



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

PLANO DE TRABALHO

EM CONCORDÂNCIA COM O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS DE OPERACIONALIZAÇÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA PORTE II – ALTO DA PONTE, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS REFERENTE AO PROCESSO DE SELEÇÃO Nº 001/SMS/2017

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
AO SECRETÁRIO DE SAÚDE ILMO. SR. DR. STANZANI
À COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO Nº 001/SMS/2017

PROPONENTE: INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ/MF: Nº 09.268.215/0001-62

Matriz: Rua Emygdia Campolim, 131, Parque Campolim, Sorocaba, São Paulo,
CEP 18047-626

Filial São José dos Campos: Rua Itapetinga, 280, Jardim Satélite, CEP 12230-740

Telefones Para Contato: 15 3035-2779 / 15 99131-4022 / 17 99761-2796

Contato por e-mail: antonio.pereira@incs.med.br

Diretor de Operações do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE:

SR. ANTONIO PEREIRA DE SOUZA JUNIOR: _____

OBJETO:

Contratação de Organização Social para a prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento UPA PORTE II – ALTO DA PONTE, nos termos do CONTRATO DE GESTÃO, localizada no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo.

PRAZO:

A vigência do Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, contados da emissão da ordem de serviço, e passível de renovação anual mediante o cumprimento de Plano de Trabalho e nos termos da lei, facultada a repactuação de metas e indicadores da execução contratual, para melhor atendimento do interesse público e adaptação do Contrato de Gestão às variações de demanda a fim de alcançar maior eficiência.

OBJETIVO DESTES DOCUMENTOS:

Elaboração de PLANO DE TRABALHO de acordo com o disposto no Edital de Chamamento Público para seleção de Organização Social para gestão da Unidade de Pronto Atendimento UPA PORTE II – ALTO DA PONTE do município de São José dos Campos referente ao Processo de Seleção Nº 001/SMS/2017, de pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, qualificada como Organização Social – OS, no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, com vistas à celebração de Contrato de Gestão objetivando a operacionalização, a execução e a gestão de trabalhos nos diversos serviços da referida Unidade, no atendimento de urgência e emergência à população, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, construindo um serviço de saúde humanizado, ágil, coerente com seus princípios, trabalhando com processos bem definidos e eficientes, com profissionais médicos, técnicos e de apoio, habilitados e capacitados por meio de educação permanente, visando a melhoria contínua e a máxima qualidade possível.

São José dos Campos – SP, 21 de maio de 2.020.

BREVE HISTÓRICO DO INCS

Nossa Instituição nasceu com o objetivo de concretizar o sonho de um grupo de profissionais da área da saúde, através da conscientização da população, da promoção de ações organizadas, da concepção de novas alternativas para a área, do desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e da otimização dos recursos humanos e financeiros disponíveis em cada empreitada, garantindo o máximo em qualidade e economicidade e a maior abrangência possível.

É por este e outros motivos que o INCS vem destacando-se em prol da melhoria da saúde pública, disponibilizando novas ferramentas e novos conceitos para o bem estar geral.

PERFIL INSTITUCIONAL

O INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde é uma associação sem fins econômicos, de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, regida por estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

Idealizamos, implantamos, executamos e gerenciamos programas que visam a promoção da saúde, a assistência social em saúde, a assistência hospitalar, além do desenvolvimento tecnológico em saúde, contemplando o treinamento, a capacitação e o desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos, além de vislumbrar a completa informatização, indispensável ferramenta para a compilação de dados, necessários ao fornecimento de informações voltadas para a constante melhora do processo de trabalho, e ainda para o fornecimento dos subsídios que nortearam a estratégia de planejamento para as necessidades prementes e futuras.

Nesse contexto, implantamos, executamos e gerimos Planos de Trabalho, em diversos municípios, que envolvem não somente a equipe gestora e a equipe executora, mas também a comunidade, em assuntos concernentes a saúde, potencializando a capacitação pessoal, através de treinamentos e de educação permanente da mão de obra local, além da promoção e do desenvolvimento da responsabilidade social, do respeito à saúde e a vida, envolvendo as classes profissionais e a comunidade adstrita, reconhecendo-as em todos os sentidos, e

estimulando-as a participarem e colaborarem com todos os nossos Planos de Trabalho.

4

MISSÃO INSTITUCIONAL

“Idealizar, implantar, desenvolver, gerir e executar projetos de saúde e planos de trabalho que visem a promoção da saúde, através da contínua capacitação profissional e do desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias, capazes de otimizar e potencializar os recursos disponíveis, buscando o envolvimento das classes profissionais, da comunidade e do Poder Público, estimulando-os a participar e colaborar com tais projetos de saúde e planos de trabalho”.

CAMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PARA UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA

O INCS desenvolve projetos e ações em logística, atividades, execução e gerenciamento em unidades de saúde públicas, que contemplam serviços ambulatoriais, pronto atendimento, pronto socorro, internação, serviço de apoio diagnóstico e demais serviços de apoio, em baixa, média e alta complexidade, buscando uma gestão calcada nos princípios da formalidade, impessoalidade e profissionalismo, com a visão de ser referência de qualidade como entidade especializada no desenvolvimento estratégico e serviços de gestão em saúde pública, através da:

- ✓ Promoção e apoio no desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde.
- ✓ Gestão, complementação e operacionalização de equipamentos integrantes do Sistema Único da Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal, conforme estabelecido nos distintos Contratos de Gestão.
- ✓ Criação de oportunidades de intercâmbio de conhecimentos e experiências, em nível local, nacional e internacional na área da saúde.
- ✓ Prestação de consultoria e assessoramento técnico e especializado na área de saúde e de gestão hospitalar.
- ✓ Promoção da capacitação dos recursos humanos dos setores públicos e privados para a área da saúde.
- ✓ Gestão de recursos humanos e gerais de hospitais, postos de saúde, clínicas, demais estabelecimentos de saúde e de ensino para a área da saúde, bem

como contratar empresas para executar o mesmo tipo de serviço na área de saúde, sob a responsabilidade da Instituição.

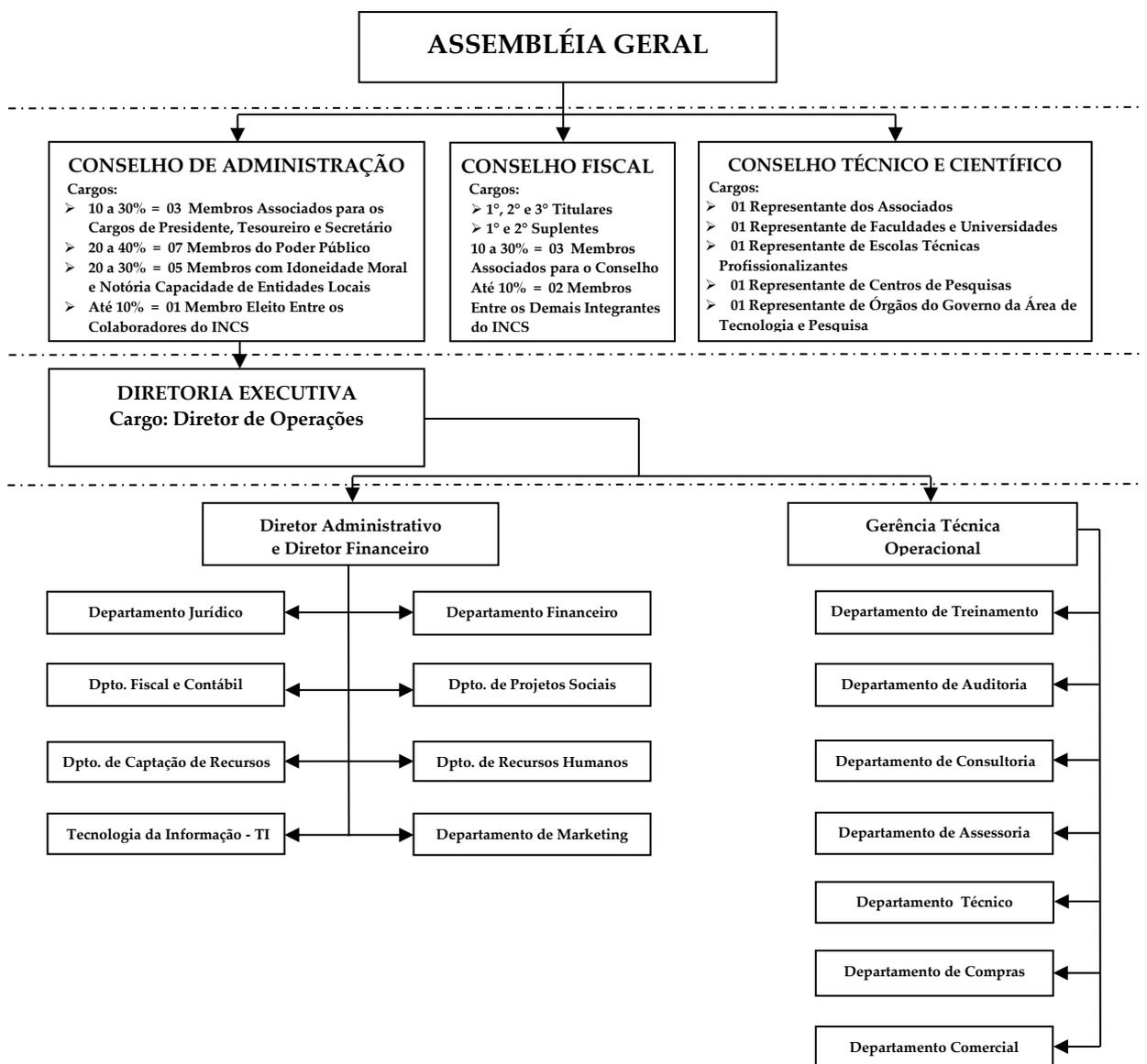
- ✓ Promoção de ações que visem o incentivo à construção, reforma ou restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.
- ✓ Viabilização por meio de articulações com os setores público e privado, de financiamento para construção e restauração de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.
- ✓ Observação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, no desenvolvimento de trabalhos na área da saúde.
- ✓ Firmação de contratos de prestação de serviços, contratos de gestão, convênios, termos de cooperação ou acordos com o poder público, em todos os níveis ou com a iniciativa privada, para gestão e gerenciamento público de saúde, com implementação e desenvolvimento de programas do governo na área da saúde pública.
- ✓ Colaboração com os poderes públicos sempre que sua atuação for solicitada em benefício da comunidade e atendimento humanizado nas unidades de saúde e de educação para melhor atendimento da população e especialmente aos portadores de necessidades especiais.
- ✓ Prestação de serviços na área de assistência, promoção social e saúde, que promovam a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência, aos idosos e aos portadores de necessidades especiais.
- ✓ Promoção e realização de atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos.

PRINCIPAIS LINHAS DE AÇÃO DO INCS

- Organizar serviços de saúde e assistência social.
- Organizar treinamentos, palestras, seminários e cursos especiais na área da saúde e assistência social.
- Organizar e promover, projetos de estudos, pesquisas e extensão na área de saúde e assistência social.
- Desenvolver programas de treinamento, atualização e capacitação profissional.

- Desenvolver programas de saúde à família, aos trabalhadores, seus dependentes, terceira idade e a comunidade.
- Desenvolver programas, estágios e pesquisas, em parcerias com faculdades, universidades, escolas técnicas e profissionalizantes.
- Desenvolver modelos experimentais não lucrativos de produção, comércio, emprego e crédito, estudos, coordenação, execução, fomento e apoio de ações de inovação e desenvolvimento científico e tecnológico, de gestão, de transferência de tecnologia e de promoção do capital humano, através de atividades de educação e treinamento apropriados de natureza técnica, cultural em tecnologia da informação, na área da saúde e serviços correlatos, visando o desenvolvimento sócio econômico da comunidade envolvida.
- Promover o voluntariado.
- Integrar com programas oficiais do setor público.
- Desenvolver programas de apoio aos profissionais do setor de saúde e assistência social.
- Desenvolver programas e produtos de assistência à saúde e assistência social.
- Manter atividades de atendimento à saúde, em forma de gratuidade conforme legislação vigente.
- Desenvolver campanhas de prevenção e sistemas de promoção da saúde, como mutirões, em parcerias com o setor público e privado.
- Promover estágios para profissionais da área da saúde, da assistência social e da educação.
- Desenvolver soluções diagnósticas para hospitais, e ferramentas em gestão para saúde pública.
- Colaborar com poderes públicos no exame e encaminhamentos de atos normativos de qualquer espécie, relativos às finalidades estatutárias e serviços correlatos.
- Colaborar na concepção e implementação de políticas públicas.
- Promover e difundir tecnologias sociais aplicadas nas diversas áreas afins, obtidas através de permanente intercâmbio com outros centros no Brasil e também no exterior.
- Coordenar e integrar diferentes competências entre os seus colaboradores para atendimento a projetos que tenham por exigência básica a introdução de inovação sejam tecnológicas, sejam metodológicas, assegurando prazos firmados e padrões de qualidade.
- Promover o repasse das tecnologias absorvidas e ou desenvolvidas, bem como a capacitação do pessoal técnico envolvido.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO INCS



1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento da UPA 24HS ALTO DA PONTE Conforme Chamamento Público nº 001/SMS/2017.

INTRODUÇÃO

Nosso Plano de Trabalho contém a Proposta Técnica que será minuciosamente pormenorizada no decorrer da apresentação deste documento. Nele demonstramos o conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada, para caracterizar o perfil da Unidade de Saúde em questão, assim como o trabalho técnico gerencial definido no Objeto da Chamada Pública, com base nas indicações e informações constantes no Edital e seus Anexos Técnicos, bem como das informações obtidas na ocasião da nossa Visita Técnica, além das demais pesquisas realizadas através de meio eletrônico pela nossa equipe técnica, financeira e jurídica.

Demonstramos também, a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do Objeto da contratação prevista.

A Proposta Técnica aqui apresentada, contém a descrição das atividades, evidenciando os benefícios econômicos e sociais que serão alcançados em prol da comunidade assistida, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos, levando em conta, para tanto, o perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

Dessa forma, na formulação desse Plano de Trabalho, assim como da Proposta Econômica, computamos todas as despesas e custos operacionais referentes à implantação, manutenção e execução das ações de saúde propostas, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos),

trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho, cumprindo com as diretrizes e metas estabelecidas por todas as instâncias gestoras do SUS, para a execução do Objeto previsto.

I- Conhecimento do Objeto da Contratação

Ao analisarmos os indicadores de morbidade e mortalidade presentes no Relatório Gerencial do Município podemos observar que os dados seguem uma tendência nacional, onde prevalecem os óbitos por doenças do aparelho circulatório, seguido dos óbitos por doenças respiratórias.

Diante deste quadro a organização dos serviços de saúde em redes, como é o caso da rede de urgência e emergencia, que é o Objeto do presente Plano Operativo, juntamente com a necessidade de proporcionar um atendimento de qualidade à clientela, impactará de forma positiva nos indicadores aqui apresentados.

Ainda com relação aos Equipamentos de Saúde disponíveis no Município, podemos observar que existem varios serviços implantados nos diferentes níveis de complexidade em saúde, merecendo destaque a presença de hospitais e alguns equipamentos de diagnósticos dentro do próprio município.

O município conta ainda com o Serviço do SAMU-192, hospitais de retaguarda de maior complexidade para onde são encaminhados via CROSS, os pacientes que necessitam de cuidados de maior complexidade.

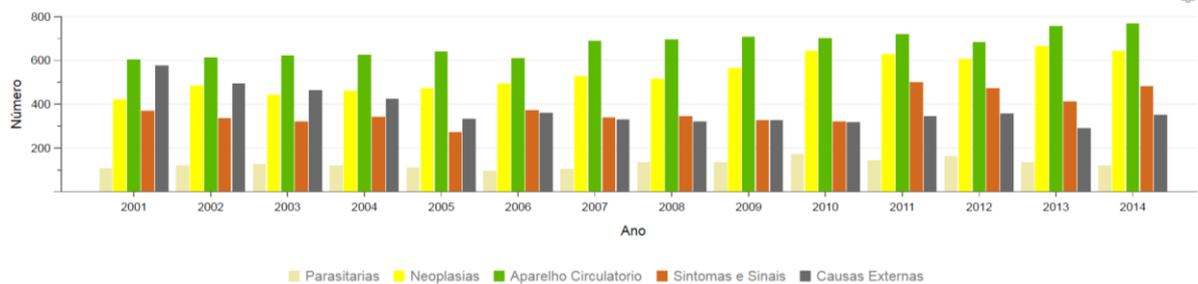
A seguir anexamos importante parte do Relatório Gerencial do Município, que foi objeto de nossos estudos para consubstanciar a elaboração deste Plano de Trabalho.

São José dos Campos		Região de Governo de São José dos Campos		Região Administrativa de São José dos Campos	
Território e População	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado	
 Área (Em km2)	2017	1.099,41	3.824,59	248.222,36	
 População	2017	687.544	1.051.791	43.674.533	
  Densidade Demográfica (Habitantes/km2)	2017	625,38	275,01	175,95	
 Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2010/2017 (Em % a.a.)	2017	1,28	1,10	0,83	
  Grau de Urbanização (Em %)	2016	97,97	95,11	96,32	
  Índice de Envelhecimento (Em %)	2017	65,42	67,62	72,47	
  População com Menos de 15 Anos (Em %)	2017	19,90	19,91	19,33	
  População com 60 Anos e Mais (Em %)	2017	13,02	13,47	14,01	
  Razão de Sexos	2017	95,77	96,10	94,80	

Estadísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
  Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2015	14,55	14,54	14,69
  Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2015	51,43	51,94	52,41
  Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2015	12,57	11,80	10,66
  Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2015	14,20	13,53	12,04
  Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2015	108,73	113,50	109,44
  Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2015	3.058,83	3.159,00	3.482,85
  Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %)	2015	5,10	5,67	6,25
  Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal (Em %)	2015	80,73	79,23	77,77
  Partos Cesáreos (Em %)	2015	62,08	61,33	59,40
  Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2015	8,87	8,99	9,15
  Gestações Pré-Termo (Em %)	2015	10,21	11,48	10,63
  Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes)	2016	1,08	0,99	1,28

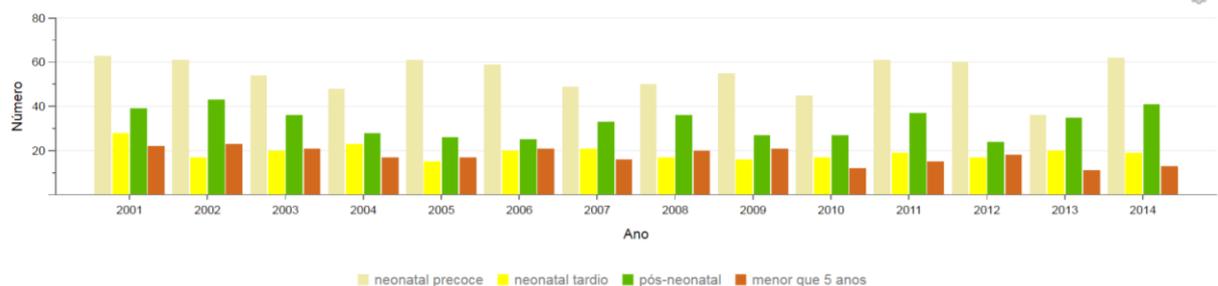
Filtro ▼

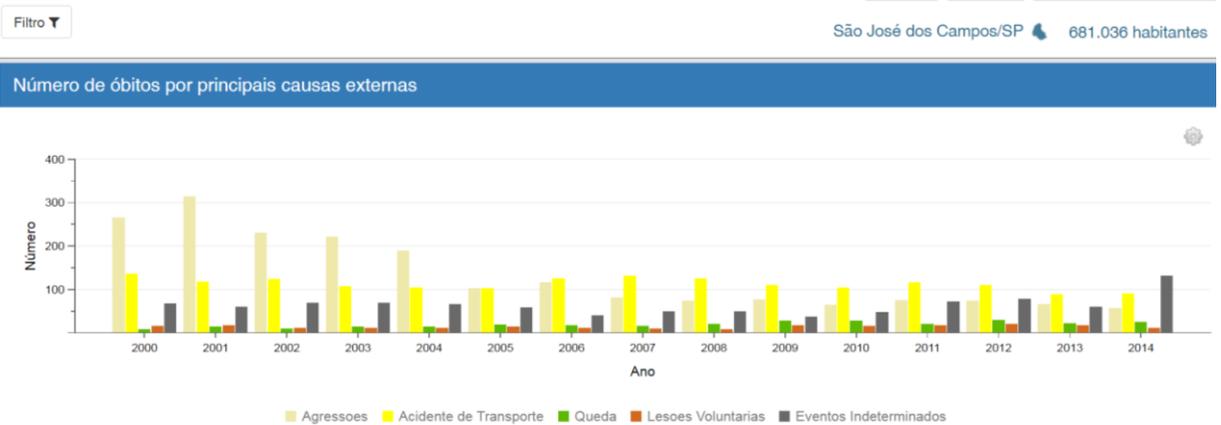
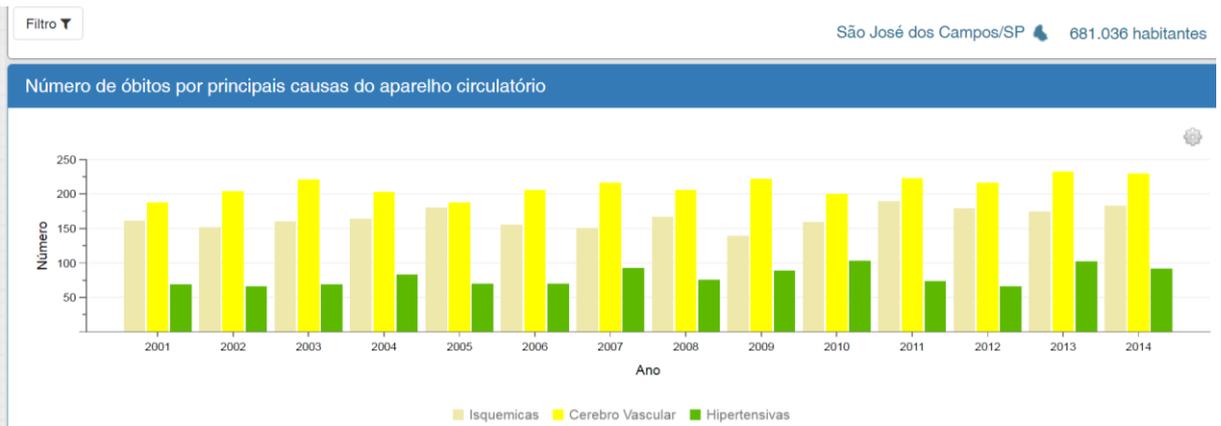
São José dos Campos/SP 681.036 habitantes

Número de óbitos por grupo de causas


Filtro ▼

São José dos Campos/SP 681.036 habitantes

Número de óbitos em crianças por faixas etárias




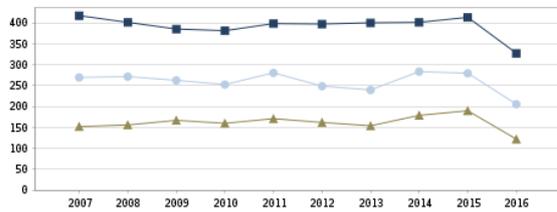
Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal

Configuração do Painel

Atualizar

Local	Abrangência	Categoria do Indicador
Residência	Município	Notificação de óbitos infantis e fetais
Subcategoria do Indicador	Indicador	
Óbitos por todas as causas	Todas as causas	
Região	Unidade Federativa	Mesorregião
-- indiferente --	São Paulo	-- indiferente --
Microrregião	Região de Saúde	Município
-- indiferente --	-- indiferente --	São José dos Campos
Ano	Estatística	Grupo etário
2016	Número de casos	Fetal e Infantil
Raça/Cor		
Todos		

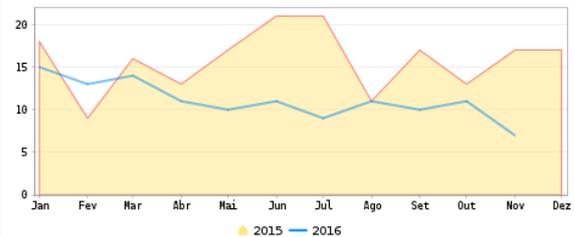
Nº de óbitos segundo abrangência e ano



Número de óbitos fetais e infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes.
[5] Microrregião [6] Região de Saúde [7] Município

Fonte: SIM - Dezembro de 2016

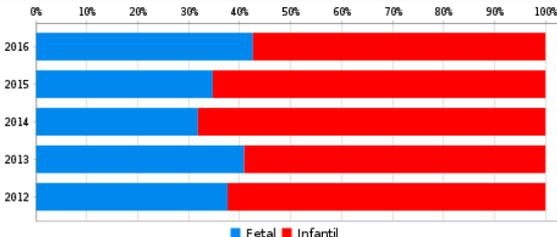
Nº de óbitos segundo mês e ano



Número de óbitos fetais e infantis (masculinos e femininos) notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente.

Fonte: SIM - Dezembro de 2016

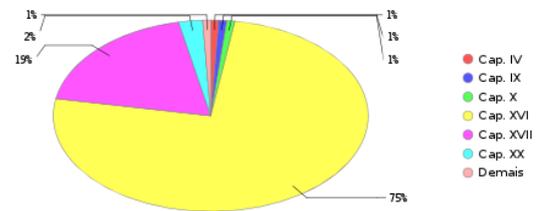
Nº de óbitos segundo grupo etário e ano



Número de óbitos fetais e infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário.

Fonte: SIM - Dezembro de 2016

Nº de óbitos segundo capítulo da CID10



Número de óbitos fetais e infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado, segundo capítulo da CID10.

Fonte: SIM - Dezembro de 2016

Nº de óbitos segundo localidade e mês

Localidades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ano
Brasil	5.958	5.645	6.021	6.020	5.789	5.731	5.437	5.087	4.845	4.374	2.651	77	57.635
Sudeste	2.221	2.122	2.250	2.255	2.165	2.108	2.012	1.844	1.759	1.650	1.060	24	21.470
São Paulo	1.102	1.040	1.145	1.080	1.094	1.043	959	904	858	877	699	16	10.817
Vale do Paraíba Paulista	59	50	87	51	50	43	49	43	44	56	35	5	572
São José dos Campos	34	32	49	29	30	24	20	24	22	38	23	3	328
Alto Vale do Paraíba	20	21	30	17	19	14	16	20	15	23	11	0	206
São José dos Campos	15	13	14	11	10	11	9	11	10	11	7	0	122

● País
 ● Região
 ● Unidade Federativa
 ● Mesorregião
 ● Microrregião
 ● Região de Saúde
 ● Município
 ★ Capital

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Dezembro de 2016

Aids - Taxa por 100.000 hab/ano



Sífilis Congênita e em Gestantes – taxas por 1.000 nasc. vivos



Número de testes de sífilis realizados por gestante



Tuberculose - taxas por 100.000 hab/ano

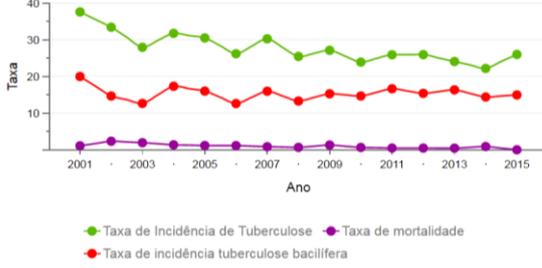


Tabela de Indicadores

Tuberculose - indicadores operacionais

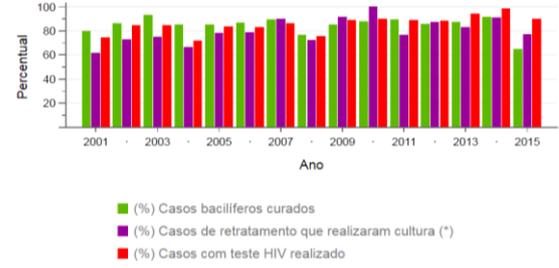
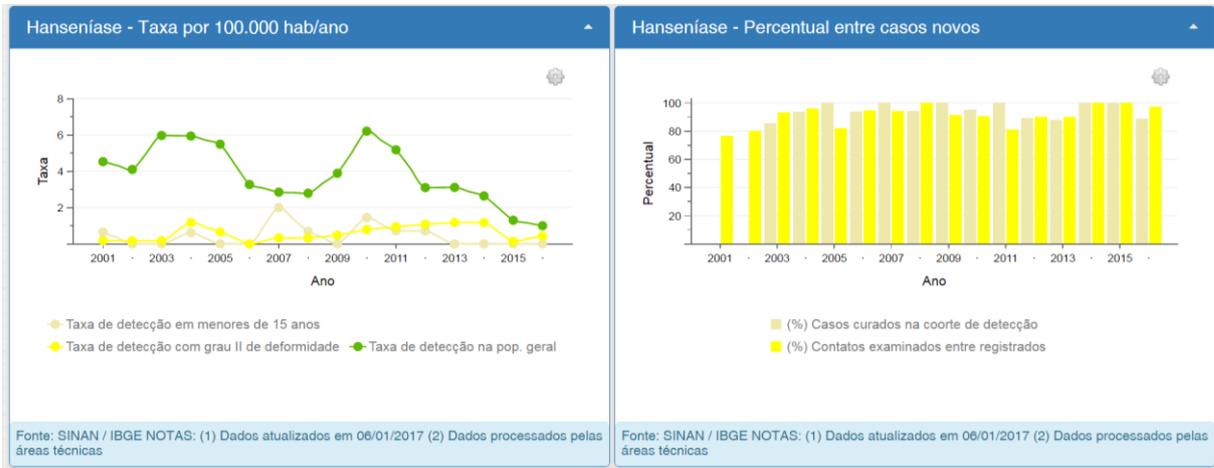


Tabela de Indicadores



II- Descrição e Análise das Principais Características Epidemiológicas a Serem Enfrentadas no Município de São José dos Campos e dos Problemas Mais Prevalentes Encontrados em Nossa Visita Técnica na UPA 24HS ALTO DA PONTE

Descreveremos e analisaremos a seguir, as principais características epidemiológicas a serem enfrentadas no Município de São José dos Campos dos problemas mais prevalentes encontrados em nossa Visita Técnica na UPA 24HS ALTO DA PONTE.

II.A- Identificação dos Principais Características Epidemiológicas a Serem Enfrentadas no Município de São José dos Campos

Epidemiologicamente os principais problemas a serem enfrentados serão os os característicos que afetam as populações de grandes conglomerados urbanos, assim enumerados:

- Dengue, Chikungunya e Zika: na estação do verão com chuvas abundantes, essas doenças avançam por estarem ligadas a proliferação do agente vetor. Promoveremos na UPA 24HS ALTO DA PONTE, conscientização da população usuária, através de cartazes alertando para o problema, com as formas de combate, assim como folhetos explicativos para esclarecimentos dos sintomas para a rápida identificação da doença, como preveni-la através de atos domésticos, combatendo-se a proliferação mosquito vetor. Na UPA, manteremos profissionais treinados para a rápida

identificação e pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica.

- HAS: vigilância durante todo ano, informação a população durante o atendimento e triagem com a classificação de risco. Orientação, tratamento da população e encaminhamento para as UBSs referenciadas, para o acompanhamento dos quadros diagnosticados. No atendimento na UPA 24HS ALTO DA PONTE, promoveremos a medicação e a estabilização dos quadros possíveis.
- Diabetes: durante todo ano, tanto tipo I quanto tipo II, os casos deverão ser diagnosticados na UPA 24HS ALTO DA PONTE e orientados para que os pacientes tenham o mínimo possível de complicações para evitar as internações por complicações da doença. Encaminharemos para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticados e controle de recebimento de medicação e apoio psicológico.
- MI e DST: estes casos serão automaticamente notificados ao serviço de Vigilância Epidemiológica logo que diagnosticados, sendo inicialmente orientados na UPA e encaminhados para a sequência do tratamento adequado, tais como: AIDS, Coqueluche, Sarampo, Meningites, HPV, Hepatites Virais, etc.. Todos os pacientes serão orientados para a vacinação profilática que consta no calendário da Secretaria Municipal de Saúde. Folhetos explicativos para a importância da prevenção destas doenças serão distribuídos na UPA 24HS ALTO DA PONTE.
- Problemas Respiratórios: BCP, BE, IVAS que são quadros comuns em regiões periféricas, com população de baixa renda devida a condições de higiene e habitação. Estes casos deverão ser inicialmente identificados e tratados de forma adequada na UPA, e na sequência encaminhados para as UBSs de referência, para o devido acompanhamento. Indicações para a vacina da gripe no calendário vacinal anual serão divulgadas na UPA 24HS ALTO DA PONTE, através de cartazes e panfletos, além de divulgação corpo a corpo, realizadas por nossa equipe de colaboradores.
- Além do perfil epidemiológico acima elencado, enfrentaremos toda a gama de patologias existentes, situações de trauma, quadros agudos, acidentes, IAM, AVC, patologias psiquiátricas, intoxicações, envenenamentos, etc..

2. PROPOSTA DO MODELO GERENCIAL

Para o desenvolvimento das ações de operacionalização, gestão e execução da UPA 24HS ALTO DA PONTE, no que diz respeito à organização técnica e administrativa da mesma, delinearemos a seguir o modelo gerencial que será implantado, que constituir-se-á nas estratégias que serão adotadas para sua implantação, sem causar impactos na operação, na constante verificação dos indicadores, nas ferramentas e instrumentos que serão utilizados para a modernização gerencial e na linha de comunicação que será estabelecida entre a nossa Instituição e a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos.

Assim sendo, neste item caracterizaremos o Modelo Gerencial e Assistencial para a UPA 24HS ALTO DA PONTE.

Estabeleceremos rotinas de trabalho que dentre as diversas atividades contempladas, promoverão o controle funcional dos colaboradores contratados, suas capacitações e treinamentos, abrangendo além disso:

- a) a avaliação do desempenho de cada profissional, registradas por meio de questionário, que será aplicado semestralmente;
- b) o controle e apontamentos da frequência dos funcionários contratados;
- c) a implantação de Ponto Eletrônico Biométrico para controle de frequência dos funcionários contratados, em todos os locais de trabalho;
- d) o fornecimento de equipamentos de proteção individual, uniforme e crachás de identificação aos profissionais das equipes de trabalho;
- e) a assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pelo Município;
- f) o cumprimento de todas as normas e instruções operacionais estabelecidas pelo Município, Estado ou União;
- g) a participação da organização de planos de socorro em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, como acidentes aéreos, ferroviários, inundações, terremotos, explosões, intoxicações, acidentes químicos ou de radiações ionizantes e demais situações de catástrofes;
- h) o processo de Educação Continuada, visando à formação e aperfeiçoamento dos profissionais; e,
- i) a promoção periódica de ações de Educação Permanente voltadas à qualificação das equipes e à humanização do atendimento.

2.1. ÁREA DE QUALIDADE

2.1.1. QUALIDADE OBJETIVA

Demonstraremos a seguir o conjunto de ações e medidas que serão implementadas e executadas com o objetivo de orientar a obter e garantir a melhor assistência possível, envolvendo o nível de recursos disponíveis e a tecnologia já existente e as que serão implantadas na UPA 24HS ALTO DA PONTE.

2.1.1.1. Comissões Técnicas que Implantaremos na UPA ALTO DA PONTE

Apresentaremos as Comissões Técnicas que iremos implantar, suas atividades, o perfil dos membros componentes que integrarão a Comissão, os objetivos da mesma para o primeiro ano de contrato, a frequência de reuniões, bem como o controle das Comissões pela Direção Médica e Administrativa e suas atas de reuniões.

2.1.1.2. Organização Específica do Serviço de Farmácia

Apresentaremos a estruturação do Serviço de Farmácia, os membros que o comporão, a organização horária, a implantação do sistema de dose unitária, bem como os métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de alto custo.

2.1.1.3. Organização Específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos

Apresentaremos a organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, como o serviço funcionará, os modelos de fichas que serão utilizadas, o sistema de arquivamento digitalizado e seu controle de resgate e rastreabilidade, através da implantação, treinamento e uso do nosso software de gestão, bem como os seus protocolos e a Comissão de Revisões de Prontuários.

2.1.1.4. Descrição de Funcionamento da Unidade de Estatísticas

Descreveremos como será o funcionamento da Unidade de Estatísticas, como o serviço funcionará, os modelos de relatórios que serão customizados, bem como a sistemática e metodologia de trabalho do serviço, alcançadas com a implantação, treinamento e uso do nosso software de gestão.

2.1.1.5. Monitoramento de Indicadores de Desempenho de Qualidade, de Produtividade e Econômico-Financeiros

Os indicadores de desempenho de qualidade, de produtividade e Econômico-Financeiros selecionados, serão diariamente monitorados através do sistema de informação que iremos implantar, servindo de base para as sistemáticas de aplicação de ações corretivas quando estas se fizerem necessárias.

2.1.1.6. Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento

Apresentaremos os Protocolos Clínicos de Atendimento de acordo com o exigido no Edital, ou seja, a Proposta de 08 Protocolos Assistenciais solicitados, que são: IAM, AVC, ACLS, ATLS, Sepsis, Cetoacidose Diabética, ITU e Insuficiência Respiratória Aguda.

Lembramos que estes 08 Protocolos Assistenciais, serão apenas uma pequena parte do conteúdo do contingente dos Protocolos Assistenciais que iremos implantar na UPA 24HS ALTO DA PONTE.

2.1.1.7. Regimento Interno e Manual de Normas e Rotinas

Apresentaremos a seguir o Regimento Interno da UPA 24HS ALTO DA PONTE e sua forma de publicação.

O Manual de Normas e Rotinas que estruturará o funcionamento e a operacionalização da referida Unidade de Saúde, será apresentado no decorrer da construção desse Plano de Trabalho, pois tais Manuais estarão inseridos em vários itens que serão oportunamente abordados.

C2. CONHECIMENTO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO

Descreveremos e analisaremos a seguir, as principais características epidemiológicas do município de São José dos Campos e os problemas mais prevalentes da região do Alto da Ponte.

1. Identificação dos Principais Problemas e Necessidades

A UPA 24HS ALTO DA PONTE, localiza-se na região norte de São José dos Campos. Ela funciona na Rua Alziro Lebrão, 76, Bairro Alto da Ponte, CEP 12212-500, Fone 12 3941-5882, em um terreno de 12.823,27 metros quadrados, com uma área construída de 1.442,86 metros quadrados.

A unidade tem a classificação de UPA Porte II e funciona 24 horas por dia para a atenção em pronto atendimento e para o atendimento de urgências e

emergências para adultos e crianças. Possui 27 leitos de observação, sendo 19 leitos adultos e 11 leitos infantis, bem como 04 leitos de emergência (sala vermelha), sendo 02 leitos adultos e 02 leitos infantis, ainda conta consultórios para pronto atendimento adulto e pediátrico, classificação de risco, serviço de remoção, exames, inalação (infantil e adulto), curativos, eletrocardiograma, raio X, esterilização, posto de enfermagem, recepção e sala de espera, além de toda a infraestrutura para os colaboradores e para os usuários, como vestiários masculino e feminino, copa e cozinha, conforto médico, sanitários públicos e estacionamento.

Ela vai atender principalmente os moradores da região norte, que além do bairro Alto da Ponte, abrange mais 107 bairros na região das seguintes Unidades Básicas de Saúde: Alto da Ponte, Altos de Santana, Telespark, Santana, Vila Maria, Vila Paiva, Buquirinha e Bonsucesso. A população de abrangência é de cerca de 95.000 habitantes, com prevalência nas classes sociais C e D.

Epidemiologicamente, os principais problemas a serem enfrentados e solucionados, serão os comuns e característicos que afetam bairros periféricos, formados por populações carentes, assim enumerados:

- Dengue: na estação do verão com chuvas abundantes, doença ligada principalmente a proliferação do agente vetor. Promoveremos na UPA 24HS ALTO DA PONTE, conscientização da população usuária da UPA, através de cartazes alertando para o problema, com as formas de combate, assim como folhetos explicativos para esclarecimentos dos sintomas para a rápida identificação da doença, como preveni-la através de atos domésticos, combatendo-se a proliferação mosquito vetor. Na UPA 24HS ALTO DA PONTE, profissionais treinados para a rápida identificação e pronto atendimento dos casos sugestivos, com consequente notificação à Vigilância Epidemiológica.
- HAS: vigilância durante todo ano, informação a população durante o atendimento e triagem com a classificação de risco. Orientação, tratamento da população e encaminhamento para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticados. No atendimento na UPA 24HS ALTO DA PONTE, medicação e estabilização dos quadros possíveis.
- Diabetes: durante todo ano, tanto tipo I quanto tipo II, os casos deverão ser diagnosticados na UPA e orientados para que os pacientes tenham o mínimo possível de complicações para evitar as internações por complicações da doença. Encaminharemos para as UBSs referenciadas, para acompanhamento dos quadros diagnosticada e controle de recebimento de medicação e apoio psicológico.
- MI e DST: estes casos serão automaticamente notificados ao serviço de Vigilância Epidemiológica logo que diagnosticados e serão tratados

adequadamente inicialmente na UPA 24HS ALTO DA PONTE, tais como: AIDS, Coqueluche, Sarampo, Meningites, HPV, Hepatites Virais, etc. Todos os pacientes serão orientados para a vacinação profilática que consta no calendário da Secretaria de Saúde de São José dos Campos. Folhetos explicativos para a importância da prevenção destas doenças, serão distribuídos na UPA 24HS ALTO DA PONTE.

- Problemas Respiratórios: BCP, BE, IVAS que são quadros comuns em regiões periféricas, com população de baixa renda devida a condições de higiene e habitação. Estes casos deverão ser inicialmente identificados e tratados de forma adequada na UPA 24HS ALTO DA PONTE, e na sequência encaminhados para as UBSs de referência, para o devido acompanhamento. Indicações para a vacina da gripe no calendário vacinal anual serão divulgadas na UPA 24HS ALTO DA PONTE, através de cartazes e panfletos, além de divulgação corpo a corpo, realizadas por nossa equipe de colaboradores.

Nota: as fontes de informação utilizadas foram obtidas em nossa Visita Técnica, ocasião em que, além de visitarmos as instalações da UPA 24HS ALTO DA PONTE, ocasião na qual fizemos uma série de questionamentos (entre outros) a respeito da população adstrita, além de pesquisas de dados e informações obtidas através de meio eletrônico, disponíveis na internet, assim como através de dados e informações complementares fornecidas pela própria Secretaria da Saúde de São José dos Campos.

2. Descrição dos Procedimentos e Rotinas de Referência e Contra-referência

A nossa proposta de organização de referência e contra-referência para a UPA 24HS ALTO DA PONTE funcionará de modo ininterrupto nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, e acolherá os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento de forma referenciada ou não.

Como já ocorre na UPA PUTIM, estaremos articulados com as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do município, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência e ordenando esses fluxos por meio da nossa Regulação Médica de Urgências e demais complexos reguladores instalados na região, através de equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com o porte instalado.

Prestaremos atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestaremos o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de

trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Ainda como rerefência, forneceremos retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica e funcionaremos como local de estabilização de pacientes atendidos e encaminhados pelo SAMU 192. Realizaremos consultas médicas em regime de pronto atendimento em clínica médica e pediatria aos casos de menor gravidade, além de atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados a todos os casos demandados à unidade.

Prestaremos apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas, e manteremos pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, encaminhando para internação em serviços hospitalares, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, por meio da nossa Regulação Médica com a demais centrais reguladoras regionais, num sistema de contra-referência.

Assim proveremos atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário, contra-referenciando para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo, utilizando nossa retaguarda de Serviços de Remoção em USA – Unidade de Suporte Avançado ou USB – Unidade de Suporte Básico, sempre que a gravidade/complexidade dos casos, ultrapassarem a capacidade instalada da UPA 24HS ALTO DA PONTE, garantindo assim apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

3. Demonstração dos Indicadores

A demonstração dos indicadores ressalta os elementos do processo de saúde e doença que se quer identificar e sob o qual se deve prioritariamente intervir. Dessa maneira, através do compartilhamento destes indicadores com a SMS e com a Vigilância Epidemiológica, poderemos traçar metas factíveis, para num processo continuado, prezarmos pela melhoria da qualidade do próprio atendimento, pela profilaxia das doenças, pelo planejamento de ações conjuntas e ordenadas, pela segurança dos usuários e dos colaboradores, bem como, pela solução sensata dos problemas, objetivando para um futuro próximo a qualificação da UPA 24HS ALTO DA PONTE. Vamos demonstrar os indicadores sob dois aspectos:

I) A compilação de relatórios de todas as atividades assistenciais e de apoio que serão executadas na unidade e apresentadas mensalmente através de relatórios para a Comissão de Fiscalização e Avaliação do Contrato da Secretaria Municipal

de Saúde, exatamente como é realizado na UPA 24HS PUTIM. A descrição detalhada dos relatórios gerenciais a serem apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, para o acompanhamento das nossas atividades, conterão:

- ✓ os atendimentos constando diagnósticos, procedimentos realizados, prescrições de medicamentos, encaminhamentos, requisição de procedimentos, possibilitando detalhamento das informações de cada ficha de atendimento ambulatorial eletrônica, possibilitando totalizar atendimentos realizados por profissional, especialidade (clínica médica ou pediatria), motivo da consulta, município do usuário, bairro e faixa etária;
- ✓ os CIDs de notificação diagnosticadas detalhando os acompanhamentos e ações realizadas;
- ✓ o tempo gasto nas etapas de atendimento (recepção, triagem e atendimento médico), tempo de espera entre cada etapa, média de tempo gasto no atendimento de cada etapa, possibilitando totalizações por unidade de saúde, setor de atendimento, profissional e especialidade;
- ✓ os comparativos de:
 - atendimentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos atendimentos realizados em cada período;
 - CIDs diagnosticadas em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas CIDs diagnosticadas em cada período,
 - encaminhamentos realizados em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nos encaminhamentos realizados em cada período;
- ✓ os processos de investigação de agravos, com totais por ano e mês, CID, grupo da CID, usuário, município, bairro e faixa etária;
- ✓ as notificações de agravos à saúde do trabalhador, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde notificadora, estabelecimento, usuário, município e bairro;
- ✓ as notificações de agravos de hepatites virais, com totais por ano e mês da notificação, unidade de saúde, profissional, usuário, município e bairro; e,
- ✓ os processos da ouvidoria com totais por reclamante, assunto, profissional reclamado e parecer.

Os relatórios possuem exportação para os seguintes formatos de arquivos: HTML, TIFF, GIF, RTF, JPEG, PDF e CSV.

Demonstraremos a seguir alguns dos relatórios gerenciais.

Proposta de Acolhimento com Classificação de Risco

3.1. Acolhimento

O Acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O Acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

➤ Paradigma

“Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio, não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade”.

É preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente Constituição de vínculos entre os profissionais e população, empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Tradicionalmente a noção de Acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Ambas as noções têm sua importância, entretanto quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde se restringem à uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra-se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico centrado, sem ação de vínculo e responsabilidade, principalmente num local de referência para doenças. Este funcionamento demonstra a lógica perversa no qual a grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais,

arranjos desagregadores para suprir a falta de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência. O que vemos é que este funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. A reversão deste processo nos convoca a acolher o desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a coprodução de compromissos singulares reativando o protagonismo dos sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Não há como constituir-se como sujeito e agir como tal, fora das estratégias de constituição das subjetividades que cada contexto oferece, o Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho.

Assim, o Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ações que devem ocorrer em todos os locais e momentos na Unidade de Saúde.

Colocar em ação o Acolhimento como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança, no fazer, em saúde, implicando:

- ✓ Numa organização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.
- ✓ Em mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, os espaços de escuta, as trocas e as decisões coletivas.
- ✓ Numa postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que a procuram, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por um ou mais profissionais da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidades (escuta qualificada), assim como responsabilizar-se para dar uma resposta ao problema.

Neste funcionamento, o Acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde, e capilariza-se em inúmeras outras ações, que partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e do sujeito demandante, possibilita analisar:

- ✓ A adequação da área física.
- ✓ As formas de organização dos serviços de saúde.

- ✓ A governabilidade das equipes locais.
- ✓ A humanização das relações em serviço.
- ✓ Os modelos de gestão vigentes.
- ✓ O ato da escuta.
- ✓ O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.
- ✓ O Acolhimento como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde.

O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão, assim como as relações de acessibilidade. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência, e a "si" como profissional de saúde, objetivam:

- ✓ A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.
- ✓ A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, no que tange a forma de escutar este usuário, em seus problemas e demandas.
- ✓ Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- ✓ O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria, buscando o atendimento por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.
- ✓ O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em seu contexto existencial, assim como a elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles.
- ✓ A operacionalização de uma clínica ampliada.
- ✓ A diminuição de riscos relacionados ao tempo do atendimento na intervenção em casos de maior necessidade.
- ✓ O aumento da satisfação do usuário.

Descrição do Sistema de Informações Gerenciais (SIG)

O incentivo à ciência e tecnologia, o uso de ferramentas tecnológicas disponíveis, a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico através do uso de novas ferramentas de trabalho e o intercâmbio de informações, proporciona um grande aumento no desempenho profissional de todos os setores e departamentos da nossa Instituição, promovendo um significativo aumento da resolutividade,

potencialização, da customização, da otimização e da capacidade operacional instalada, em cada processo de gestão e execução que desenvolvemos.

Com o objetivo de padronizar, potencializar, otimizar, customizar, desenvolver, aprimorar, integrar e avaliar as atividades executadas em todos os setores e departamentos de unidades de saúde, das mais às menos complexas, implantaremos um Sistema de Informações Gerenciais – SIG que engloba toda a estrutura de uma unidade saúde, que constituir-se-á num verdadeiro projeto de Tecnologia da Informação – TI.

O nosso SIG – Sistema de Informações Gerenciais, atende todos os setores de qualquer equipamento de saúde e foi desenvolvido dentro dos mais altos padrões de qualidade, com a utilização de modernas ferramentas e técnicas de desenvolvimento.

Destaca-se pela compatibilidade com o Cartão SUS, possibilitando de imediato a utilização do banco de dados formado a partir do conjunto de aplicativos do CADSUS e do SCNES, além dos vários níveis de integração entre os diferentes setores do sistema de saúde do município, dentre os quais a utilização do Cartão Nacional de Saúde como instrumento de identificação dos usuários.

Contempla todas as necessidades relacionadas à coleta de dados, processamento e produção de informações necessárias à gestão e à gerência dos serviços da saúde municipal.

Diferencia-se, pela estrutura modular e a possibilidade de conversão dos bancos de dados existentes, permitindo a continuidade do histórico dos pacientes e das unidades assistenciais, assim como, a unificação dos diversos cadastros que os pacientes possam ter.

C3. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE OPERACIONAL DA UPA 24HS ALTO DA PONTE

1. Produção Esperada de Consultas Médicas por Especialidade (Clínico/Pediatra) e Tempo Médio de Atendimento Esperado

	PRODUÇÃO	META
1	Consultas em Clínica Médica	11.400
2	Consultas em Pediatria	4.100
3	Acolhimento com Classificação de Risco	11.400
4	Acolhimento com Classificação de Risco Pediatria	4.100
5	Atendimentos de Enfermagem (procedimentos)	24.700
6	Suturas, Drenagens, Curativos	391
7	Eletrocardiograma	350
8	Exames Laboratoriais	1.200
9	Exames Radiológicos	2.450

De acordo com o apresentado no Edital conforme o quadro acima, bem como exigido como parte das metas quantitativas, a produção esperada de consultas médicas por especialidade será:

➤ **Clínica Médica:**

- ✓ 250 consultas diurnas, no período das 7:00 as 19:00 horas.
- ✓ 130 consultas noturnas, no período das 19:00 as 7:00 horas.
- ✓ Total de 11.400 consultas por mês.
- ✓ Tempo médio para atendimento adulto no plantão diurno = 11 minutos.
- ✓ Tempo médio para atendimento adulto no plantão noturno = 15 minutos.

➤ **Pediatria:**

- ✓ 90 consultas diurnas, no período das 7:00 as 19:00 horas.
- ✓ 50 consultas noturnas, no período das 19:00 as 7:00 horas.
- ✓ Total de 4.100 consultas por mês.
- ✓ Tempo médio para atendimento infantil no plantão diurno = 22 minutos.
- ✓ Tempo médio para atendimento infantil no plantão noturno = 26 minutos.

Os cálculos acima, foram baseados nas quantidades mínimas de profissionais médicos exigidos no Edital, conforme quadro abaixo.

Categoria Profissional	Plantão Diurno 24 horas	Plantão Noturno 24 horas
Clínico Geral	04	03
Pediatra	03	02

C4. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

De acordo com o Roteiro de Elaboração do Plano de Trabalho, as propostas referentes as atividades voltadas à qualidade, deverão estar orientadas a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes e que serão implantadas.

A adequação das atividades propostas voltadas à qualidade da assistência prestada numa unidade de saúde sob gerenciamento do INCS, em grande parte é alcançada através da implantação das Comissões Multidisciplinares, para o monitoramento dos processos de qualidade e das relações institucionais.

1. Comissão Análise e Revisão de Prontuários – CARP

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP é um órgão que será coligado à UPA 24HS ALTO DA PONTE, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar, acompanhar e revisar os prontuários médicos. Terá a finalidade de zelar pela integridade das informações e registros que permitam o acompanhamento longitudinal das patologias estudadas, subsidiando o ensino e a pesquisa; zelar pelo cumprimento correto e sistemático das normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico; verificar o padrão do atendimento que vem sendo dado aos pacientes; apreciar os resultados das diferentes condutas; analisar a eficiência dos Serviços Médicos; sugerir medidas para a melhoria do padrão de assistência; orientar e não fiscalizar a atuação dos profissionais; analisar impressos e sugerir modificações; e levantar e propor parâmetros de resultados. Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1638/2002.

2. Comissões de Ética Médica e de Enfermagem

2.1. Comissão de Ética Médica – CEM

A Comissão de Ética Médica – CEM Constitui-se por delegação do Conselho Federal de Medicina – CFM, numa atividade da instituição médica, estando a ela vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência. Compete a CEM supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos éticos e legais.

Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1657/2002.

3. Comissão de Controle de Infecção Pré-Hospitalar – CCIPH

A Comissão de Controle de Infecção Pré-Hospitalar – CCIPH é responsável pelo levantamento e investigação das infecções nos serviços pré-hospitalares. O setor tem como objetivo adotar medidas de controle e prevenção dessas infecções, além de divulgar a situação da infecção dentro do estabelecimento de saúde.

4. comissão de Óbito

A mortalidade numa Unidade de Saúde expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, iatrogenias, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO é um órgão que será coligado o UPA 24HS ALTO DA PONTE, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos; avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos, detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da assistência médica e/ou observação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria CRO e avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída. Sua regulamentação se dá pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 04/2.013.

5. Referência e Contra-referência dos Pacientes em Observação com Relatório de Alta e Transferência em Consonância com as Redes de Atenção à Saúde do Município

O SUS, as Redes de Atenção à Saúde do Município e a Rede de Urgência e Emergência. Uma das maiores políticas públicas do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é amparado pela Constituição do Brasil de 1.988 e possui uma série de leis que o regulamentam para que possa entregar atenção à saúde de maneira integral, universal e igualitária, apoiada de maneira hierarquizada, regionalizada e à luz do controle social. Essa política pública consolidou uma conquista da sociedade brasileira pois mudou o foco da saúde pública para uma dimensão de direito social, alavancando uma série de arranjos institucionais que visavam a garantir o SUS em seus princípios e fundamentos.

Contudo, uma das questões mais frequentes no que concerne a discussão da consolidação do sistema é sobre a necessidade de mais estrutura e recursos. Diversos trabalhos apontam na direção de que o SUS opera a partir de um subfinanciamento (RODRIGUES 2.013) e que para seu pleno funcionamento seriam necessários mais recursos, porém a agenda internacional demonstra que tal preocupação é igualmente frequente em países que realizam a mesma opção de cuidado universal em saúde (THOMPSON e McKEE 2.004). Além disso, é intuitivo a partir do conhecimento prático que o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não necessariamente contribui para a resolução dessa situação. Eugênio Vilaça Mendes (MENDES 2.011) cita o professor indiano Ramalingaswani: "é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida".

A necessidade de novos arranjos mais eficientes e custo efetivos é imprescindível para que se otimize o uso do recurso disponível com vistas a garantir as premissas audaciosas desse sistema.

Em paralelo à discussão de custo/efetividade do sistema, a análise do perfil de morbimortalidade do país vem acompanhando as transformações do perfil epidemiológico brasileiro como um todo, demonstrando que esses novos arranjos precisam se adaptar também a essas mudanças.

Até o século XX, o Brasil sofria com um perfil muito parecido com o de um país subdesenvolvido, com altas taxas de mortalidade e internações hospitalares relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias, de curso agudo. Se por um lado ainda hoje o país sofre com tais doenças, percebesse acompanhado dessa situação um aumento de casos das chamadas doenças crônicas não transmissíveis, muito associadas ao incremento de expectativa de vida da população e hábitos de vida pouco saudáveis, como a hipertensão arterial

sistêmica, a diabetes mellitus e a obesidade por exemplo, bem como suas repercussões, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, dentre outras, além do crescente número de vítimas da violência urbana, seja das relações interpessoais nos crimes contra a vida, como nas situações dos acidentes de trânsito, traduzidas pelo aumento global da morbimortalidade por causas externas.

Com este novo perfil epidemiológico, a rede de serviços passa a precisar estar apta a dar resposta não apenas às condições agudas, mas também às condições crônicas e suas agudizações e também para o trauma. Contudo, se para o trauma o comportamento usual de acesso aos serviços não representa grandes dificuldades, para as situações crônicas, que hoje correspondem a grande parte das doenças, a persistência de um comportamento de acesso que privilegia o hospital e os prontos socorros não é, definitivamente, a melhor saída, seja pela fragmentação tradicional que ocasiona ao cuidado, seja pela limitação do acompanhamento longitudinal necessário para essas doenças.

Desde seus primeiros anos, o SUS convive com essa situação problema, que constitui um verdadeiro paradoxo para os gestores: o sistema existe para garantir aos usuários um tipo de cuidado em saúde, que deveria ser integral, universal, sempre pautado na equidade, porém esse mesmo sistema não consegue garantir na mesma intensidade, em todos os serviços, o mesmo padrão de acesso, fazendo com o que ele próprio se autodesregule, vinculando o usuário a serviços como hospitais e pronto-atendimentos.

É bastante complicada a conformação de um modelo assistencial no qual é prerrogativa da atenção básica trabalhar as condições crônicas, tanto por um enfoque promocional assim como assistencial, enquanto é em outro serviço que paira a esperança de resolução da demanda nas agudizações dos casos crônicos ou nos casos agudos que chegam às unidades. E mais complicado ainda é quando esse serviço está totalmente desvinculado da atenção básica e da estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, ao final de 2010, surge oficialmente uma proposta de rearranjo operacional do Sistema Único de Saúde, rompendo com uma lógica programática, promotora de fragmentação para um desenho indutor de integração, centrado no usuário e suas necessidades de saúde, fruto de um grande acordo envolvendo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS: "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." (MENDES 2011).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; no art. 30º que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”; e no art. 32º as pactuações sob responsabilidade das comissões intergestores: III – diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (MENDES 2.011).

Encontramos como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Embora se creia que a atenção básica deva buscar uma cada vez maior capacidade de ordenação do restante do sistema de saúde, dirigida por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional (BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica 2.012), os casos agudos ou agudizações de casos crônicos necessitam de uma outra rede, ágil, eficiente, pautada pelos mesmos valores da Atenção Básica, mas com capacidade de entregar a assistência direta ao paciente o mais rapidamente possível, uma vez que esse tempo pode ser o diferencial entre vida e morte. Essa rede de cuidados, com seus múltiplos itinerários, é denominada de “Rede de Urgência e Emergência” (BRASIL 2.006). Deve estar estruturada dentro de um caráter regional, devendo estar articulada com as demais redes de atenção por meio da Atenção Básica, gestora do cuidado do paciente em seu território, a fim de garantir uma melhor qualidade de resposta.

Nesta rede, o ordenamento se faz a partir das necessidades de saúde do paciente e, o sítio de inteligência que determina quais serviços devem ser utilizados pelos usuários e em que tempo denominam-se Centrais de Regulação. Essas Centrais devem executar idealmente linhas guia previamente pactuadas e fornecer a resposta mais adaptada possível às necessidades estabelecidas.

No que tange a assistência às urgências e emergências (BRASIL 2.014), o cuidado se dá, majoritariamente, nos serviços que funcionam exclusivamente para este fim – ou seja, nos prontos-socorros pré ou intra-hospitalares e nas

Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24HS). O que chama a atenção nesse modelo é que tal fato acontece estando esses serviços adequadamente estruturados e equipados ou não, isto é, tais lugares por permanecerem ativos nas 24 horas do dia acabam funcionando inevitavelmente como uma das “portas de entrada” para o sistema de saúde mais utilizadas pela população. São acolhidos pacientes em urgências propriamente ditas, mas também pacientes que deveriam estar sendo acompanhados pelos serviços de Atenção Básica e/ou Especializada ambulatorialmente. Ou seja, demandas de todos os tipos acabam se misturando nas unidades de urgência, seja pela disponibilidade e facilidade de acesso, seja pela constrictão de ofertas ambulatoriais desses outros serviços, contribuindo para que, desse modo, as emergências fiquem superlotadas com diversos pacientes que, no limite, não deveriam estar ali.

Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais, como a ausência da classificação de risco, caracterizada pelo atendimento tradicional, por ordem de chegada e sem qualquer avaliação prévia, que pode acarretar diversos problemas, podendo muitas vezes levar a graves prejuízos aos pacientes nas longas esperas a que são submetidos.

Assim, é essencial que a rede de atenção às urgências e emergências seja estruturada e integrada aos demais equipamentos/serviços do sistema de saúde, envolvendo toda a rede assistencial, da pré-hospitalar fixa – ou seja, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24HS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e os Ambulatórios Especializados, além dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192, Resgate dos Bombeiros, entre outros), a rede hospitalar, o atendimento domiciliar, até os cuidados pós-hospitalares para o tratamento, recuperação e reabilitação. É fundamental, também, garantir a capacitação e responsabilização e cada um desses componentes pela atenção a determinada parcela das demandas de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e sua capacidade de resolução.

Os diferentes níveis de atenção à saúde devem se relacionar de forma a se complementarem, por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contrarreferência. Para se alcançar esta realidade, é imprescindível que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe procura e se responsabilizando pelo encaminhamento dos pacientes quando a unidade não dispuser de recursos para tal atendimento. Há mais de uma década, o Ministério da Saúde tem estimulado, por meio de portarias, a estruturação de redes de atenção à urgência e emergência adequada ao atendimento universal, equânime e integral à saúde da população brasileira.

Em 2.003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, com o objetivo de articular e integrar todos os serviços de saúde, com vistas a ampliar e qualificar o acesso de usuários em situação de urgência

ou emergência, de forma a propiciar um atendimento humanizado, integral, ágil e oportuno. O primeiro atendimento às urgências e emergências de baixa complexidade no nível do território é realizada pelas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao nível da Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo dos serviços do componente pré-hospitalar de urgência, a saber, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24HS).

O atendimento de média e alta complexidade é feito nas unidades hospitalares. Todo esse complexo sistema de atendimento depende de um avançado sistema regulador, previsto antes mesmo da própria Política Nacional de Urgência e Emergência, por meio da Portaria GM/MS 2.048/2.002. A competência técnica do médico regulador se sintetiza na capacidade de avaliar os chamados recebidos, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponibilizadas. Ele tem papel fundamental na assistência prestada pelo SAMU 192, uma vez que é responsável pela classificação do risco do paciente, de acordo com informações coletadas durante a ligação telefônica, determinando prioridades de atendimento e definindo tipos de suporte necessários (básico ou avançado) para atender a ocorrência. A esse profissional cabe, ainda, realizar as intermediações entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a atender, da melhor maneira possível, às necessidades dos pacientes

O SAMU 192, por meio das equipes intervencionistas, atende pacientes nas mais diversas situações: nas residências, em locais de trabalho, em vias públicas etc. Ou seja, por intermédio do telefone 192, o atendimento chega ao usuário onde ele estiver. Ainda fora do ambiente hospitalar as equipes têm a atribuição de prestar atendimento, no local da ocorrência, no menor tempo possível, salvando vidas e diminuindo sequelas. Após estabilizar o paciente, a equipe o encaminha ao serviço mais próximo e adequado, conciliando ganho de tempo – crucial em emergências – com a resolutividade do caso, buscando o melhor local a realizar o “segundo tempo” de atendimento para cada paciente. O redirecionamento à unidade de saúde mais adequada à continuidade do tratamento pode ser realizado pelo trabalho integrado da Central de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação.

Ao componente pré-hospitalar fixo, cujo principal exemplo são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24HS), cabe também a prestação de atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados seja pela procura em demanda espontânea, seja por meio de base de atendimento referenciado para o componente pré-hospitalar móvel, SAMU 192. As UPAs 24HS são estruturas de complexidade intermediárias no sistema de saúde que se situam entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências. Têm potencial de

atendimento à pequena e média urgência, parte significativa dos atendimentos que usualmente superlota os prontos-socorros, além de poder desempenhar um papel ordenador dos fluxos da urgência e no potencial de acolhimento de pacientes com condições crônicas agudizadas para um atendimento integral na rede de saúde.

As UPAs 24HS objetivam atender aos portadores de quadros clínicos agudos ou agudizações de condições crônicas de quaisquer naturezas, dentro dos limites estruturais da unidade, e, em especial, os casos de baixa complexidade, nos períodos noturnos e nos finais de semana, quando as UBS não estão em funcionamento. As UPAs 24HS também têm as atribuições de descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade e de operar como entrepostos de estabilização dos pacientes críticos, para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, diminuindo a sobrecarga em hospitais de maior complexidade.

Para proporcionar equidade na assistência à saúde, todos os pacientes que procuram as UPAs 24HS são acolhidos e, de acordo com critérios pré-estabelecidos, classificados segundo o risco de dano à saúde, de modo que a ordem dos atendimentos ocorre em função dessa classificação e não pela ordem de chegada à unidade. As UPAs 24HS devem contar com equipes interdisciplinares, que devem acolher, intervir na condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde – ou para a internação hospitalar – proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária. Beneficia, assim, pacientes agudos e não agudos, além de, principalmente, pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de agudizações, pela continuidade do acompanhamento.

Outro papel importante das UPAs 24HS é o de poder atuar como Observatórios do Sistema de Saúde. Essas unidades subsidiam o cuidado da população com informações relevantes sobre as agudizações relacionadas aos pacientes em seus territórios de saúde, contribuindo para o acolhimento integral bem como para a elaboração de estudos epidemiológicos e construção de indicadores de saúde e de serviço, fundamentando a avaliação e o planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema.

Em 2.003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, com o objetivo de articular e integrar todos os serviços de saúde, com vistas a ampliar e qualificar o acesso de usuários em situação de urgência ou emergência, de forma a propiciar um atendimento humanizado, integral, ágil e oportuno. O primeiro atendimento às urgências e emergências de baixa complexidade no nível do território é realizada pelas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao nível da Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo dos serviços do componente pré-hospitalar de urgência, a

saber, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24HS).

O atendimento de média e alta complexidade é feito nas unidades hospitalares. Todo esse complexo sistema de atendimento depende de um avançado sistema regulador, previsto antes mesmo da própria Política Nacional de Urgência e Emergência, por meio da Portaria GM/MS 2.048/2.002. A competência técnica do médico regulador se sintetiza na capacidade de avaliar os chamados recebidos, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponibilizadas. Ele tem papel fundamental na assistência prestada pelo SAMU 192, uma vez que é responsável pela classificação do risco do paciente, de acordo com informações coletadas durante a ligação telefônica, determinando prioridades de atendimento e definindo tipos de suporte necessários (básico ou avançado) para atender a ocorrência. A esse profissional cabe, ainda, realizar as intermediações entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a atender, da melhor maneira possível, às necessidades dos pacientes.

O SAMU 192, por meio das equipes intervencionistas, atende pacientes nas mais diversas situações: nas residências, em locais de trabalho, em vias públicas etc. Ou seja, por intermédio do telefone 192, o atendimento chega ao usuário onde ele estiver. Ainda fora do ambiente hospitalar as equipes têm a atribuição de prestar atendimento, no local da ocorrência, no menor tempo possível, salvando vidas e diminuindo sequelas. Após estabilizar o paciente, a equipe o encaminha ao serviço mais próximo e adequado, conciliando ganho de tempo – crucial em emergências – com a resolutividade do caso, buscando o melhor local a realizar o “segundo tempo” de atendimento para cada paciente. O redirecionamento à unidade de saúde mais adequada à continuidade do tratamento pode ser realizado pelo trabalho integrado da Central de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação. Ao componente pré-hospitalar fixo, cujo principal exemplo são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24HS), cabe também a prestação de atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados seja pela procura em demanda espontânea, seja por meio de base de atendimento referenciado para o componente pré-hospitalar móvel, SAMU 192. As UPAs 24HS são estruturas de complexidade intermediárias no sistema de saúde que se situam entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências. Têm potencial de atendimento à pequena e média urgência, parte significativa dos atendimentos que usualmente superlota os prontos socorros, além de poder desempenhar um papel ordenador dos fluxos da urgência e no potencial de acolhimento de pacientes com condições crônicas agudizadas para um atendimento integral na rede de saúde.

As UPAs 24HS objetivam atender aos portadores de quadros clínicos agudos ou agudizações de condições crônicas de quaisquer naturezas, dentro dos limites estruturais da unidade, e, em especial, os casos de baixa complexidade, nos períodos noturnos e nos finais de semana, quando as UBS não estão em funcionamento. As UPAs 24HS também têm as atribuições de descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade e de operar como entrepostos de estabilização dos pacientes críticos, para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, diminuindo a sobrecarga em hospitais de maior complexidade.

Para proporcionar equidade na assistência à saúde, todos os pacientes que procuram as UPAs 24HS são acolhidos e, de acordo com critérios pré-estabelecidos, classificados segundo o risco de dano à saúde, de modo que a ordem dos atendimentos ocorre em função dessa classificação e são pela ordem de chegada à unidade. As UPAs 24HS devem contar com equipes interdisciplinares, que devem acolher, intervir na condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde – ou para a internação hospitalar – proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária. Beneficia, assim, pacientes agudos e não agudos, além de, principalmente, pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de agudizações, pela continuidade do acompanhamento.

Outro papel importante das UPAs 24HS é o de poder atuar como Observatórios do Sistema de Saúde. Essas unidades subsidiam o cuidado da população com informações relevantes sobre as agudizações relacionadas aos pacientes em seus territórios de saúde, contribuindo para o acolhimento integral bem como para a elaboração de estudos epidemiológicos e construção de indicadores de saúde e de serviço, fundamentando a avaliação e o planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema.

Nesse sentido para a execução adequada dos diferentes serviços apresentados dependem diretamente da execução de um plano de deve ter como marco inicial a construção de um diagnóstico situacional dos diferentes equipamentos de saúde que fazem parte do Edital.

Mediante a conclusão desse diagnóstico que deverá ser executado nos primeiros meses do contrato e evidenciado os principais problemas a serem solucionados, o INCS elaborará um plano de metas a serem atingidas em curto, médio e longo prazo, de acordo com a complexidade de cada problema identificado.

Todas as ações a serem desenvolvidas irão respeitar o Programa de Trabalho em conjunto com o Plano Municipal de Saúde e outras importantes ferramentas de gestão do serviço de saúde.

Caberá então ao INCS uma avaliação contínua das diferentes atividades a serem realizados com o objetivo de solucionar os problemas apresentados.

6. Capacitação dos Funcionários

Promoveremos a capacitação dos funcionários através de ações de Educação Continuada com Foco da PNH – Política Nacional de Humanização.

6.1. Ações de Educação Continuada com Foco da PNH

Ao compreender formação e intervenção como processos indissociáveis, a formação de apoiadores institucionais no Sistema Municipal de Saúde tem sido concebida como uma estratégia que visa promover a sustentação e a capilarização das estratégias de acolhimento, com a inclusão “na” e “em rede” de atores capazes de disparar novos processos. Trata-se de um processo que requer investimento contínuo visto que na formação objetiva-se mobilizar os sujeitos, para que eles atuem sobre a realidade, transformando e trazendo praticidade aos processos de trabalho.

Certamente, esta não é uma tarefa fácil, pois requer além do envolvimento e compromisso dos trabalhadores, o sentimento de pertencimento e corresponsabilização em defesa do SUS, associados a uma determinação para enfrentar a constante demanda, velada ou não, em direção à submissão e silenciamento.

Acredita-se que todo espaço de formação entendido como lugar de potencialização de saberes e de sujeitos em constante mudança, é capaz de fomentar nos trabalhadores o compromisso como apoiadores institucionais das diretrizes estratégicas municipais. Entretanto, os fatores que facilitam e dificultam o exercício desta função ainda precisam ser melhor compreendidos até que seja possível estabelecer comparações entre os processos disparados nas diferentes unidades de saúde, considerando os resultados alcançados e sua relação com as particularidades locais.

Nesse sentido, o Núcleo de Capacitação deve ser organizado de forma a garantir efetivamente, as condições necessárias e indispensáveis ao desempenho, com qualidade de todas as etapas de capacitação para os profissionais da saúde, dispondo de estratégias de ensino e aprendizagem, orientadas por uma metodologia participativa e dialógica, na abordagem dos conteúdos das seguintes estratégias de formação de pessoal:

- Momento I – curso introdutório destinado aos eventuais novos profissionais da saúde, enquanto capacitação inicial para o início do trabalho e para implantação da metodologia de trabalho nos respectivos territórios.
- Momento II – curso destinado aos eventuais novos médicos e enfermeiros

das equipes de saúde, para capacitação técnica desses profissionais e para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Plano de Trabalho que é desenvolvido atualmente.

- Momento III – curso destinado aos eventuais demais profissionais de apoio, iniciantes no processo de trabalho, para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Plano de Trabalho que é desenvolvido atualmente.
- Momento IV – curso destinado ao conjunto dos trabalhadores de acordo com a dinamicidade dos trabalhos e dos problemas encontrados no dia a dia da UPA 24HS ALTO DA PONTE.

7. Organização dos Serviços de Ações de Vigilância em Saúde / Notificação de Doenças Compulsórias

A Organização dos Serviços de Ações de Vigilância em Saúde / Notificação de Doenças Compulsórias, serão consubstanciados numa descrição de procedimentos para análise de rotinas e de riscos à saúde, servindo de base para a compilação de dados estatísticos e epidemiológicos, com o objetivo primordial de seu uso, para futuras ações isoladas na UPA 24HS ALTO DA PONTE ou em conjunto com a Secretatia Municipal de Saúde, previstas ou não pela SMS e sua área técnica.

Assim informamos que todos os casos de notificação obrigatória serão compulsoriamente informados, acompanhados de sua devida documentação obrigatória, dentro dos prazos preconizados pela Vigilância Epidemiológica do Município, além de arquivados no sistema de informatização que iremos implantar, para geração de relatórios estatísticos, epidemiológicos e de prevalência das moléstias identificadas. Caso a patologia identificada exija agilidade na informação, esta será notificada à Secretatia Municipal de Saúde, imediatamente após o seu diagnóstico.

Dessa forma, tais dados estatísticos, epidemiológicos e toda prevalência das moléstias identificadas durante o atendimento da população, serão compilados de maneira eletrônica e enviados para SMS mensalmente, através de relatórios circunstanciados. Além disso, ficaremos a disposição para o desenvolvimento de ações em conjunto ou para desenvolvimento e aplicação de projetos que sejam promovidos pela SMS de São José dos Campos.

Como já dito, tais dados e informações gerados em relatórios circunstanciados, proporcionarão em conjunto com a SMS, a realização de análises detalhadas de riscos às populações adstritas, que por sua vez, servirão de base para o estabelecimento em conjunto com os departamentos técnicos da SMS, assim como, em conjunto à Vigilância Epidemiológica do Município, de um

celeiro com subsídios, para se estabelecer ações programadas e ordenadas, no sentido de minizar os riscos à saúde dessas populações.

8. Organização de Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME

O arquivamento de prontuários será realizado eletronicamente através do SIG – Sistema de Informações Gerenciais que iremos implantar. Tal procedimento ocorrerá de forma eletrônica e automática na medida em que o sistema é alimentado, eliminando a necessidade de papéis, prateleiras e espaço físico.

O controle desse arquivamento será realizado pelo nosso Departamento de TI e a inspeção, o fornecimento de cópias aos pacientes quando requeridas, serão dirigidas pela CARP – Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

Dessa maneira, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, não necessitará de muito espaço físico para estocagens de prontuários de papel, sendo que o resgate de informações, ocorrerá de forma eletrônica, com rastreabilidade, por meio de consultas no SIG.

Já a geração de estatísticas, poderá ser customizada de diversas formas possíveis que o SIG disponibiliza automaticamente, ou várias formas personalizadas, customizadas de acordo com a necessidade do usuário.

9. Organização do Serviço de Farmácia (Prestação de Assistência Farmacêutica)

Apresentaremos a seguir toda a estruturação administrativa e operacional do Serviço de Farmácia, que funcionará 24 horas por dia, com equipe de farmacêuticos, auxiliares de farmácia e almoxarife, que além de cuidar da logística de abastecimento da UPA, farão o fracionamento (dose única) dos medicamentos, que acaba com o desperdício, dentro da preconização dos protocolos aprovados pelo CRF – Conselho Regional de Farmácia e também por eles fiscalizados, como já ocorre atualmente na UPA 24HS PUTIM, onde o desperdício de medicamentos e correlatos é zero.

3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DA CONTRATADA

Neste item demonstraremos nossa experiência mediante a apresentação de Atestatos de Capacidade Técnica legalmente reconhecidos na gestão de equipamentos de saúde similares.

C1. EXPERIÊNCIA (AVALIADA SEGUNDO TEMPO E VOLUME DE ATIVIDADE)

1. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde

- Pronto Socorro de Pitangueiras, de 26/03/2.010 até 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Pitangueiras, de 26/03/2.010 a 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Potirendaba, de 01/12/2.010 a 31/05/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cosmorama, de 01/12/2.010 a 30/06/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cedral, de 03/01/2.011 a 17/02/2.011.
- Hospital Municipal de Américo Brasiliense "Dr. José Nigro Filho", de 29/05/2.012 até 31/05/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Unidade de Pronto Atendimento de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Estratégia de Saúde da Família de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Hospital Municipal de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Pronto Atendimento de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Unidades Básicas de Saúde de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de 01/12/2.013 a 21/08/2.016.
- Pronto Socorro do Hospital Municipal Tabajara Ramos de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até os dias de hoje.
- Posto de Pronto Atendimento de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até os dias de hoje.

- Unidade de Pronto Atendimento do Putim de São José dos Campos (UPA do Putim), desde 25/06/2.014 até os dias de hoje.
- Pronto Atendimento Municipal de Rafard de 14/09/2.015 a 13/09/2.016.
- Unidade Básica de Saúde de Rafard a desde 14/09/2.015 a 13/09/2.015.

2. Experiência Em Gestão de Unidades e/ou Redes de Atenção Básica

- Unidades Básicas de Saúde de Pitangueiras, de 26/03/2.010 a 07/11/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Potirendaba, de 01/12/2.010 a 31/05/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cosmorama, de 01/12/2.010 a 30/06/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Cedral, de 03/01/2.011 a 17/02/2.011.
- Unidades Básicas de Saúde de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Unidades Básicas de Saúde de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Unidades Básicas de Saúde de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Unidade Básica de Saúde de Rafard a desde 14/09/2.015 a 13/09/2.015.

3. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde em Urgência e Emergência

- Pronto Socorro de Pitangueiras, de 26/03/2.010 até 07/11/2.014.
- Hospital Municipal de Américo Brasiliense "Dr. José Nigro Filho", de 29/05/2.012 até 31/05/2.014.
- Unidade de Pronto Atendimento de Serrana, de 02/01/2.013 a 30/07/2.013.
- Hospital Municipal de Jacupiranga, de 27/06/2.013 a 23/07/2.014.
- Pronto Atendimento de Vargem Grande do Sul, de 25/10/2.013 a 20/07/2.015.
- Hospital da Cidade de Várzea Paulista, de 01/12/2.013 a 21/08/2.016.
- Pronto Socorro do Hospital Municipal Tabajara Ramos de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até os dias de hoje.
- Posto de Pronto Atendimento de Mogi Guaçu, desde 01/04/2.014 até os dias de hoje.
- Unidade de Pronto Atendimento do Putim de São José dos Campos (UPA do Putim), desde 25/06/2.014 até os dias de hoje.
- Pronto Atendimento Municipal de Rafard de 14/09/2.015 a 13/09/2.016.

3.3. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Neste item apresentaremos a organização dos serviços assistenciais que serão disponibilizados na UPA 24HS ALTO DA PONTE.

3.3.1. Descrição da Organização da Urgência e Emergência

Já apresentamos toda a descrição da organização da urgência e emergência, seus processos de controle desde o acolhimento do paciente, a classificação de seu risco e os principais protocolos clínicos de atendimento de urgência e emergência em itens anteriores.

3.3.2. Contra-referência com a Atenção Primária e Hospitais

No subitem **2. Descrição dos Procedimentos e Rotinas de Referência e Contra-referência**, do item **C2. CONHECIMENTO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO**, já descrevemos como iremos estabelecer a contra-referência com a atenção primária e os hospitais. Aproveitamos para esclarecer que a implantação será imediata caso assumamos a gestão da UPA 24HS ALTO DA PONTE, quando a regulação dessa contra-referência ocorrerá nos casos de maior gravidade/ complexidade, dentro do prazo das 24 horas de observação desses pacientes, como já ocorre na UPA 24HS PUTIM e pode ser averiguado pela Comissão Especial de Seleção, sendo que os meios, os fluxos, bem como as demais ações já foram contempladas.

3.4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS

Apresentaremos a seguir a organização dos serviços administrativos, financeiros e gerais que serão implantados e executados na UPA.

3.4.1. Descrição de Funcionamento da Unidade de Faturamento

O SIG – Sistema de Informações Gerenciais que vamos implantar, já utilizado na UPA 24 HS PUTIM, permite um avançado controle dos processos de faturamento de todas as atividades da UPA, desde o momento em que o paciente é recepcionado.

3.4.1. Horários de Trabalho

Apresentamos a seguir a equipe assistencial em seus horários de trabalho.

Categoria Profissional	Plantão Diurno 24 horas	Plantão Noturno 24 horas
Clínico Geral	04	03
Pediatra	03	02

Categoria Profissional	Plantão Diurno 12X36	Plantão Noturno 12X36
Enfermeiros	8 (02 folguistas)	8 (02 folguistas)
Técnicos e auxiliares em Enfermagem	32	26

Profissional	Carga horária diária	Serviço Diurno	Serviço ininterrupto
Diretor Geral	8	X	
Diretor Administrativo e Financeiro	8	X	
Coordenador de Enfermagem	8	X	
Enfermeiro de Educação Continuada	8	x	
Enfermeiro CCIH	8	x	
Gerente de TI	8		
Assistente Social	8	X	
Farmacêutico	12		x
Nutricionista	8	X	
Auxiliar Administrativo	8	X	
Recepcionista	12		X
Plantão Regulador Administrativo	8	X	
Técnico de Segurança do Trabalho	8	X	
Assistente de Custo	8	X	
Motorista Administrativo	8	x	
Motorista / ambulância	12		X
Técnico de Radiologia	24		x
Técnico de Informática	8	x	
Auxiliar de Farmácia	12		X
Almoxarife	8	X	
Arquivista	8	X	
Assistente de Faturamento	8	X	
Auxiliar de Manutenção	12		X
Copeira	12		X
Vigilante	12		X
Porteiro	12		X
Auxiliar de Higiene/ Serviços Gerais	12		X

Os colaboradores da equipe de enfermagem que trabalharem em sistema de escala de plantões 12 X 36 horas, iniciarão suas jornadas as 7:00 h e

encerrarão as 19:00 h, quando se tratar de plantão diurno. Já os colaboradores que trabalharem no plantão noturno, iniciarão suas jornadas as 19:00 h e encerrarão as 7:00 h da manhã, no mesmo sistema de 12 X 36 horas.

Volume de Recursos Financeiros Destinados a Cada Tipo de Despesa

Apresentamos a seguir o volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa, dispostos num Cronograma Orçamentário, dividido por Centros de Custos, subdivididos por Rubricas Orçamentárias, para o custeio de um período de 12 meses.

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO		
UNIDADE	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO PUTIM - UPA ALTO DA PONTE	
SERVIÇO	GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NA UPA ALTO DA PONTE	
DESCRIÇÃO	MÊS XX	VALOR ANUAL (R\$)
Pessoal e Reflexo	R\$ 311.034,18	R\$ 3.732.410,16
01.00.01 - Remuneração de Pessoal	R\$ 238.596,00	R\$ 2.863.152,00
01.01.02 - Benefícios	R\$ 16.442,88	R\$ 197.314,56
01.02.03 - Encargos e Contribuições	R\$ 21.473,64	R\$ 257.683,68
01.03.04 - Outras Despesas de Pessoal	R\$ 34.521,66	R\$ 414.259,92
01.04.05 - Serviços Terceirizados	R\$ 972.492,79	R\$ 11.669.913,48
01.05.06 - Assessoria Contábil	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
01.06.07 - Assessoria e Consultoria	R\$ 7.500,00	R\$ 90.000,00
01.07.08 - Serviços, Programas e Aplicativos de Informática	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
01.08.09 - Vigilância / Portaria / Segurança	R\$ 31.500,00	R\$ 378.000,00
01.09.10 - Limpeza Predial / Jardinagem	R\$ 56.900,00	R\$ 682.800,00
01.10.11 - Lavanderia	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
01.11.12 - Materiais / Insumos	R\$ 41.679,79	R\$ 500.157,48
01.12.13 - Medicamentos	R\$ 45.000,00	R\$ 540.000,00
01.13.14 - Gases Medicinais	R\$ 5.500,00	R\$ 66.000,00
01.14.15 - Materiais de Higiene e Limpeza	R\$ 8.000,00	R\$ 96.000,00
01.15.16 - Serviços de Transporte	R\$ 23.000,00	R\$ 276.000,00
01.16.17 - Serviços Gráficos	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
01.17.18 - Despesas de Serviços de Benefícios para RH	R\$ 4.557,00	R\$ 54.684,00
01.18.19 - Educação Continuada	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
01.19.20 - Serviços Assistenciais Médicos	R\$ 429.656,00	R\$ 5.155.872,00
01.20.21 - Serviços de Outros Profissionais da Saúde	R\$ 188.800,00	R\$ 2.265.600,00
01.21.22 - Manutenção Predial e Adequações	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
01.22.23 - Manutenção de Equipamentos	R\$ 1.550,00	R\$ 18.600,00
01.23.24 - Manutenção de Equipamentos Assistenciais	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00
01.24.25 - Locação de Equipamentos Médicos	R\$ 52.950,00	R\$ 635.400,00
01.25.26 - Locação de Imóveis	R\$ -	R\$ -
01.26.27 - Locação de Equipamentos Administrativos	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
01.27.28 - Locação de Equipamentos Veículos	R\$ -	R\$ -
01.28.29 - Água	R\$ 15.300,00	R\$ 183.600,00
01.29.30 - Energia	R\$ 9.000,00	R\$ 108.000,00
01.30.31 - Telefonia	R\$ 1.100,00	R\$ 13.200,00
TOTAL	R\$ 1.283.526,97	R\$ 15.402.323,64

3.5. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Apresentaremos a seguir os recursos humanos estimados, apontados por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho, o salário de cada categoria profissional e os prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto.

C5. APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS PARA EXECUÇÃO AS ATIVIDADES

1. Recursos Humanos

Ressaltamos que a quantidade de atividades previstas por serviço contratado, diante da capacidade instalada e dos objetivos abordados neste Plano de Trabalho, corresponderá com as solicitadas no Edital, ou seja, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a equipe de apoio e os serviços terceirizados, que constituem a contingência total de colaboradores, diretos e indiretos, serão suficientes para executar as quantidades descritas no Anexo Técnico que as determina, levando-se em conta tanto a capacidade instalada na UPA 24HS ALTO DA PONTE, quanto a capacidade instalada de nossa central administrativa, bem como as metas quantitativas a serem atingidas em termos de produtividade, resolutividade, qualidade e resultados esperados.

A seguir descreveremos as Políticas de Gestão de Pessoas a serem praticadas pelo INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde.

1.1. Ações Para a Gestão de Pessoas

A principal atividade do Departamento de Recursos Humanos, será a Política de Gestão de Pessoas. Apresentaremos a definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários do INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

1.2. Objetivo

Definição dos critérios para o estabelecimento e manutenção da estrutura de cargos e salários do INCS, bem como formalização de um conjunto de normas e procedimentos que disciplinarão sua política salarial.

1.3. Introdução

No Departamento de Recursos Humanos estarão dispostas as regulamentações e informações que nortearão as práticas de remuneração.

1.11. Disposições Finais do Plano de Cargos e Salários

O plano de cargos e salários do INCS será revisado anualmente afim de observar as modificações nas práticas da gestão e ainda alterações, caso sejam necessárias.

1.12. Apresentação do Dimensionamento de Recursos Humanos Para a Execução das Atividades Propostas

Apresentaremos a seguir o dimensionamento de pessoal contratado pelo INCS, para o desenvolvimento operacional relacionado diretamente às atividades da UPA 24 HORAS ALTO DA PONTE, por categoria profissional, por carga horária semanal contratada, as respectivas quantidades mínimas de colaboradores para cada função, assim como os salários, benefícios, encargos sociais e provisionamentos. Ressaltamos ainda, que além de disponibilizarmos a equipe assistencial mínima solicitada no no Edital, que estará dimensionada no quadro a seguir, disponibilizaremos todo o nosso staff central, constituído por pessoal técnico, administrativo, financeiro, contábil, fiscal, de recursos humanos, jurídico e gerencial, necessários ao apoio para a execução das atividades propostas neste Plano de Trabalho. Nos quadros a seguir poderão ser visualizados de uma forma mais didática, a equipe que será contratada diretamente pelo INCS. Lembramos que os profissionais médicos serão contratados pelo regime de Pessoa Jurídica, para a realização de plantões de 12 horas, na razão de 04 (quatro) clínicos e 03 (três) pediatras no plantão diurno (das 7:00 as 19:00 horas) e 03 (três) clínicos e 02 (dois) pediatras no plantão noturno (das 19:00 as 7:00 horas), além de 02 (dois) coordenadores médicos, responsáveis pelas escalas médicas.

Os demais profissionais necessários ao funcionamento da UPA 24HS ALTO DA PONTE, estão contratados através das empresas terceirizadas em suas respectivas áreas, tais como:

- Laboratório de Análises Clínicas;
- Serviços de Nutrição e Dietética;
- Serviços de Alimentação dos Funcionários e Refeitório;
- Serviços de Logística em Farmácia e Almoxarifado;
- Serviços de Tecnologia de Informação (TI);
- Serviços de Limpeza e Higienização;
- Serviços de Manutenção Predial;
- Serviços de Manutenção de Equipamentos (Engenharia Clínica);
- Serviços de Lavanderia Hospitalar; e,
- Serviços de Controle de Fluxo e Segurança Patrimonial.

Manteremos as categorias profissionais necessárias para operacionalização dos serviços da UPA 24 HS ALTO DA PONTE, conforme quadro abaixo:

Quadro de Profissionais com Respectiva Carga Horária Mensal					
Profissional	Carga Horária Mensal	Serviço Diurno	Serviço Ininterrupto	Qtde.	Regime de Contratação
Almoxarife	200 Horas	X		1	CLT Indireto
Assistente de Faturamento	200 Horas	X		1	CLT Direto
Assistente Social	180 Horas	X		1	CLT Direto
Auxiliar Administrativo	200 Horas	X		1	CLT Direto
Auxiliar de Farmácia	180 Horas		X	5	CLT Indireto
Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	180 Horas		X	9	CLT Indireto
Auxiliar de Manutenção	200 Horas	X		1	CLT Indireto
Controlador de Acesso e Fluxo	180 Horas		X	8	CLT Indireto
Coordenador Administrativo	200 Horas	X		1	CLT Direto
Coordenador de Enfermagem (RT)	200 Horas	X		1	CLT Direto
Copeira	180 Horas		X	2	CLT Indireto
Enfermeiro Assistencial	180 Horas		X	19	CLT Direto
Enfermeiro de Educação Continuada	200 Horas	X		1	CLT Direto
Enfermeiro SCIH	200 Horas	X		1	CLT Direto
Farmacêutico (RT)	200 Horas		X	1	CLT Indireto
Gerente de TI	Sob Demanda	X		-----	Pessoa Jurídica
Gerente de Unidade	100 Horas	X		1	CLT Direto
Lider de Higiene / Serviços Gerais	200 Horas	X		1	CLT Indireto
Motorista Administrativo	Sob Demanda	X		-----	CLT Indireto
Motorista de Ambulância	Sob Demanda		X	-----	CLT Indireto
Nutricionista	Sob Demanda	X		-----	CLT Indireto
Recepcionista	220 Horas		X	8	CLT Direto
Técnico de Enfermagem	180 Horas		X	58	CLT Direto
Técnico de Informática	100 Horas	X		1	CLT Indireto
Técnico de Radiologia	120 Horas		X	7	CLT Direto

5. Apoio Logístico

As atividades de apoio logístico são constituídas por toda a sorte de atividades necessárias ao suporte das atividades principais, que serão – prontamente atender aos usuários (pacientes e acompanhantes) nas suas necessidades em atenção à suas saúdes, apoiando assim o labor das atividades

principais, ou seja, os atendimentos médicos e os cuidados de enfermagem prestados aos usuários. Dessa forma discorreremos a seguir sobre o assunto.

6.1. Serviço de Farmácia Clínica e Almoxarifado de Materiais Médico-Hospitalares

Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, através do uso seguro e racional de medicamentos, correlatos e materiais médico-hospitalares, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva.

6.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Dispõe de equipamentos e procedimentos para auxílio ao diagnóstico, com avançada tecnologia, tais como:

- Eletrocardiograma (ECG).
- Laboratório Clínico.
- Radiologia Digital.

6.2.1. Laboratório Clínico

O Laboratório Clínico que funciona dentro da UPA 24HS PUTIM, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, prestará os serviços para a UPA 24HS ALTO PONTE sendo que os resultados serão liberados em até 1 (uma) hora após a chegada da amostra ao local. Tal setor seguirá as normas preconizadas pelos órgãos de controle e fiscalização dessas atividades. A empresa terceirizada possui experiência comprovada em tais atividades, que foi consubstanciada através da apresentação de atestados de capacidade técnica de prestação de serviço para esta atividade.

Este setor possui:

- ✓ Equipamentos com registro na ANVISA.
- ✓ Aparelhos interfaceados, agilizando resultados e evitando erros de digitação.
- ✓ Software laboratorial que permite disponibilizar o resultado diretamente e em tempo real nos setores solicitantes.
- ✓ Resultados em tela nos setores, que possibilita rastrear, inclusive exames anteriores de pacientes, permitindo assim, verificar a evolução do quadro e a real necessidade de nova coleta.
- ✓ Soroteca informatizada que proporciona localizar em poucos segundos, uma amostra para repetição da análise ou acrescentar novas análises, sem a necessidade de nova coleta.

- ✓ Todos os aparelhos possuem back-up, para que eventuais paneiros não pare o setor e atrase resultados.
- ✓ Realização de exames Point of Care, que permite realização de marcadores cardíacos, em tempo inferior a 1 (uma) hora.
- ✓ Troponina Quantitativa, D-Dímero e Pró-BNP.
- ✓ Disponibilidade de testes rápidos para casos urgentes de HIV e Dengue.
- ✓ Controle Externo de Qualidade, o PNCQ – Programa Nacional de Controle de Qualidade, promovido pela SBAC – Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.
- ✓ Equipamentos automatizados, incluindo líquor, bioquímica, hematologia e íon seletivo.

6.3. Serviço de Nutrição e Dietética (SND)

O SND presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas as necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está a de proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, e deve estar atento também aos pareceres e ou solicitações médicas, que após avaliação do paciente, o mesmo receberá um plano alimentar específico.

6.4. Serviço de Lavanderia e Manutenção de Enxoval

A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a toda a unidade, ou seja, para os usuários e para os colaboradores.

O Serviço de Manutenção de Enxoval manterá o enxoval em condições quali quantitativamente adequadas ao volume de atendimento oferecidos na UPA.

6.5. Complementação da Assistência

Para a adequada prestação dos serviços de atenção à saúde, disponibilizaremos o Serviço de Remoção.

6.6. Esterilização

Manteremos um espaço destinado a Central de Material Esterilizado de acordo com a RDC 15 de 15/03/2012.

6.7. SAME

O prontuário médico é um importante conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados a registrar todas as informações

referentes aos cuidados médicos prestados ao paciente. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é o setor responsável por fornecer e organizar os prontuários para viabilizar as atividades diárias das especialidades médicas. Ele será totalmente digitalizado.

6.8. Serviço Engenharia Clínica

Com relação aos Serviços de Engenharia Clínica, o INCS manterá em bom estado, através de manutenções preventivas e corretivas, durante todo o Prazo da Vigência do Contrato de Gestão, os equipamentos da UPA Porte III.

6.9. Manutenção das Instalações

Com relação à manutenção e reforma das instalações, a Entidade manterá em bom estado, durante todo o Prazo da Vigência do Contrato de Gestão, as instalações elétricas e mecânicas e especiais.

6.10. Serviço de Atenção ao Usuário/Ouvidoria – SAU

O SAU é o setor responsável por receber as sugestões e/ou críticas do público sobre o atendimento, instalações e serviços oferecidos. É um espaço democrático, onde o paciente e sua família serão ouvidos e prontamente atendidos em suas reclamações. O SAU funcionará também como uma Ouvidoria da UPA.

6.11. Gestão da Logística de Compras de Medicamentos e Materiais

É um setor responsável pela cotação dos melhores preços, pela compra, pela entrega, pelo abastecimento e fornecimento de insumos e suprimentos, pela estocagem e pelo fracionamento dos medicamentos, correlatos, materiais médico-hospitalares, bem como por todos os materiais necessários ao expediente administrativo da UPA 24HS ALTO DA PONTE.

6.12. Apoio Logístico Operacional

Além do acima descrito, todo o apoio logístico operacional para as áreas administrativa, financeira, contábil, fiscal, de recursos humanos e jurídica, serão prestadas pelos nossos Departamentos de Recursos Humanos, Departamento Financeiro, Departamento Administrativo, Departamento Contábil e Departamento Jurídico, estruturados em nossa central administrativa localizada na matriz do INCS.

7. Cronograma de Implantação das Atividades

AÇÕES, SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, GERENCIAIS E SERVIÇOS DE APOIO A SEREM EXECUTADOS NA UPA 24HS ALTO DA PONTE	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13
Diagnóstico Situacional Inicial													
Instalação da Equipe Gestora Conforme Organograma Funcional													
Instalação da Estrutura Diretiva Conforme Organograma Funcional													
Contratação Temporária de Colaboradores Não Médicos													
Realização de Processo Seletivo para Colaboradores Não Médicos													
Contratação Definitiva de Colaboradores Não Médicos													
Seleção e Contratação dos Profissionais Médicos													
Organização dos Serviços Médicos e de Enfermagem													
Organização dos Recursos Humanos (Demais Colaboradores)													
Execução da Política de Recursos Humanos													
Implantação de Classificação de Risco Pelo Protocolo de Manchester													
Realização do Acolhimento e Classificação de Risco (PNH)													
Implantação e Execução de Serviço Humanizado no Pronto Atendimento Ambulatorial													
Realização de PCMSO e PPRA													
Contratação de Terceiros (Empresas Terceirizadas)													
Implantação do Serviço de Laboratório Clínico (Realização das Análises)													
Implantação da Radiologia Digitalizada e Back-up do Serviço (Raio X Portátil Digitalizado)													
Implantação de Equipamentos de Urgência e Emergência de Back-up													
Fornecimento de Refeições Para Todos os Colaboradores (Diretos e Indiretos)													
Reestruturação e Reorganização das Salas Vermelhas (Urgência e Emergência)													
Reestruturação e Revitalização dos Confortos Médicos e de Enfermagem													
Implantação do Regimento Interno da UPA 24 Horas Alto da Ponte													
Criação e Implantação das Comissões Multidisciplinares													
Revisão e Implantação dos Protocolos Assistenciais													
Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes													
Monitoramento dos Instrumentos de Controle de Risco para Visitação													
Implantação de Programas de Qualidade em Atenção ao Usuário													
Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos													
Implantação do Controle de Fluxo e Segurança Patrimonial													
Implantação da TI / Treinamento do SIG													
Implantação de Fluxos de Organização das Atividades													
Implantação de Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial													
Implantação do Manual de Rotinas Administrativas e Financeiras													
Implantação do Manual de Rotinas para Gerência de Almoxarifado e Patrimônio													
Implantação de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos (BPA)													
Organização dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais													
Gestão Logística dos Estoques da Farmácia e do Dpto. de Suprimentos (Almoxarifado)													
Revitalização da Ambiência e da Fachada / Padronização da Comunicação Visual da UPA													
Instrumentos de Comunicação e Informação com SMS de São José dos Campos													
Realização de Eventos em Educação Continuada, Educação Permanente e Capacitação													
Elaboração de Cronograma / Execução de Manutenção Preventiva de Equipamentos													
Implantação de Brigada de Incêndio													
Implantação do Totem Eletrônico Para Pesquisas de Satisfação													
Realização das Pesquisas de Satisfação													
Verificação dos Indicadores de Impacto													
Avaliação Global - Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão													
Prestação de Contas Financeiras e Fiscais/Apresentação de Relatório de Atividades à SMS													

C6. APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

1. Proposta de Sistemática de Manutenção Predial – Ambiência e Especificação de Equipamentos – Engenharia Clínica

A realização das manutenções predial e dos equipamentos, serão executadas por empresas que possuam experiência comprovada em tais atividades. Tal experiência deverá ser comprovada através de atestados de capacidade técnica e/ou contratos de prestação de serviço para cada atividade, executadas em estabelecimentos de saúde, pelas empresas interessadas em participar da concorrência que promoveremos para estes fins, mesmo porque, haverá tempo suficiente para iniciar tais atividades, pois, tanto as instalações físicas, como os equipamentos e mobiliários, serão novos, pois o UPA Porte III em questão, do Município de Jacareí, não se trata de uma unidade já em funcionamento, mas sim de uma unidade que será inaugurada com instalações, equipamentos e mobiliários novos.

A manutenção dos equipamentos de saúde obedecerá a um Cronograma de Execução preconizado pelo fabricante de cada equipamento em questão, quando se tratar de manutenção preventiva. Cada equipamento possuirá uma espécie de prontuário, sendo que tanto as manutenções preventivas, quanto as corretivas, serão registradas nestes prontuários. Elas serão realizadas por profissionais tecnólogos em saúde.

Já a manutenção predial ocorrerá de duas formas, ou seja, para pequenos reparos diários, originados de desgastes pelo uso, manteremos 01 (um) colaborador auxiliar de manutenção que deverá ser disponibilizado pela empresa que será contratada. Já para os grandes reparos, estes serão executados por empresas especializadas como já mencionado.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Este PLANO DE TRABALHO foi elaborado pela equipe técnica, financeira e jurídica do INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, orientadas pelo seu Diretor de Operações, que assina o documento.

Esperamos ter demonstrado com clareza, através do que foi disposto neste PLANO DE TRABALHO, toda nossa expertise e capacidade gerencial que envolvem tão complexa, importante e imprescindível atividade, que são os serviços assistenciais de saúde para população.

Agradecemos a oportunidade de apresentar nosso trabalho à esta douta equipe de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde São José dos Campos que compõem a Comissão Especial de Seleção.

Almejamos vencer a disputa deste Processo de Seleção, para que possamos aplicar toda nossa capacidade de trabalho, com vontade e dedicação, em prol da saúde pública, sempre em conjunto com a SMS de São José dos Campos, e termos a honra de servir mais uma vez os cidadãos deste importante Município do nosso querido Estado de São Paulo.

São José dos Campos, Vinte e Um de Maio do Ano de Dois Mil e Vinte.



INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ANTONIO PEREIRA SOUZA JUNIOR
Diretor de Operações