Santana Jaconã	37.089	39.100	35.956	36.116	148.261
Vila Maria / Vila Guilherme	18.540	19.975	17.789	17.043	73.347
Oeste	56.609	62.985	57.284	53.915	230.793
Butantã	29.448	31.958	27.832	26.587	115.825
Lapa / Pinheiros	27.161	31.027	29.452	27.328	114.968
Sudeste	146.654	158.595	148.574	146.150	599.973
Ipiranga	27.124	29.247	28.077	28.011	112.459
Mooca / Aricanduva	33.292	36.502	32.973	31.841	134.608
Penha	26.822	28.550	26.629	26.605	108.606
Vila Mariana / Jabaquara	27.832	31.211	29.297	27.513	115.853
Vila Prudente / Sapopemba	31.584	33.085	31.598	32.180	128.447
Sul	194.151	201.029	187.764	190.955	773.899
Campo Limpo	47.584	48.984	46.657	47.932	191.157
Capela do Socorro	44.732	46.150	42.053	42.837	175.772
M'Boi Mirim	46.230	47.920	44.863	45.561	184.574
Parelheiros	13.235	13.201	11.832	12.302	50.570
Santo Amaro / Cidade Ademar	42.370	44.774	42.359	42.323	171.826
Total	745.779	784.991	725.913	726.409	2.983.092

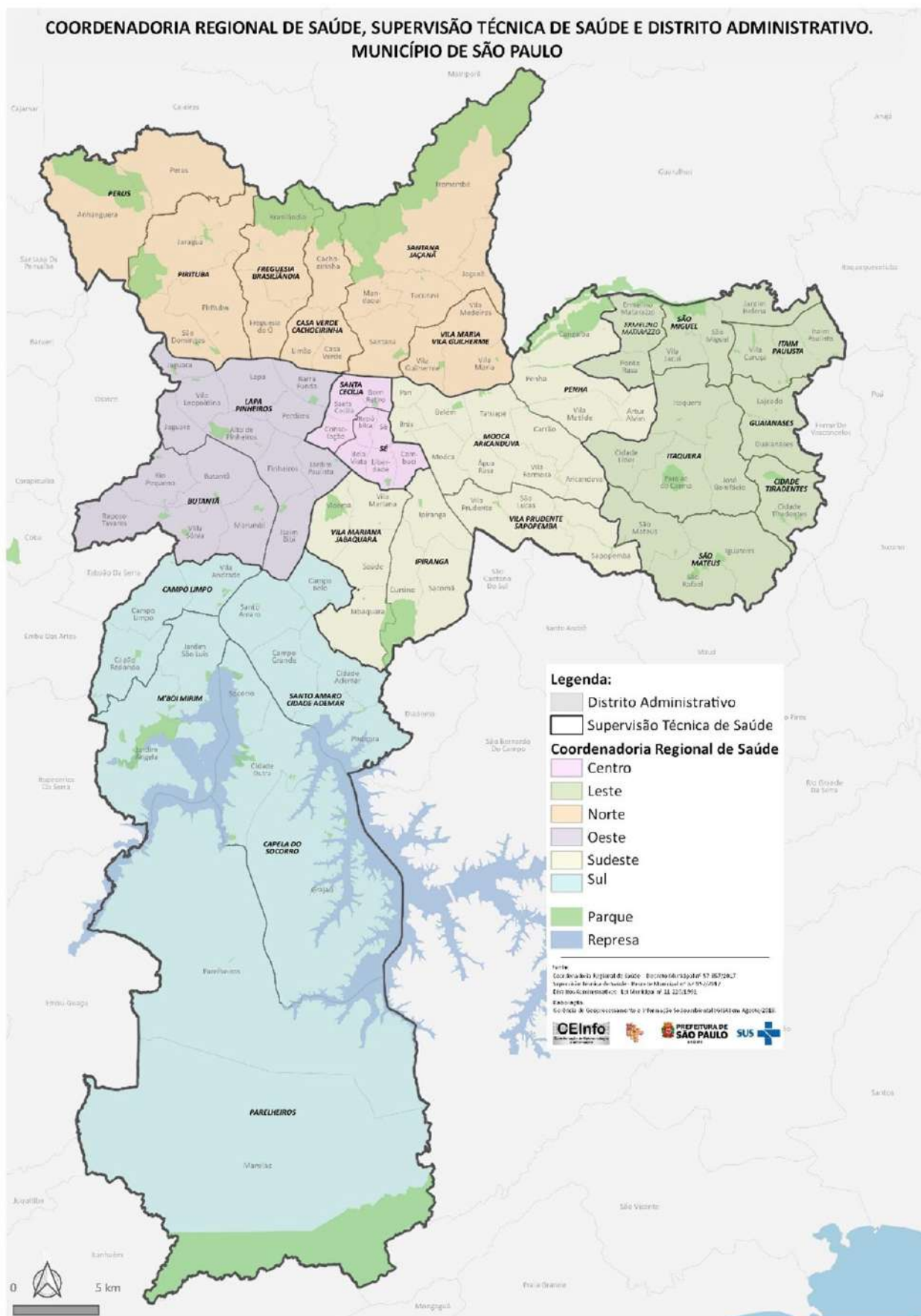
Fonte: População projetada em 01/07/22; Fundação SEADE, 2012.

A Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal da Saúde mantém publicação periódica do Boletim CEInfo Saúde em Dados do MSP, com dados de população, nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção assistencial (cobertura assistencial e agenda SIGA-Saúde), consultas médicas, de enfermagem e primeira consulta odontológica, consultas médicas especializadas, assistência hospitalar, apoio diagnóstico, rede física, estabelecimentos / serviços da SMS-SP.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Regiões de saúde ou distritos

Figura 1: Divisão territorial / administrativa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Município de São Paulo, dezembro/ 2022.



Disponibilidade e prestação de serviços na rede pública municipal

A figura 2 abaixo ilustra os estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal, em dezembro de 2022, por Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde

Figura 2: Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, dezembro / 2022.

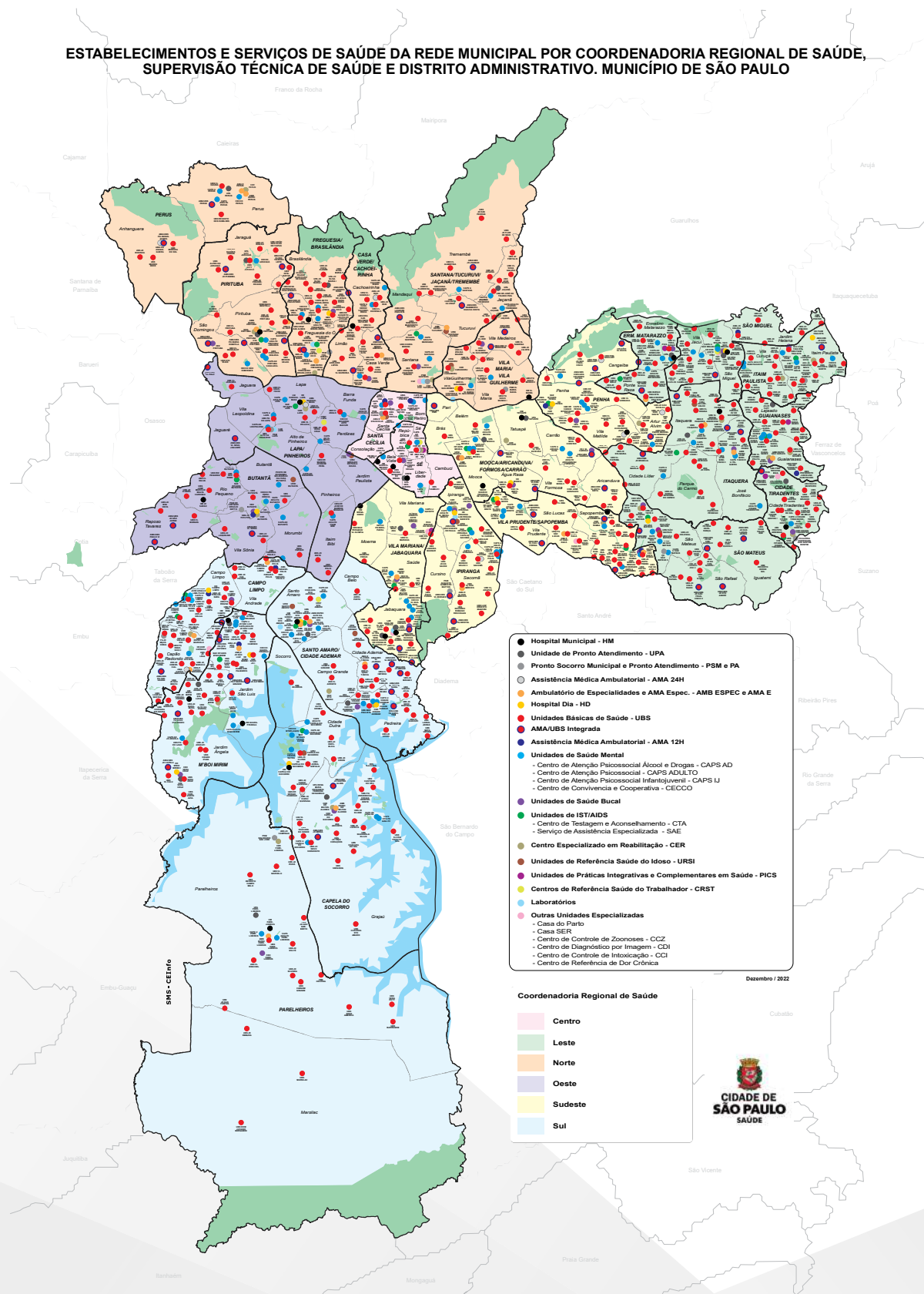


Tabela 3: Nº de Serviços da Atenção Especializada próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo, dezembro de 2022 *

	Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	Total
HD		3	2	2	4	6	17
AMB ESPEC		2	4	-	3	4	13
AMA E	1	2	3	-	2	4	12
Total	1	7	9	2	9	14	42

Fonte: MS/DATASUS- CNES; SMS/CEInfo- ESTABSUS; * Dados preliminares, sujeitos à revisão - 17/01/2023

CAPÍTULO 1

Estabelecimentos da Atenção Especializada - SEABEVS

A Atenção Especializada no município de São Paulo é, atualmente, composta pelos seguintes serviços:

- I. Hospital Dia (HD);
- II. Hospital Dia Hospitalar;
- III. Ambulatórios de Especialidades (AE);
- IV. Atenção Médica Ambulatorial Especializada (AMA-E);
- V. Centro de Referência da Dor Crônica (CRDOR-CRONICA).

Este capítulo apresenta as características gerais de cada um desses serviços, seus horários de funcionamento e como acessá-los.

As unidades funcionam 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 garantem atenção integral e adstrita (preferencialmente) ao território de abrangência das unidades envolvidas.

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.

Cada estabelecimento da Atenção Especializada deve estar contemplado, ainda, com instrumentos norteadores e customizados (regimento interno da unidade, regimento interno de enfermagem e regimento interno administrativo, outros) baseados nas macrodiretrizes desta rede.

Toda informação referente à assistência prestada no estabelecimento da Atenção Especializada 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.

Excepcionalmente, os horários de serviço aqui definidos poderão ser modificados, em função da realidade de cada território e na dependência dos contratos de gestão, convênios ou contratualizações.

O acesso dos pacientes da AB nas vagas ofertadas pela Atenção Especializada para Especialidades e Exames se dá segundo os fluxos regulatórios vigentes no município com agendamentos realizados pelas UBS e pelos reguladores Regionais ou Centrais conforme o fluxo regulatório, preferencialmente, dentro do mesmo território de saúde garantido a regionalização de oferta através do SIGA-Saúde/SP.

Os serviços da Atenção Especializada 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.

O ciclo completo de atendimento nos equipamentos da Atenção Especializada deve ser totalmente informatizado e, alinhado à política de modernização da informação e informatização da SMS/SP.

A implantação e operacionalização da Atenção Especializada deve considerar um programa de capacitação/educação permanente das suas equipes usando, para tanto, metodologias participativas/problematizadoras e a Telessaúde.

1.1. HOSPITAL DIA

O HOSPITAL DIA é o local para a assistência intermediária que presta atendimento ambulatorial especializado e internação, destinado a realizar consultas médicas especializadas, procedimentos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos eletivos, de baixa e média complexidade que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de curta permanência. São priorizados os tratamentos menos invasivos, com alto grau de resolução e complexidade adequada para um atendimento eficiente e humanizado.

No Município de São Paulo este modelo foi inovado com a ampliação do horário de funcionamento em alguns HD para 24 horas. Com esta nova possibilidade, garantimos a ampliação na realização de cirurgias de média complexidade, sem gerar dependência total da execução desta demanda em leitos de hospitais gerais que podem ser prioritariamente utilizados para maiores complexidades. Essa inovação foi implantada a partir de julho de 2021, através da adequação de alguns HD que mantiveram o perfil de assistência especializada de forma semelhante aos HD 12 horas, porém, funcionando em regime de 24 horas. Este cenário possibilita também a realização de cirurgias de pequeno e médio porte para pacientes com comorbidades.

São cirurgias realizadas nos Hospitais Dia: cirurgia geral (colecistectomias por via laparoscópicas, hérnias), cirurgia vascular (varizes), ortopedia (dedo em gatilho, túnel do carpo, túnel do tarso, cisto sinovial); proctologia (hemorroida, fístulas), dentre outros tratamentos cirúrgicos de baixa complexidade como biópsia de pele, cisto, cantoplastia, quelóide também são realizados nestes estabelecimentos. Com a extensão de horário, passaram a ser realizadas colecistectomias por laparoscopia, laqueaduras, histerectomia por via laparoscópica, cirurgias de correção de Incontinência urinária de esforço com sling, cirurgias otorrinolaringológicas, ureterolitotripsias e outras cirurgias urológicas, gastrostomias, colonoscopias e endoscopias para pacientes idosos ou com comorbidades e hérnias com maior complexidade.

O perfil de cirurgias realizadas pelos HD deverá corresponder a demanda regional e por isso a necessidade de realinhamento sobre o escopo cirúrgico será monitorado pela Atenção Especializada.

HOSPITAL DIA HOSPITALAR (HD - HOSPITALAR)

Os HD-hospitalares exercem as mesmas atividades que os HD, mas são serviços que se encontram alocados dentro de um hospital municipal.

Os modelos de HD e HD-hospitalar não substituem o modelo hospitalar convencional

que sempre será de fundamental importância.

A porta de entrada prioritária do cidadão aos Hospitais Dia e HD-hospitalar se dá a partir da Rede de Atenção Básica (AB) pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ordenadoras da rede e coordenadoras do cuidado.

Cada estabelecimento oferta uma grade de especialidades assistenciais, baseando-se nas demandas e necessidades de saúde populacional da região.

- **ESPECIALIDADES MÉDICAS:** são áreas secundárias a atenção básica, caracterizadas por áreas de conhecimento específico dentro da medicina. A disponibilidade dos serviços é configurada de acordo com a necessidade regional em paralelo a análise da necessidade, demanda e oferta.

- **ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS:** são áreas que compõem a atenção básica configuradas por encaminhamento médico para outras categorias assistenciais. 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: serviço social, farmácia, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, outras.

- **EXAMES:** são ofertados diferentes tipos de exames diagnósticos: laboratoriais, de imagem, gráficos e endoscópicos.

COMO ACESSAR HD: O agendamento para consultas médicas e exames diagnósticos nos Hospitais Dia é realizado através do atendimento na UBS (prioritariamente) mediante solicitação prévia do médico. Todo agendamento é realizado via Agenda Regulada, através do registro no Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde do MSP (SIGA-Saúde/SP) e pelo Agenda fácil para os pacientes em fila de espera.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO HD: funciona no mínimo 12 horas, podendo ser estendido para até 24 horas:

HD 12 horas - de segunda-feira a sábado.

HD 24 horas - de segunda-feira a domingo (acesso ao público das 07h00 às 19h00).

REFERÊNCIAS HOSPITALARES PARA OS HD: os HD, independente do regime de funcionamento, devem obedecer às referências hospitalares estabelecidas e acordadas por meio de Deliberação CGR/CIR da grade da RUE aprovada pela CIR em 2022. (Anexo 5). Esta grade está disponível nas CRS.

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

São unidades de saúde configuradas como policlínicas especializadas. Nestes estabelecimentos, são oferecidas consultas médicas especializadas e exames de apoio diagnóstico especializados em um mesmo local. Cada unidade possui uma grade de serviços específicos conforme as necessidades da região.

- Especialidades médicas nos AE e AMA-E: são ofertados diferentes tipos de

especialidades, como: ortopedia, cardiologia, endocrinologia, neurologia, urologia, entre outras. Alguns estabelecimentos realizam procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade como biópsia de pele, cauterizações, exérese de pequenos nódulos e cistos, entre outros. Estes procedimentos não são realizados em ambiente cirúrgico, mas sim em sala de procedimentos ou em consultórios especializados.

- Exames: são ofertados diferentes tipos de exames, como: ultrassonografia, mapa, holter, teste ergométrico, eletrocardiograma, eletroencefalograma, entre outros.

COMO ACESSAR AE e AMA-E: O agendamento para consultas médicas e exames diagnósticos nos AE e AMA-E é realizado através do atendimento na UBS (prioritariamente) mediante solicitação prévia do médico. Todo agendamento deve ser realizado através do SIGA-Saúde/SP, e pelo Agenda fácil para os pacientes em fila de espera.

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

*Todos os serviços da AE devem montar a linha de cuidado para atendimento do paciente em cada especialidade ofertada para rede prevendo apoio diagnóstico necessário interno a fim de que a realização de exames para os casos em acompanhamento tenha celeridade e o paciente, no momento de sua alta, seja contra referenciado para a AB com diagnóstico firmado e plano terapêutico individual proposto.

CENTRO DE REFERÊNCIA DA DOR CRÔNICA

É o local para assistência integral ao paciente com quadro recorrente de dor crônica, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida. A Implantação destes Centros teve também por objetivo, proporcionar ao paciente, o atendimento nas diversas especialidades, necessárias à cada doença, em um mesmo local, evitando a peregrinação do indivíduo pelos vários serviços da rede de Atenção à Saúde.

Atende indivíduos acima de 13 anos com histórico de tratamento de dor crônica por mais de três meses, sem melhora ou refratários aos tratamentos preconizados e realizados pelas equipes multiprofissionais e/ou aos medicamentos que constam na REMUME.

O município conta atualmente com 4 centros de dor, localizados nas CRS Leste, CRS Sudeste, CRS Norte e CRS Sul, com previsão de inauguração de mais duas unidades na CRS Oeste e CRS Centro, totalizando 6 Centros de Referência da Dor Crônica no Município de São Paulo.

As principais doenças para encaminhamento são:

- Musculoesqueléticas: lombalgia, dorsalgia, cervicalgia, ombro doloroso e mialgias;
- Neurológicas: migrânea e cefaléia tensional; dor neuropática (presença de lesão do sistema somatossensorial com DN4 ³4 ou escala LANNS ³ 12: lombocervicalgia, cervicobraquialgia, estenose do canal vertebral, dor complexa regional e dor pós herpética).
- Reumatológicas: artralrias e fibromialgia.

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA - SEABEVS

O Departamento de Atenção Especializada tem as seguintes atribuições:

I - Estabelecer as diretrizes municipais dos serviços especializados, subsidiando o planejamento para a implantação, desenvolvimento e gestão das ações em saúde, tendo em vista a estruturação das Redes de Atenção à Saúde e respeitadas às diretrizes e princípios pactuados nos fóruns interfederativos;

II - Monitorar e avaliar os serviços especializados e linhas de cuidado;

III - Elaborar e instituir documentos técnicos e protocolos, observados os princípios e diretrizes do SUS;

IV - Produzir, processar e difundir informações sobre os serviços especializados;

V - Fomentar pesquisas relacionadas às ações dos serviços especializados.

São objetivos principais:

1. Oferecer resolutividade ao usuário, a partir da realização de consultas médicas e procedimentos especializados, como exames de apoio diagnóstico e tratamentos cirúrgicos ambulatoriais ou em regime de hospital dia, preferencialmente no mesmo estabelecimento;

2. Ampliar a Rede de estabelecimentos Hospitais Dia, 12 e 24 horas e ambulatórios especializados, de acordo com as necessidades regionais.

São objetivos específicos:

1. Melhoria dos padrões de eficiência, eficácia, efetividade e qualidade dos serviços prestados ao cidadão.

2. Reduzir o tempo médio de espera para consultas, exames especializados e tratamentos cirúrgicos em regime de Hospital Dia.

3. Aprimorar a relação da AE com a AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS) onde o Hospital Dia / AE / AMA-E não sejam utilizados 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 da AB, presencialmente ou à distância, por meio das ferramentas de tele saúde e também qualificando os processos de regulação na AB local.

4. Contribuir no processo de referência e contrarreferência do paciente dentro da rede assistencial de saúde.

CAPÍTULO 2

O modelo assistencial da Atenção Especializada na Rede de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde 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, Portaria GM/MS nº 4.279/2010.

Os estabelecimentos da Atenção Especializada (HD, AE, AMA-E) devem ser entendidos como pontos de atenção na rede de atenção à saúde (RAS), para o atendimento presencial dos usuários e também como pontos de apoio resolutivos para a AB. 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/telessaúde e teleducação.

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.

A atenção especializada da SMS/SP deve responder a expectativa da sociedade e do cidadão por processos assistenciais integrados e centrados no usuário, de modo a diminuir, o tempo de espera e a falta de comunicação entre profissionais, fatores que provocam ansiedade e insatisfação geral.

2.1 RELAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA RAS

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

A Atenção Básica exerce um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a atenção, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Fundamenta-se trabalho em equipe e orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, seguindo as diretrizes de regionalização, hierarquização, cuidado centrado na pessoa, territorialização, resolutividade, ordenação da rede, população adscrita, longitudinalidade do cuidado e participação da comunidade.

A Atenção Básica (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 resolutividade são fundamentais para a efetivação da AB 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 assume o papel de executora e eventualmente de solicitante nestas redes, apoiando a AB na elucidação diagnóstica ou no acompanhamento desses pacientes.

Em suma, 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 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 Atenção Especializada inicia-se na AB com a regulação local.

2.2 REGULAÇÃO LOCAL NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Para a AB com o papel de ordenadora do cuidado é necessário que as UBS tenham uma equipe de regulação local. Essa equipe de trabalho mínima para o desenvolvimento das ações de regulação em nível local deve ser composta por no mínimo 01 (um) responsável técnico e 01 (um) profissional da área administrativa para essa atividade.

Esses profissionais devem 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, dentro de tempo aceitável.

As ferramentas regulatórias são: os protocolos de acesso, definidos pela Coordenação de Regulação Central e Regional, 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 municipal e regional.

A regulação técnica local pode se apoiar na teleassistência como ferramenta para permitir o contato e a troca de informações entre os profissionais da Atenção Especializada e AB, permitindo a priorização do encaminhamento e a adesão a protocolos baseados em evidências. A teleassistência se encontra regulamentada pela Portaria SMS nº 267/2023 e por nota técnica específica (NOTA TÉCNICA DAE/SEABEVS Nº 01/2023 – ORIENTAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE TELEASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE -https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NT_telemedicina_AE_12_7_2023.pdf).

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 agendamento para o acesso de consultas e exames de apoio diagnósticos especializados de maneira qualificada e racional.

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 da fila de espera do estabelecimento in loco;
- A gestão das agendas do estabelecimento - proporção caso novo e retorno;
- Gestão do agendamento prioritário de exames no equipamento para os pacientes em linha de cuidado interna;
- A articulação da UBS com as centrais de regulação (municipal e regional);
- Pactuação junto a Regulação Regional sobre necessidades de alteração de regionalização da oferta regulada
- Confirmação de Presença junto aos pacientes para otimização da oferta e encaixe s necessários
- A programação das interconsultas (p. ex.: especialistas e AB);
- O monitoramento dos encaminhamentos de usuários 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 da teleassistência;
- 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, CRST, etc.).

Toda equipe assistencial da Unidade realiza ações regulatórias, pois 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 do profissional de saúde que exerça o papel de Regulador Técnico local, deverá:

- Utilizar sua competência técnica para que, sempre quando necessário, discutir junto ao profissional solicitante o grau de prioridade de cada caso baseado em critérios clínicos e seguindo os protocolos vigentes de regulação;
- Analisar com crítica e discernimento cada caso, valendo-se da ética e sigilo profissionais;
- Verificar a pertinência 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, devendo discutir com o corpo clínico local as solicitações em desacordo e deliberar sobre a autorização ou não da solicitação do procedimento;

- Realizar as interlocuções necessárias junto a regulação regional para apontar necessidades de implantar, atualizar e revisar protocolos de regulação de acesso nas especialidades médicas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Estabelecer sintonia entre necessidades de acesso/continuidade da atenção e os recursos disponíveis, da forma mais justa e efetiva possível.

2.3 LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO: INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Como estratégia para promover o estreitamento das relações entre a rede de Atenção Especializada e Atenção Básica e garantir a longitudinalidade do cuidado, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) através das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), devem organizar espaços coletivos de diálogo entre membros das equipes de ambos os níveis de atenção.

Os encontros devem ser continuados e ter a mediação, preferencialmente, pelas equipes regionais de regulação do acesso, independentemente da categoria profissional dos participantes (se com médicos e/ou com equipes multidisciplinares) sendo imprescindível a presença de profissionais de saúde da rede assistencial básica e especializada.

Outros profissionais da rede poderão ser convidados para compor o grupo sempre que se julgar necessário (Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo, Áreas Temáticas, entre outros).

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, regional e municipal (macro regulação) são extremamente dinâmicos e por isto, exigem diálogos entre os envolvidos. 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 clínicos/Assistenciais e de regulação do acesso: a busca por novas práticas de cuidado integral à luz dos protocolos clínicos e de regulação do acesso já implantados (e aqueles a serem elaborados) pode produzir uma discussão sobre a implantação/implementação de linhas de cuidado mais eficazes
- Capacitar equipes: as discussões de casos clínicos buscam ampliar a resolutividade de cuidado na AB e na Atenção Especializada como uma estratégia para a incorporação de novas práticas e revisão das responsabilidades entre os profissionais na rede assistencial.

2.4 RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: O CUIDADO CRÔNICO LONGITUDINAL, O CUIDADO IMEDIATO TRANSITÓRIO E A GESTÃO DE ALTAS

Pode-se dividir a organização do cuidado na Atenção Especializada em dois grupos: de cuidado crônico longitudinal e de cuidado imediato transitório.

O cuidado crônico longitudinal se destina às pessoas com necessidades crônicas e permanentes de cuidado, que se caracterizam por dificuldades de acesso, diagnóstico, terapia e acompanhamento longitudinal, tais como o cuidado para as doenças cardiovasculares e para as doenças renais crônicas.

O cuidado imediato transitório refere-se às necessidades transitórias de acesso, diagnóstico e terapia que sejam resolutivas e imediatas, como, por exemplo, frente a necessidade de 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.

Em relação ao cuidado imediato transitório, para atingir o objetivo preconizado de alta resolutividade, propõe-se aqui três possibilidades de atendimento:

- 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.

No cuidado crônico longitudinal, preconiza-se o monitoramento local de sua resolutividade por meio da adoção de procedimentos, pela diretoria do serviço em conjunto com as CRS e STS, para gestão de altas ambulatoriais. A gestão de altas compreende o monitoramento das práticas assistenciais dos profissionais do estabelecimento, sob a luz dos protocolos clínicos e de regulação do acesso baseado em evidências instituídas, com vistas a ampliar a efetividade no cuidado integral.

Por exemplo, a UBS através da equipe de regulação local monitora/acompanha este paciente crônico longitudinal que está no Ambulatório Especializado. A gestão de alta ambulatorial da Atenção Especializada 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.

A resolutividade deve ser monitorada e avaliada por meio dos seguintes indicadores:

- Percentual de altas prescritas por uma determinada especialidade em um período de tempo;

Tabela 4: Perfil de atendimento de diferentes casos a serem acompanhados pela Rede de Atenção Especializada

TIPO DE CONSULTA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO													
			1º CONSULTA	SADT AE	1º RETORNO	INTERCORRÊNCIA	2º RETORNO	3º RETORNO	PROCED. CIRURGICO	4º RETORNO	REFERENCIADO PARA MAIOR COMPLEXIDADE	RELATORIO DO CASO PARA AB (CONTRAREFERENCIA)	ALTA AE	RETORNO PÓS ALTA	
CASOS CLÍNICOS Diagnóstico e orientação de conduta	Caso clínico de diagnóstico e tratamento exclusivo na AB	Micose, HAS leve e controlada sem lesão de órgão ativo	X										X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e tratamento no AE em consulta única	Refração com prescrição para lentes corretivas	X										X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e início de tratamento na AE mas com coordenação do cuidado e continuidade de tratamento na AB	ICC grau I	X	X	X								X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e início de tratamento na AE mas com tratamento em nível terciário	Neoplasia com necessidade de tratamento oncológico	X	X	X						X		X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e início de tratamento na AE mas com coordenação do cuidado e continuidade de tratamento na AB (cogestão de caso); retornos na AE em casos de descompensação	Doença reumatológica controlada; sd. Convulsiva controlada	X	X	X		X						X	X	X
	Caso clínico de diagnóstico, início e continuidade de tratamento na AE (compensação lenta); cogestão de caso com a 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 de tratamento na AE mas que necessita de interconsulta com outra especialidade para diagnóstico e de tratamento em cogestão entre as especialidades na AE	Patologias da mesma linha de cuidado (DM com retinopatia; asma persistente com DRGE)	X	X	X	X	X						X	X	
CASOS CLÍNICOS CIRÚRGICOS	Caso clínico cirúrgico de diagnóstico e tratamento cirúrgico na AE 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 HD	Hérnia inguinal	X	X	X					X	X		X	X	
	Caso cirúrgico ambulatorial com comorbidade e eleito para tratamento cirúrgico em HD	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 HD (requer internação maior de 12hs)	Amigdalectomia em pacientes com obesidade mórbida; hiperplasia prostática benigna em paciente idoso	X	X	X									X	X

- Percentual de casos novos em relação aos retornos de uma determinada especialidade;

Nesse sentido, sugerem-se as seguintes rotinas de atendimento para os diferentes casos:

As rotinas acima descritas devem ser entendidas enquanto material da Atenção Especializada para discussões 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 ser estimulada à execução do procedimento, respeitando-se a economia de escala, a segurança e a qualidade da assistência.

2.5 TRATAMENTOS CIRÚRGICOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os critérios para seleção dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia, são:

- Paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico;
- Paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada.

Os tratamentos cirúrgicos na Atenção Especializada são divididos em duas categorias:

1. Procedimentos cirúrgicos: devem ser realizados em salas de procedimentos e/ou consultórios especializados devidamente equipados, sem necessidade de uso do centro cirúrgico/hospital dia. Exemplo: biópsias e pequenos procedimentos como curetagem de molusco contagioso, exérese de lipoma, verruga viral, nevos, cisto sebáceo, unha encravada, queiloide, calosidade, entre outros, a depender da dimensão da lesão e da intervenção anestésica.

2. Cirurgias: devem ser realizadas em centro cirúrgico/hospital dia com uso posterior da RPA (recuperação pós anestésica). Exemplos: hernioplastia, postectomia, facoemulsificação com implante de lentes intraocular (catarata), hidrocele, timpanoplastia, vasectomia, fistula vesico-vaginal; varicocele, hemorroidectomia, liberação de síndrome do túnel do carpo, entre outros

O Anexo 1 deste documento enumera os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia.

Para otimizar a utilização destes equipamentos de saúde (HD) e dar celeridade no atendimento dos pacientes em fila de espera, o município de São Paulo disponibiliza a possibilidade de permanência do paciente no estabelecimento por período maior que 12 horas, o que ocorre nos HD 24 horas. Assim, fica garantida a ampliação da realização de cirurgias de média complexidade ou para pacientes com comorbidades.

As cirurgias podem ser classificadas quanto ao porte, finalidade, tempo de duração e potencial de contaminação.

- 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;
- ◇ 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.: reconstrução de lóbulo da orelha, ptose palpebral.

· 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 HD)

· Quanto ao tempo de duração da cirurgia:

- ◇ Até 1 hora: P. ex.: catarata, vasectomia, postectomia, hernioplastia;
- ◇ Até 2 horas. P. ex.: cirurgia endoscópica, ressecção de exostose, colecistectomia;
- ◇ A maioria das cirurgias do HD se enquadra nestes dois tempos de duração.
- ◇ De 2 a 4 horas. Não eleitos para HD. Exemplo: gastrectomia;
- ◇ De 4 a 6 horas de duração. Não eleitos para HD. Exemplo: craniotomia;
- ◇ Acima de 6 horas. Não eleitos para HD. Exemplo: transplante de fígado.

· 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 maioria das cirurgias do HD se enquadra nesta categoria);
- ◇ 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 (não eleito para HD): 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. Exemplo: colectomia.

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.

EXEMPLOS PARA ELABORAÇÃO DE MAPAS CIRÚRGICOS DE UM HOSPITAL DIA COM 02 SALAS CIRÚRGICAS (A PARTIR DA DURAÇÃO MÉDIA DAS CIRURGIAS).

Os HD 12 horas realizam, no mínimo, 7 cirurgias por sala por dia, sendo recomendadas, 3 cirurgias de médio porte e 4 cirurgias de pequeno porte.

Os HD 24 horas realizam, no mínimo, 8 cirurgias por sala por dia, sendo recomendadas, 4 cirurgias de médio porte e 4 cirurgias de pequeno porte.

A disposição na grade cirúrgica nos HD 24 horas, das cirurgias de duração maior, pode ser modificada a critério das especificidades de cada equipamento.

Os HD 24 horas com condições estruturais e de RH poderão ter dois períodos cirúrgicos de 12 horas (diurno e noturno), o que permite duplicar a capacidade cirúrgica (a depender da necessidade e em acordo com a gestão regional/SMS).

HD 12 HORAS												
EXEMPLO DE MAPA CIRURGICO COM 2 SALAS DE CIRURGIA												
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 - 9	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
9 - 11	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
11 - 13	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
13 - 14	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
14 - 15	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
15 - 16	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
16 - 17	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
Total por Sala	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Total por dia	14		14		14		14		14		14	

HD 24 HORAS														
EXEMPLO DE MAPA CIRURGICO COM 2 SALAS DE CIRURGIA														
Horário Sala Cirúrgica	segunda		terça		quarta		quinta		sexta		sábado		domingo	
	Sala 1	Sala 2	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 - 9	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
9 - 11	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
11 - 13	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
13 - 15	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h
15 - 16	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
16 - 17	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
17 - 18	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
18 - 19	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h
Total por Sala	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Total com Centro Cirúrgico com 2 salas	16 cirurgias dia		16 cirurgias dia		16 cirurgias dia		16 cirurgias dia		16 cirurgias dia		16 cirurgias dia		16 cirurgias dia	

- 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.

Os critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia, são:

- 1- Lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor;
- 2- Sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta;
- 3- Ausência de náuseas e vômitos;
- 4- Capacidade de ingerir líquidos;
- 5- Ausência de sangramento;
- 6- Micção espontânea;
- 7- Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado;
- 8- Orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

CAPÍTULO 3 DAS DIRETRIZES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - SEABEVS

DIRETRIZES OPERACIONAIS GERAIS

1. A ATENÇÃO ESPECIALIZADA - SEABEVS integra organicamente a Rede de Atenção à Saúde do MSP, compondo o conjunto de pontos de atenção nela existentes em cada território definido em compatibilidade com o desenho das subprefeituras e região de saúde.

2. Dos horários de funcionamento das unidades:

a. HD 12 horas funcionam de segunda-feira a sábado das 07h00 às 19h00, podendo ampliar o horário de funcionamento até as 22h00, a depender das necessidades da região;

b. HD 24 horas funcionam de segunda-feira a domingo em regime de 24 horas estando aberto ao público das 07h00 às 19h00;

c. Ambulatórios de Especialidades (AE) funcionam de segunda-feira a sexta-feira das 07h00 às 19h00 (salvo feriados);

d. Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA-E) funcionam de segunda-feira a sábado das 07h00 às 19h00 (salvo feriados).

e. Centro de Referência da Dor Crônica (CRDOR CRÔNICA) funcionam de segunda-feira a sexta-feira das 07h00 às 19h00 (salvo feriados).

Excepcionalmente poderão ser adotados outros horários em função da realidade de cada território e na dependência dos contratos de gestão, convênios ou contratualizações.

3. As unidades funcionam 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 garantem atenção integral e adstrita (preferencialmente) ao território de abrangência das unidades envolvidas.

4. As Centrais de Regulação dos Acessos Regionais em conjunto com o Complexo Regulador Municipal devem assegurar que os casos selecionados para atendimento especializado ambulatorial sejam atendidos, preferencialmente, dentro do mesmo território de saúde garantido a regionalização de oferta através do SIGA-Saúde/SP.

5. Os serviços da Atenção Especializada terão seus processos de trabalho, resultados clínicos e epidemiológicos, como também a satisfação dos usuários e trabalhadores monitorados, controlados e avaliados externamente, através das ouvidorias das supervisões e coordenadorias.

6. O ciclo completo de atendimento nos HD deve ser totalmente informatizado e, alinhado à política de modernização da informação e informatização da SMS/SP.

7. A implantação e operacionalização da Atenção Especializada deve considerar um programa de capacitação/educação permanente das suas equipes usando, para tanto, metodologias participativas/problematizadoras e a Telessaúde.

8. Todos os estabelecimentos devem atender às portarias e normas que definem e estabelecem:

- a. Comissão de Ética Médica e manter atualizado o responsável técnico junto aos órgãos de classe,
- b. Comissão de Ética de Enfermagem e manter atualizado o responsável técnico junto ao órgão de classe,
- 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. Programa de Gerenciamento de Resíduos de Saúde, incluído o CMVS e CNES atualizados.

9. Cada estabelecimento da Atenção Especializada deve estar contemplado com instrumentos norteadores e customizados (regimento interno da unidade, regimento interno de enfermagem e regimento interno administrativo, outros) baseados nas macrodiretrizes desta rede.

10. Toda informação referente à assistência prestada no estabelecimento da Atenção Especializada 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

1. Os responsáveis pelos estabelecimentos de saúde da Atenção Especializada devem garantir o uso obrigatório do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde de São Paulo (SIGA-Saúde/SP) para que as centrais de regulação locais, regionais e Complexo Regulador possam desenvolver suas funções de reunir, processar, consolidar e disponibilizar os dados relacionados aos agendamentos e prestação de serviços na rede.

2. As informações dos cadastros de usuários e atualização dos dados no CNS – Cartão Nacional de Saúde deverão ser qualificadas em toda oportunidade de contato com o cidadão.

3. Os responsáveis pelos estabelecimentos devem garantir 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. Cabe ao responsável pelo estabelecimento fornecer 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:

Manter o CNES atualizado e com todos os seus colaboradores devidamente vinculados ao Equipamento;

- a. Definir para cada profissional o perfil de acesso adequado segundo as ações realizadas no SIGA;

- b. Solicitar acesso e/ou cancelamento por meio de e-mail acessosiga@prefeitura.sp.gov.br;

c. Solicitar capacitação para manuseio dos sistemas informatizados segundo os fluxos implantados para CRS/STS e SMS/SP ou por consultas no site: <http://siga.saude.prefeitura.sp.gov.br>;

Regulação do acesso a atenção especializada

1. Não é permitido o uso de outros tipos de agendas nos estabelecimentos da Atenção Especializada que não aquelas informatizadas em sistemas oficiais da SMS/SP.
2. Cabe à diretoria da unidade pactuar previamente junto às STS, CRS, Regulações regionais e central a programação das agendas ofertadas nos serviços.
3. As orientações relacionadas aos fluxos regulatórios e padronização de agendas serão dadas pela Regulação Regional com apoio do Suporte Sistema DTIC no que se refere a ações no sistema 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;
 - 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 estarão sujeitas a orientação, análise e aprovação, quando for o caso, da Regulação Regional.
6. As Agendas Locais do Mapa Cirúrgicos serão monitoradas pela Atenção Especializada com apoio da Regulação.
7. Deve ser respeitada a proporção entre oferta de Acesso/Retorno:

a. AGENDA REGULADA DE RETORNOS

A oferta de vagas de casos novos das agendas reguladas deve ser de no mínimo 60% da oferta pactuada.

Esta proporção poderá ser alterada segundo o monitoramento de acesso e linha de cuidado interna dos ambulatórios realizada pela Atenção Especializada, com apoio da Regulação Regional.

Observar a taxa média de absenteísmo e realizando o overbooking necessário.

Os agendamentos deverão obedecer a Portaria vigente 341/2020 onde o paciente é agendado segundo ordem cronológica e critério de priorização clínica definida entre o médico solicitante e Regulador seguindo os fluxos implantados pela Regulação.

b. AGENDA REGULADA DE RETORNOS

- Conforme orientação da Regulação configurar as agendas de Retorno no módulo de Agenda Regulada - Procedimento de Retorno na Atenção Especializada, garantindo 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/checkout/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.

c. AGENDA REGULADA DE RESERVA TÉCNICA

- Vagas para uso do regulador Regional /Central, segundo o fluxo regulatório, usadas para casos prioritários para o agendamento ou quando o acesso à especialidade é, exclusivamente, regulado;

- A proporção de vagas de reserva técnica deve ser planejada em conjunto com a Regulação Regional, considerando as filas de espera, tipo de especialidade e outros fatores.

d. AGENDA REGULADA DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Gerenciar a proporção entre a disponibilização de vagas reguladas de acesso (primeira vez/reserva técnica) e oferta em agenda local para apoio a linha de cuidado interna, segundo pactuação com a Regulação Regional e AE

- A oferta de vagas de casos novos das agendas reguladas de SADT deve ser de 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 E OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Vagas para uso interno da unidade, também conhecido como MAPA CIRÚRGICO;

- Deve ser utilizada para elaboração de agendas do centro cirúrgico ou salas de procedimentos;

- o Para procedimentos, devem ser ofertados de acordo com a necessidade do serviço dentro dos 40% da oferta de retorno.

- O número de vagas e o tempo de intervalo entre cada uma deve ser condizente com o tipo de procedimento cirúrgico e sua duração;

- A elaboração desta agenda é responsabilidade da equipe de enfermagem do centro cirúrgico 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.

8. Preconiza-se que as agendas reguladas sejam configuradas no SIGA-Saúde/SP para o mês vigente mais 3 competências, conforme portaria 341/2020.

E as agendas de Retorno devem obedecer a pactuação Regional segundo as necessidades de cada linha de cuidado.

9. A configuração das agendas deve ser compatível com a carga horária dos profissionais e com os parâmetros assistenciais determinados.

10. Os agendamentos realizados pelos serviços e exames especializados da Atenção Especializada 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, dentre os quais:

a. Realizar agendamentos nas vagas disponíveis respeitando obrigatoriamente a gravidade do caso e 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 supervisão da gestão local, os dados fornecidos no momento do agendamento ou inserção em fila de espera com pareamento correto (especialidade/procedimento,

exame/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 referenciados aos profissionais solicitantes especificando os motivos - uso obrigatório do instrumento CONTRA REFERÊNCIA.

3.3 PARAMETRIZAÇÕES DE ATENDIMENTO POR ESTABELECIMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Os parâmetros assistenciais de um estabelecimento da Atenção Especializada 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 Atenção Especializada:

Tabela 5: Parâmetros mínimos potenciais de atendimento ambulatorial na rede de Atenção Especializada.

PARÂMETROS POTENCIAIS DA AE DA SMS/SP	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	
Proporção de casos Mínimo de 60% casos novos / 40% retornos (agenda regulada) ou procedimentos (agenda local)	
Médicos	3 consultas / hora
Geriatría, Homeopatia, Acupuntura, Infectologia, Dermatologia	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	
ECG	Atender a livre demanda local
MAPA	1 paciente / dia / por aparelho disponível
Holter	1 paciente / dia / por aparelho disponível
Teste ergométrico / Teste de esforço	2 pacientes - laudo / hora / equipamento
Espirometria	3 pacientes - laudo / hora / equipamento
Prova de função pulmonar	3 pacientes - laudo / hora / equipamento
SADT - MÉTODOS GRÁFICOS	
Eletroneuromiografia - ENMG	2 pacientes - laudo / hora / equipamento
Eletroencefalograma	2 pacientes - laudo / hora / equipamento
Eletroencefalograma com sedação	1 paciente - laudo / hora / equipamento
SADT - ULTRASSONOGRÁFIAS	
USG Geral	3 a 6 pacientes / hora / equipamento
USG Doppler vascular	2 a 4 pacientes / hora / equipamento
Ecocardiograma com doppler	2 a 4 pacientes - laudo / hora / equipamento
SADT - ESCOPIAS	
Endoscopia digestiva	1 paciente - laudo / hora / gastroscópio
Colonoscopia	1 paciente - laudo / hora / colonoscópio
Nasofibrolaringoscopia (com ou sem vídeo)	2 pacientes - laudo / hora / nasofibroscópio
Broncoscopia	1 paciente - laudo / hora / equipamento (cabo)
SADT - RADIÓGRAFOS	
Mamografia	4 pacientes - laudo / hora / equipamento
Densitometria óssea	3 pacientes - laudo / hora / equipamento
Raios-X	Livre demanda
Radiografia com laudo	Exames solicitados "com laudo" devem ser entregues em até 5 dias úteis ou atender os parâmetros dos contratos de serviço de imagem em vigência
SADT - OUTROS	
Fototerapia	4 pacientes - laudo / hora / equipamento
Retinografia(SADT externo)	3 pacientes - laudo / hora / equipamento
Mapeamento de retina (SADT externo)	3 pacientes - laudo / hora / equipamento

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
Procedimentos prioritariamente registrados em BPA Deve ser realizado em sala de procedimento e/ou consultório especializado devidamente equipado, sem necessidade de uso de centro cirúrgico/hospital dia. Sem necessidade de anestesia Exemplos: biópsia, retirada de molusco, lipoma, verruga, nevos, cisto sebáceo, unha encravada, quelóide, carcinoma basocelular, calosidade, entre outros Parâmetros: 2 a 4 pacientes / hora / sala de procedimento (no mínimo 25% da carga horária do profissional)
CIRURGIA
Procedimentos prioritariamente registrados em APAC e AIH Deve ser realizado em centro cirúrgico/hospital dia com uso posterior de RPA (recuperação pós anestésica). Com necessidade de anestesia na maioria dos casos Exemplos: hernioplastia, postectomia, tratamento cirúrgico de hidrocele, de fístula vesico-vaginal, de varicocele, timpanoplastia, vasectomia, hemorroidectomia, laqueadura por vídeo, liberação de síndrome do túnel do carpo, entre outros Parâmetros: Tempo de duração: <ul style="list-style-type: none">• Mínimo: 1 cirurgia a cada 1 hora / sala de cirurgia• Máximo: 1 cirurgia a cada 2 horas / sala de cirurgia

3.4 REGISTRO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

1. É obrigatório o registro das seguintes informações nos sistemas oficiais do município (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 físico 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.

4. 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 intersetorial positivo;
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 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.

Outras responsabilidades da Direção Geral: Gestão Assistencial

1. Elaborar de agendas de SADT e de demais profissionais de nível superior não médico;
2. Estruturar Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
3. Controlar materiais e medicamentos (estoques e consumo) do serviço de saúde;
4. Supervisionar a elaboração de escalas de trabalho de equipes de enfermagem e demais equipes de saúde não médico do serviço;
5. Supervisionar equipes de recepção e de regulação;
6. Regular solicitações de interconsultas e encaminhamentos externos da equipe médica local (análise de pertinência, compatibilidade de protocolos e classificação de prioridades);
7. Elaborar mapas cirúrgicos;
8. Supervisionar a elaboração do mapa cirúrgico pelo enfermeiro do Centro cirúrgico.

Gestão Administrativa

1. Gestão das seguintes áreas:
 - a. Recursos Humanos;
 - b. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME);
 - c. Monitoramento de produção e cumprimento de metas;

- d. Faturamento de produção;
- e. 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;
- f. Abastecimento e Almoxarifado - p. ex.: atualização de GSS e CMM do serviço, garantindo abastecimento adequado;
- g. 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 intersetorial 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 preconizados 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 intersetorial 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 Atenção Especializada devem atender às Resoluções do CFM nº 2147/16 de 17/06/2016, 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 Atenção Especializada para a observância da presente Resolução

À 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;

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;

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 UBS 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, 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 – 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 devem atender ao Decreto Municipal nº 57.486/2016, 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,

j. Supervisão da escala de limpeza terminal e concorrente da unidade pela empresa contratada.

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 Manual de Normas Rotinas e Procedimentos de Enfermagem - Atenção Básica /SMS-SP - 2ª ed. 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 Multi/CAPS e de demais psicólogos da rede de atenção, compartilhando casos clínicos, contra referenciando 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 AB ou pelos profissionais da equipe de atenção médica especializada;
3. Manter canal de comunicação direto com AB, contra referenciando 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 82/2015, 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 evitar 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 à 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 solicitadas;

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 as equipes de agendamento;
 4. O Agendamento para Especialidades/Procedimentos médicos disponíveis nos sistemas SIGA/CROSS deve ser sempre realizado a partir da “Fila de Espera” do SIGA, respeitando a ordem cronológica, salvo a critério médico de alta prioridade;
 5. Monitorar vagas e agendamento via bolsão CROSS;
 6. Por ocasião do agendamento pela unidade, notificar o paciente;
 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);
 9. Fazer gestão da fila de espera.
- Todos os equipamentos de HD devem ter constituídas as Comissões/Comitês obrigatórios para seu funcionamento. (Anexo 2)

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/ GERÊNCIA

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 (Anexo 4);
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 e infra estrutura (estrutura física);
9. Supervisionar o 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 e AIH 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 (apontamento da “Presença” e “Atendimento Reduzido” na Agenda Regulada nas Unidades Executantes, filas de espera, e outros);
4. Abrir e organizar prontuários;
5. Auxiliar equipes de atendimento (médica, de enfermagem, odontológica, nutrição, de reabilitação, etc) 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. Manter sempre atualizados os cadastros dos clientes nos sistemas SIGA e SIRESP/SES (antigo CROSS)
3. Orientar equipes de profissionais quanto a protocolos de acessos e agendamentos;
4. Agendar consultas, exames e serviços terapêuticos;
5. Incluir solicitações e encaminhamentos em fila de espera quando não houver vagas disponíveis para agendamento;
6. Acompanhar diariamente agendamento automático e agendamentos realizados pelo Regulador Regional e Central;
7. Realizar os agendamentos Manuais necessários;
8. Priorizar agendamentos de pacientes que aguardam em fila de espera;
9. Em caso de cancelamento de consulta, exame ou procedimento cirúrgico, registrar no SIGA o Status “aguardando remarcação” e providenciar o reagendamento com prioridade;
10. Informar pacientes sobre agendamentos realizados com antecedência;
11. 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. A Unidade executante é responsável pela gestão de sua fila de espera. Viabilizar

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, 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 necessários;

6. Contra referenciar os pacientes às unidades de saúde solicitantes, assegurando a integralidade 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. Emitir, arquivar e entregar laudos.

HOSPITAL DIA – CENTRO CIRÚRGICO

1. Seguir as normativas preconizadas na Portaria N° 44/ GM de 10 de janeiro de 2001;

2. Garantir registro pré, intra e pós-cirúrgico em prontuário;

3. Realizar cirurgias eletivas;

4. Garantir técnicas de cirurgias seguras;

5. Realizar cirurgias eletivas em regime de internação por até 24 horas;

6. Garantir acompanhamento pós-cirúrgico ou pós procedimento, que requeiram observação médica em período inferior a 12 horas no HD 12 horas ou 24 horas no HD 24 horas;

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. Alertar a unidade de saúde do paciente para a disponibilidade do laudo e remeter, quando necessário, 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 SMS Nº 82/2015 de 04 de dezembro de 2015, 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.

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 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 Nº 13.716, de 7 de janeiro de 2004 e Decreto Nº 44.658, de 23 de abril de 2004). 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 STS presentes em cada território.

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

OUVIDORIA 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 Nº 166/2021 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 de 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 Nº 819/2022);

- 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

As unidades Hospitalis Dia 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 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, com participação e orientação da Coordenadoria Regional de Atenção Especializada (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.

CAPÍTULO 5

TELEMEDICINA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

No município de São Paulo (MSP) tem-se observado elevada solicitação de encaminhamento para os serviços de especialidades e um número alto de pacientes aguardando consulta de primeira vez, oriundas da Atenção Básica (AB) ou de retorno, após avaliação inicial na Atenção Especializada.

Na fila de espera para atendimento na Atenção Especializada, encontram-se pacientes com agravos que precisam de atendimento prioritário e que a despeito desta necessidade, acabam permanecendo muito tempo aguardando a consulta médica, e também permanecem, na mesma fila, pacientes já atendidos e estáveis clinicamente, que poderiam estar sendo acompanhados na AB.

É sabido da dificuldade de devolver o paciente da Atenção Especializada para acompanhamento na AB, por resistência do próprio paciente e por falhas das próprias equipes dos equipamentos da Atenção Especializada. A manutenção de pacientes na Atenção Especializada tem impacto negativo na oferta de vagas de primeira vez e de retorno.

Estratégias precisam ser incrementadas para reduzir as filas de espera na Atenção Especializada e para isto, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo, institui a Telemedicina na Atenção Especializada. Essa estratégia tem por base a legislação vigente:

- Lei Municipal nº 17.718/2021, que define a prática da telemedicina no Município de São Paulo;
- Portaria nº 1.348/2022 do Ministério da Saúde (MS);
- Resolução da Telemedicina (Resolução nº 2.314/2022) do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Lei Federal nº 14.510/2022, que regula e disciplina a prática da telessaúde em todo o território nacional.
- Portaria SMS nº 267/2023 de 15 de maio de 2023, que regulamenta as práticas de teleassistência no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde.
- Nota Técnica SMS/DAE/SEABEVS nº 01/2023 - Orientações para as práticas de teleassistência na Atenção especializada à saúde (https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NT_telemedicina_AE_12_7_2023.pdf).

Objetivos da telemedicina:

- Diminuir o tempo de espera para atendimento e/ou exame complementar na Atenção Especializada;
- Reduzir ou eliminar filas de espera da Atenção Especializada;
- Orientar o médico das UBS no manejo de pacientes, adequando o acompanhamento clínico especializado, a solicitação de exames, o tratamento, o monitoramento e as indicações para encaminhamento para a especialidade;
- Validar os exames específicos previamente definidos pela Coordenação da Atenção Especializada, solicitados na AB;
- Introduzir na regulação, para atendimento presencial do especialista, apenas os casos com real indicação;
- Contra referenciar os pacientes estáveis em acompanhamento na Atenção Especializada para acompanhamento na UBS de referência, devendo permanecer na

Atenção Especializada somente os pacientes com indicação clara e justificável;

- Integrar, qualificar e capacitar os profissionais médicos da Atenção Básica, através do contato com os especialistas.

Diretrizes da telemedicina:

- Utilizar a plataforma e-saúde SP ou prontuário eletrônico integrado a esta plataforma, para o atendimento via telemedicina e inserção dos dados da consulta;
- Médicos especialistas da telemedicina devem ter o Registro de Qualificação na Especialidade (RQE) e executar apenas esta função;
- A Coordenadoria Regional de Saúde e o gabinete/SMS devem definir e autorizar a contratação dos médicos especialistas para a Central de Telemedicina;
- Implantar em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde o serviço de telemedicina na Atenção Especializada.

Modalidades da Telemedicina:

- Teleconsulta síncrona de primeira vez entre o telemédico e o paciente;
- Teleinterconsulta assíncrona entre os médicos da AB e da Atenção especializada;
- Teleinterconsulta síncrona entre os médicos da AB e da Atenção especializada;
- Teleconsulta síncrona de retorno entre o médico da telemedicina e o paciente;
- Teleconsulta síncrona de retorno entre o médico do equipamento da Atenção Especializada (AE/AMA-E/HD) e o paciente;
- Validação de exames solicitados pela AB;
- Auditoria dos prontuários de pacientes com longa permanência nos serviços da Atenção Especializada, realizada pelos especialistas da Telemedicina.

INSTALAÇÃO DE UNIDADES HOSPITAL DIA

Para instalação de Unidades de HD foi elaborado o Manual de Elaboração de Proposta para a instalação de Unidades de Hospital Dia, disponível no Anexo 3.

ANEXO 1 - PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
31001050		Biopsia da próstata
31001084		Epidídimo deferente neostomia
31001092		Espermatoclectomia
31002048		Extirpação de glândula de Cowper
31002056		Incisão e drenagem de abscesso prostático
31002064		Exploração cirúrgica da bolsa escrotal
31002072		Tratamento cirúrgico da hidrocele
31002080		Epididimectomia
31002099		Exérese de cisto do cordão espermático
31003060		Incisão e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31003079		Tratamento cirúrgico da varicocele
31003095		Exérese de tumor do cordão espermático
31004067		Plástica da bolsa escrotal
31004075		Orquiectomia unilateral
31004083		Epididimectomia com esvaziamento ganglionar
31005047		Incisão e drenagem de abscesso peri uretral
31005063		Ressecção parcial da bolsa escrotal
31005071		Orquiectomia com esvaziamento ganglionar
31005080		Exérese de cisto do epidídimo
31005098		Vasectomia parcial ou completa
31007040		Ressecção da carúncula uretral
31008046		Ressecção de prolapso da mucosa da uretra
31009077		Reparação e operação plástica do testículo
31013031		Tratamento cirúrgico da cistocele
31014046		Ureteroplastia (ressecção de corda)
31018041		Meatotomia
32001010		Biopsia do miocárdio
32002033		Biopsia do conduto linfático
32003030		Exérese de gânglio linfático
32004036		Incisão e drenagem de gânglio linfático
32005016		Introdução de eletrodo temporário de marca passo
32013019		Marcapasso (troca de gerador de estímulo)
32013035		Biopsia pre-escalenica
32014015		Marcapasso cardíaco (epicárdico)
32015011		Marcapasso cardíaco (intracavitário)
32030010		Estudo eletrofisiológico (e. Terapêutico)

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
32031017		Estudo eletrofisiológico diagnóstico e terapêutico
32033010		Cardioversor desfibrilador - troca de gerador
32042043		Tratamento cirúrgico de varizes da safena externa unilateral
32043040		Tratamento cirúrgico de varizes da safena externa bilateral
32044046		Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna unilateral
32045042		Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna bilateral
32046049		Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna e externa unilateral
32047045		Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna e externa bilateral
32056044		Instalação de cateter venoso de longa permanência totalmente implantável
32057040		Instalação de cateter venoso de média permanência totalmente implantável
33001057		Biopsia do estômago via laparotomia
33002029		Excisão de glândula sublingual
33002070		Esfínteroplastia anal
33003025		Excisão de glândula submaxilar
33003076		Esfínterótomo interna e tratamento de fissura anal
33004021		Excisão de anula
33004072		Exérese de malformação anal
33005028		Excisão de tumor de glândula parótida
33005079		Fistulectomia anal
33005117		Herniorrafia crural (unilateral)
33006016		Ressecção de lesão maligna
33006024		Excisão de tumor de glândula sublingual
33006032		Excisão de lesão localizada
33006075		Esfínterótomo anal
33006113		Herniorrafia crural (bilateral)
33007020		Excisão de tumor de glândula submaxilar
33007071		Fistulectomia ou fistulectomia anal
33008078		Incisão e drenagem de abscesso anal
33009082		Biopsia do fígado por laparotomia
33009112		Herniorrafia epigástrica
33010021		Incisão e drenagem de abscesso da parótida
33010072		Plástico anal externa
33010110		Herniorrafia incisional
33011117		Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113		Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071		Tratamento cirúrgico da imperfurada membranosa dos anus
33014027		Extirpação da glândula salivar

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
33014078		Tratamento cirúrgico do prolapso anal mucoso
33014116		Herniorrafia redicivante
33015082		Colecistectomia videolaparoscopia
33015112		Herniorrafia umbilical
33016070		Incisão de lesão anal
33017077		Cistectomia uni ou múltipla
33018073		Excisão de papila hemorroidária
33023077		Incisão e drenagem de abscesso isquiorretal
33023115		Reparação outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073		Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118		Herniorrafia inguinal videolaparoscopia
33026114		Herniorrafia umbilical videolaparoscopia
33027072		Tratamento cirúrgico da trombose hemorroidária externa
33027110		Herniorrafia epigástrica videolaparoscopia
33028117		Laparotomia videolaparoscopia para drenagem e/ou biopsia
33030073		Hemorroidectomia
33044074		Tratamento cirúrgico da atresia congenita anus retal
33045062		Enterorrafia videolaparoscopia
33045070		Tratamento cirúrgico de outras anomalias congenitas anus -retal
34001018		Bartolinectomia
34003045		Salpingectomia videolaparoscopia
34004025		Colpoperineocleise
34004041		Salpingoplastia videolaparoscopia
34005013		Marsupialização de glândula de Bartholin
34005021		Colpoperineorrafia não obstétrica
34005030		Curetagem semiótica com ou sem dilatação do colo uterino
34007016		Ulectomia simples
34008012		Tratamento cirúrgico da coadaptarção de ninfas
34008039		Extirpação de pólipo uterino
34009019		Alargamento da entrada vaginal
34010017		Exérese de glândula de Skene
34011013		Episioperineorrafia não obstétrica
34018026		Tratamento cirúrgico da vagina septada ou atresica
34020020		Exérese de cisto vaginal
34020039		Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016		Curetagem pós aborto
35016019		Redução manual inversão uterina aguda pós-parto
35018011		Cerclagem do colo uterino
35019018		Sutura de lacerações do trajeto pelvico
36001015		Cirurgia do pterigio

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
36001023		Cauterização da córnea
36001040		CAPS ulectomia do cristalino
36001058		Retirada de cisticerco intraocular
36001066		Sutura de esclera
36001074		Enucleação do globo ocular
36001082		Ciclodialise
36001104		Retopexia primaria
36001112		Tratamento cirúrgico do estrabismo
36001120		Dacriocistorrinostomia
36002011		Exérese de tumor de conjuntiva
36002020		Ceratectomia superficial
36002038		Retirada de corpo estranho da câmara anterior do olho
36002054		Retirada de corpo estranho intravítreo
36002070		Evisceração do globo ocular
36002089		Ciclodiatermia
36002097		Exérese de calázio
36002100		Endofotocoagulação a laser
36002119		Exenteração de órbita
36002127		Extirpação de glândula lacrimal
36003018		Sutura de conjuntiva
36003034		Reconstrução de câmara anterior do olho pós-trauma
36003050		Vitrectomia posterior (alterar valor para 734,63)
36003069		Biopsia da esclera
36003093		Simblefaroplastia
36003115		Exérese de tumor maligno intraocular
36003123		Extirpação do saco lacrimal
36004014		Reconstituição de cavidade
36004022		Retirada de corpo estranho da córnea
36004049		Facectomia sem implante de lente intraocular
36004057		Vitrectomia anterior
36004065		Tratamento cirúrgico da deiscência de sutura da esclera
36004073		Crioterapia de tumores intraoculares
36004103		Crio-retinopexia
36004111		Orbitotomia
36005010		Biópsia da conjuntiva
36005029		Recobrimento conjuntival
36005061		Transplante de esclera
36005088		Iridectomia cirúrgica
36005096		Tratamento cirúrgico do Entrópio e Ectrópio
36005100		Reoperação e retopexia com vítreo intervenção
36005126		Drenagem de abscesso lacrimal
36006017		Reconstituição de fornix conjuntival

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
36006025		Sutura de córnea
36006068		Introflexão escleral
36006114		Reconstituição da parede da órbita
36006122		Canaliculotomia
36007021		Implante interlamelar de córnea
36007048		Explantação e/ou substituição de lente intraocular
36007064		Transplante de periósteo em escleromalácia
36007099		Tratamento da ptose e coloboma de pálpebra
36007110		Biopsia de tumor extraocular
36007129		Oclusão de ponto lacrimal
36008060		Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087		Tratamento cirúrgico da hernia de íris
36008095		Cirurgia da triquiase
36008117		Injeção retrobulbar ou peribulbar
36008125		Sondagem das vias lacrimais
36009024		Biopsia da córnea
36009067		Implantação de prótese antiglaucomatosa
36009083		Sinequiotomia cirúrgica
36009113		Desnervação química
36009121		Reconstituição do canal lacrimal
36010022		Transplante de córnea
36010065		Aplicação de placa radioativa episcleral
36010081		Biopsia da íris e corpo ciliar
36010090		Drenagem de abscesso palpebral
36010111		Tratamento cirúrgico de hipertrofias
36011029		Tratamento cirúrgico do astigmatismo secundário
36011061		Cirurgia do glaucoma congênito
36011096		Miíase palpebral
36011118		Descompressão da órbita
36012025		Tratamento cirúrgico da deiscência de sutura de córnea
36012084		Trabeculotomia
36012092		Epilação de cílios
36013021		Ceratoprótese
36013099		Sutura de pálpebra
36014087		Iridociclectomia
36014095		Cirurgia do xantelasma
36015024		Transplante de córnea em reoperações
36015091		Blefarocalase
36016020		Transplante de córnea em cirurgias combinadas
36016098		Reconstituição parcial da pálpebra
36017027		Epiceratofacia
36017094		Cirurgia de coloboma palpebral congênito
36018023		Topoplastia do transplante
36020052		Facetomia para implante de lente intraocular

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
36701033		Paracentese de câmara anterior
37001019		Antrotomia da mastoide (drenagem de otite no lactente)
37001035		Incisão e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051		Osteotomia do maxilar inferior
37002031		Adenoidectomia
37003020		Tratamento cirúrgico da rinofima
37003038		Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054		Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face
37004026		Tratamento cirúrgico da imperfuração coanal -unilateral
37006029		Cirurgia de ozena
37007041		Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044		Laringoscopia com exérese de papiloma
37011030		Amigdalectomia
37011057		Redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz
37012053		Redução cirúrgica da luxação temporo mandibular (recidivante ou não)
37020021		Turbinectomia
37021028		Septoplastia (desvio do septo)
37023012		Timpanoplastia (Tipo I - unilateral)
38001080		Alongamento de columela
38001101		Tratamento cirúrgico não estético da orelha
38002078		Tratamento cirúrgico do gigantismo ao nível da mão
38002086		Tratamento cirúrgico da perfuração do septo nasal
38002124		Exérese de cisto tireoglossos
38002132		Exérese e plástica de cisto sacro coccígeo
38003074		Tratamento cirúrgico da polidactilia articulada
38003082		Rinoplastia para defeito(s) pós-traumático(s)
38003090		Tratamento cirúrgico do epicentro
38003104		Reconstrução de Helix da orelha
38004046		Tratamento cirúrgico da hipertrofia dos pequenos lábios
38004054		Excisão e reconstrução total de lábio
38004062		Tratamento cirúrgico da retração cicatricial do cotovelo
38004089		Rinoplastia reparadora não estética
38004097		Tratamento cirúrgico do lagofthalmia
38004100		Reconstrução de lóbulo da orelha
38004135		Plástica mamária masculina (ginecomastia)
38005050		Reconstrução do sulco gengiva labial
38005077		Suturas e reparações de perda de substancia da mão
38005107		Reconstrução do polo superior da orelha
38005123		Retração cicatricial - correção em um estagio

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
38006057		Reconstrução parcial do lábio
38006073		Retração cicatricial dos dedos da mão sem comprometimento tendinoso
38006103		Reconstrução total da orelha (múltiplos estágios)
38006111		Tratamento cirúrgico da sindactilia (dois intra digitos)
38007010		Excisão e sutura com plástica em z na pele
38007070		Tratamento cirúrgico da sindactilia (dois digitos)
38008114		Retração cicatricial dos dedos do pé sem comprometimento tendinoso
38010097		Reconstrução total da pálpebra
38015013		Exérese de cisto dermoide
38023016		Extirpação e supressão de lesão da pele e do tecido
38703050		Excisão em cunha de lábio e sutura
39001040		Biopsia do omoplata
39001105		Amputação ao nível dos metacarpianos
39001199		Ressecção cisto sinovial
39001202		Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237		Curetagem de tumor ósseo com enxertia
39002110		Biopsia da articulação coxo femoral
39002195		Abertura de bainha tendinosa
39002217		Retirada de fio de Kirschner trans ósseo
39003086		Biopsia do(s) osso(s) do antebraço
39003108		Amputação do dedo (cada)
39003116		Biopsia da articulação sacro ilíaca
39003132		Biopsia do fêmur
39003205		Retirada de corpo estranho intraósseo
39003213		Retirada de parafuso
39004023		Biopsia do corpo vertebral
39004058		Biopsia da articulação escapulo umeral
39004066		Biopsia do úmero
39004090		Biopsia do punho
39004180		Miotomia
39004210		Retirada de placa e parafuso
39005100		Artrodese interfalangiana
39005127		Biopsia da articulação coxo femoral
39005143		Biopsia do joelho
39005151		Biopsia do(s) osso(s) da perna
39005186		Ressecção muscular
39005216		Retirada de pino de Steinnan
39005232		Ressecção simples de tumor ósseo
39006026		Biopsia da lâmina vertebral
39006077		Biopsia do cotovelo
39006085		Ressecção da apófise estilóide do radio
39006107		Artrodese metacarpo falangiana
39006212		Retirada de haste

CODIGO*	CODIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO
39006239		Ressecção de exostose
39007022		Biopsia do pedículo vertebral
39007162		Biopsia do tornozelo
39007197		Exploração cirúrgica de tendão
39008177		Osteotomia do(s) osso(s) do pé
39010074		Ressecção da bolsa sinovial do cotovelo (olecrânio)
39010090		Tratamento cirúrgico da síndrome do canal carpiano
39010198		Tenoplastia ou enxerto de tendão ao nível da mão
39011100		Capsulectomia das articulações da mão
39011194		Tenoplastia ou enxerto de tendão em outras regiões
39012115		Redução incruenta da disjunção ao nível da pelve
39012123		Redução incruenta da luxação coxo femoral (central)
39012174		Tratamento cirúrgico do dedo em martelo
39012190		Tenorrafia
39013111		Redução incruenta da fratura ao nível da pelve
39013197		Tenotomia
39014126		Redução incruenta da luxação coxo femoral (traumática)
39014177		Redução cirúrgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixação
39014193		Transposição de tendão
39017168		Redução incruenta da luxação do tornozelo
39018105		Redução cirúrgica de fratura das falanges, com fixação
39018148		Redução incruenta da fratura do joelho
39019063		Redução incruenta da fratura da diáfise do úmero
39019136		Redução incruenta da fratura da diáfise do fêmur
39019179		Redução cirúrgica da luxação do(s) metatarsiano(s)
39021106		Tratamento cirúrgico do dedo em gatilho
41002040		Biopsia da tireoide
42001021		Biopsia da pleura com agulha
42001030		Traqueoscopia e exérese de papilomas
42001072		Biopsia da mama
42002036		Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079		Extirpação de tumor ou adenoma da mama
42003075		Incisão e drenagem de abscesso da mama
42004047		Broncoscopia e exérese de papilomas
42006074		Extirpação de mama supranumerária
44001053		Redução incruenta da fratura unilateral da mandíbula
44006055		Redução incruenta da fratura do maxilar superior - Le Fort I

Fonte: Anexo 1 do Anexo XXIV da MS/GM Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Link: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Políticas.html>

*Este código é de atendimentos e procedimentos, o código para faturamento é o SIGTAP disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>

ANEXO 2 - COMISSÕES, COMITÊS E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

1. Todas as unidades da Atenção Especializada devem atender a Resolução CFM nº 2.152/2016, de 10 de novembro de 2016, 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 2.152/2016, de 10 de novembro de 2016;

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 Atenção Especializada devem atender a Resolução COFEN nº 593/2018, 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 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 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 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, 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 após 12 meses de sua inauguração.

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

1. Todas as unidades da Atenção Especializada devem atender às Resoluções do CFM nº 1.638/2002 e nº 2.218/2018 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, nome social, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo atribuído ao nascimento (masculino, feminino e intersexo), 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 obrigatórios 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 após 12 meses de sua inauguração.

ANEXO 3

MANUAL DE ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA INSTALAÇÃO DE UNIDADES HOSPITAL DIA

OBJETIVO

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

EQUIPES ENVOLVIDAS

- SMS - G: Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especializada e Vigilância em Saúde (SEABEVS)
 - o Departamento de Atenção Especializada
- Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)
 - o Coordenadores
 - o Interlocutores da Atenção Especializada Ambulatorial
- Supervisão Técnica de Saúde (STS)
 - o Supervisores
 - o Interlocações 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:
 - o Interlocações regionais ou da unidade a ser inaugurada
 - o Equipes de obras
 - o 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
 - o CRS e STS à qual pertence a unidade
 - o Nome fantasia atual da unidade
 - o Nome fantasia a ser adquirido após inauguração do Hospital Dia
 - o Endereço completo com CEP
 - o CNES
 - o Telefones de contato
 - o E-mail institucional da unidade, STS responsável, CRS responsável
- Dados sociodemográficos epidemiológicos da região em que está localizada a unidade
 - o Nome da subprefeitura e distrito administrativo
 - o Número de habitantes
 - o Densidade demográfica
 - o Fila de espera de especialidades médicas clínicas na região
 - o Fila de espera de especialidades médicas cirúrgicas na região
 - o 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:

o TABNET (<http://www.prefeitura.sp.gov.br/tabnet>) e o TabWin, desenvolvidos pelo DATASUS para tabulação das bases de dados SUS.

o 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.

o 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

o Descrever quantidade e tipo (exemplo: 10 UBS, 03 AMA, 01 AMA-E, etc.)

o Descrição de onde será instalada a nova unidade Hospital Dia; 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

o Descrever os objetivos aos quais a nova unidade de saúde se propõe. Exemplo: atendimento ambulatorial, acesso a exames e cirurgias dia no mesmo local.

o 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)

o 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

o 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 são ofertados nos equipamentos da Atenção Especializada:

o Especialidades médicas

o Especialidades não médicas

o Exames

o Cirurgias

Equipe responsável pelo envio da justificativa: CRS

PLANO DE TRABALHO

O documento que oferece embasamento técnico para tomadas de decisões e diretrizes de implantação na unidade deve 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 deve 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 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
 - o M² aproximada baseada no Protocolo de Áreas Físicas da AEA/HD
 - o 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.
 - o Áreas a serem demolidas, construídas e/ou reformadas.
 - o Material usado por metro quadrado ou por área
 - o Custos de materiais, entrega e terceiros
 - o Custos com equipe de obras
 - o 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 deve ser avaliada 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
 - o Número de profissionais por categoria
 - o Carga horária profissional (semanal e mensal) por categoria
- No caso de profissionais médicos detalhar a distribuição da carga horária em clínica, cirúrgica e SADT
 - o As cargas horárias apresentadas devem estar condizentes com os espaços físicos disponíveis. Para tal deve ser calculado 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

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

Estes indicadores devem 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 são calculados nas seguintes abrangências: MSP, CRS, STS e Serviços de Especialidades (AE, AMA-E e Hospitais Dia).

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 7: Matriz de indicadores de monitoramento da Atenção Especializada

MATRIZ DE INDICADORES						
Nº	DIMENSÃO/ SUBDIMENSÃO	ASPECTO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE e OBSERVAÇÕES
1	Efetividade / acesso	Cobertura consulta médica especializada	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 1.631/15 MS em determinado espaço geográfico.	Número de consultas médicas especializadas apresentadas ao SUS / Total de consultas necessárias estimadas a partir da Portaria nº 1.631/15 MS	SIASUS (arquivo PASP) Serão monitoradas as especialidades com parâmetro de necessidades descritas na Portaria nº 1.631/15 MS considerando 2 cons/ano/hab. Para estimativa de necessidade serão considerados os dados de população total (SEADE) e a população sem plano de saúde (IVP)
2	Efetividade / acesso	Cobertura procedimentos finalidade diagnóstica	Razão de procedimentos com finalidade diagnóstica realizados em relação ao total estimado para os residentes do MSP.	Número de procedimentos com finalidade diagnóstica realizadas por tipo selecionado, em relação ao número de procedimentos necessários segundo a Portaria nº 1.631/15 MS em determinado espaço geográfico.	Número total de procedimentos com finalidade diagnóstica apresentadas ao SUS / Total de procedimentos necessários estimados a partir da Portaria nº 1.631/15 MS.	SIASUS (arquivo PASP) Serão monitorados os procedimentos (exames de apoio) com parâmetro de necessidades descritos na Portaria nº 1.631/15 MS. Para estimativa de necessidade serão considerados os dados de população total (SEADE) e a população sem plano de saúde (IVP)
3	Otimização / produtividade	Produtividade média	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 de 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 a 4 cons/hora/ profissional.	SIASUS (arquivo PASP) Serão definidas as 10 especialidades mais demandadas a serem monitoradas e o parâmetro esperado do número de consultas/hora.

Nº	DIMENSÃO/ SUBDIMENSÃO	ASPECTO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE e OBSERVAÇÕES
4	Eficiência / adequação	Cirurgias dia	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 em regime ambulatorial ou hospitalar com menos de 1 dia de permanência em relação ao número total destes procedimentos efetuados.	Número de amigdalectomias, 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:
5	Otimização / dissipação	Absenteísmo	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 de atendimento ou registro de não atendimento, isto é, mudança de 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 e o denominador o número total de vagas ocupadas.	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada Serão definidos os 10 exames mais demandados a serem monitorados e o parâmetro esperado do número de exames/hora.
6	Otimização / acesso	Perda primárias	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.
7	Efetividade / qualidade e acesso	Resolutividade	Razão de utilização de consulta médica especializada pela AB.	Percentual de encaminhamento da AB para a AE 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.

Nº	DIMENSÃO/ SUBDIMENSÃO	ASPECTO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE e OBSERVAÇÕES
8	Efetividade / continuidade	Novo acesso à atenção de média e alta complexidade	Percentual de novas consultas ofertadas.	Percentual de novas consultas do total de consultas disponibilizadas no sistema (novas e retornos).	Número de novas consultas 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.
9	Efetividade / continuidade	Tempo de espera AE	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.
10	Efetividade / continuidade	Tempo de espera AB	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 pelos AB.	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada. - geral - por tipo de exame - por especialidade.

ANEXO 5

CGR/CIR – SÃO PAULO - RRAS 06 DELIBERAÇÃO Nº 10/2022

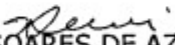


CGR/CIR - São Paulo - RRAS 06

DELIBERAÇÃO nº 10/2022

A Comissão Intergestores Regional da Rede Regional de Atenção à Saúde, RRAS/06 São Paulo, em reunião realizada em 08 de Abril de 2022, aprovou a Grade da Micro Regulação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

São Paulo, 12 de Abril de 2022.


Dra. VÂNIA SOARES DE AZEVEDO TARDELLI
Diretor Técnico de Saúde III
Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo
Coordenadora do CGR/CIR - RRAS 06 - São Paulo

Rua Conselheiro Crispiniano, 20, 13º andar - Centro - SP | CEP 01037-000 | São Paulo, SP
Fone: (11) 3017-2303 | Fax: (11) 3017-2006 | E-mail: drs1@saude.sp.gov.br

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
2. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2414_23_03_1998.html
3. 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. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
4. 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. Disponível:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html
5. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html
6. 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.
7. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html
8. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

9. BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.631, DE 1º DE OUTUBRO DE 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html

10. BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2 Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>

11. BRASIL. Ministério da Saúde - MS/DATASUS - CNES; SMS/CEInfo- ESTABSUS. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/info_assistenciais/EstabServicosdaSMSporCRS_Dezembro2022.pdf

12. 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. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>

13. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN 593/2018 Normatiza a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-593-2018_66530.html

14. 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.

15. 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.

16. 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

17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.821 de 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

18. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009. 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.

19. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2147/16 de 17/06/2016, dispõem respectivamente responsabilidade sobre prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=342632>

20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2.152/2016. Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2152>

21. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2218/2018 <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2218>

22. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTA. RESOLUÇÃO CFN Nº 380/2005. 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.

23. 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

24. 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 Debate, nº 51 - ISSN 0103-4383 - Rio de Janeiro, outubro 2014

25. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Documento de apoio ao processo de planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo. Setembro/2013

26. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Manual da assistência farmacêutica. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/Manual_Assistencia-Farmacutica.pdf

27. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial da Saúde - Manuais. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/informatica/manuais-de-sistemas/siga/> .

28. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Lei nº 13.716, de 7 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a estrutura e a criação de cargos de provimento em comissão dos Centros Educacionais Unificados e das Unidades de Saúde municipais. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13716-de-07-de-janeiro-de-2004>

29. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da 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.

30. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da 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.

31. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 82, de 2015 DOM de 05/12/15 Normatiza a prescrição e a dispensa de medicamentos no âmbito das Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão Municipal <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-82-de-5-de-dezembro-de-2015>

32. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Decreto nº 57486, de 2016 Dispõe sobre o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, disciplina o Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde e estabelece os procedimentos administrativos de vigilância em saúde Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-57486-de-01-de-dezembro-de-2016/>

33. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Boletim CEInfo - Saúde em Dados. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529

34. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. CEInfo/Núcleo de Divulgação. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/mapoteca/index.php?p=32424

35. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. São Paulo: SIAB. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.

36. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 166, de 14 de abril de 2021 Estabelece a estrutura da Rede de Ouvidoria dos SUS da Cidade de São Paulo e seus macroprocessos de trabalho, os procedimentos de acesso à informação no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-166-de-14-de-abril-de-2021>

37. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. SMS-G Portaria nº 819, de 26 de dezembro de 2022 Dispõe sobre o uso obrigatório do Sistema OuvidorSUS para registro, categorização, acompanhamento e gerenciamento das manifestações registradas pelos técnicos do SUS Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-819-de-26-de-dezembro-de-2022>

38. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. 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>.

39. SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo: SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>.

40. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2016. 292 p

41. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 267, de 15 de maio de 2023, DOM de 15/05/2023 Regulamenta as práticas de teleassistência no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e revoga a Portaria SMS nº 340/2020. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-267-de-15-de-maio-de-2023>

