AHBB

PLANO DE TRABALHO/TERMO DE FOMENTO PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA SANTA CASA – COMPLEXO HOSPITALAR GARÇA/SP

11º ADT

AHBB | REDE SANTA CASA

LINS – SP

Dezembro - 2021

Sumário

INTRODUÇÃO 5
1. AHBB| REDE SANTA CASA 6
1.1 Informações Cadastrais 7
1.1 Organograma Estatutário 7
1.2 Organograma Gerencial 8
1.3 Histórico Institucional da AHBB| Rede Santa Casa 8
1.4 Missão, Visão e Valores 8
1.5 Compliance e Integridade 8
1.6 Expertise em Gestão 9
2. QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO 11
3. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS 11
4. ATENÇÃO À SAÚDE 12
5. ATENÇÃO HOSPITALAR 12
5.1 Tabela 1 - Produção 13
5.2 Tabela 2 – Plantões médicos 13
6. ATENDIMENTO AMBULATORIAL 14
7. OBJETIVO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL 14
8. JUSTIFICATIVA 14
9. METAS A SEREM ATINGIDAS – ATENÇÃO HOSPITALAR 15
10. ATENÇÃO AMBULATORIAL E SADT 16
10.1 Procedimentos realizados da Parte Fixa contratualizada 16
10.2 Procedimentos realizados da Parte Variável, que dependem de produção apresentada. 16
11. AVALIAÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE 17
11.1 Tabela de indicadores fomentados pela gestão AHBB 17
12. OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES 23
12.1 Ciclo de implantação 23
12.2 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar 24
12.3 Tecnologia da Informação 24
12.4 Núcleo de Segurança do Paciente 24
12.5 Educação Permanente e Supervisão de Enfermagem 26
12.6 Internação – Ginecologia/Obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria 26

12.7 Centro Cirúrgico 26
12.8 Central de Material 26
12.9 SADT – radiologia, mamografia 26
12.10 Ortopedia ambulatorial 26
12.11 Fluxo de coleta de exames laboratoriais – serviço terceiro 26
12.12 Psicologia 27
12.13 Serviço Social 27
12.14 Recepção 27
12.15 Administração – faturamento, financeiro, contabilidade 27
12.16 Agência transfusional 27
12.17 Manutenção 27
12.18 Lavanderia 27
12.19 Higienização 28
12.20 SESMT – Serviço em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho 28
12.21 Serviço de Nutrição e Dietética 28
12.22 Farmácia 28
12.23 Almoxarifado 28
12.24 Morgue 28
12.25 Linha de cuidado à gestante 29
12.26 Comissões Internas Ativas 29
13. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 29
13.1 Identificação do Objeto 29
13.2 Objetivos geral e específico da UTI 29
13.3 Justificativa 30
13.4 Metodologia de trabalho 30
13.5 Fluxo de atendimento na admissão da paciente 31
13.6 Hemodiálise Intensiva 31
13.7 METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS - UTI 31
14. TRATAMENTO DE PACIENTES – COVID 19 37
14.1. Identificação do Objeto 37
14.2. Objetivo Geral 37
14.3. Objetivos Específicos 37
14.4. Justificativa 37

14.5. Fluxo de atendimento na admissão da paciente nas unidades de terapia intensiva 38
14.6. Diretriz de Atendimento 38
14.7. Indicador Qualitativo e Quantitativo - UTI COVID-19 39
15. PLANO DE TRABALHO PARA OS EQUIPAMENTOS DA UTI 42
15.1 Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos permanentes da UTI 42
16. Organização das Diferentes Atividades Assistenciais e Administrativas 42
17. Obrigações e responsabilidades da conveniada 43
17.1 PESQUISA DE SATISFAÇÃO - ATENÇÃO AO CLIENTE/USUÁRIO - SAC 44
18. PLANO DE AÇÃO - AHBB 45
19. MONITORAMENTO DO PLANO DE TRABALHO 46
19.1 Reunião de acompanhamento da estratégia 46
19.2 Reunião de acompanhamento de operação 46
19.3 Revisão do Plano de Trabalho 46
19.4 Avanços 46
20.1 Plano de Aplicação de Recursos Financeiros (Federal e Municipal) mensais 47
21. PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO 47
22. DECLARAÇÃO 48
23. ANALISADO E APROVADO TECNICAMENTE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE GARÇA 49
24. APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA 49
25. APROVAÇÃO 50

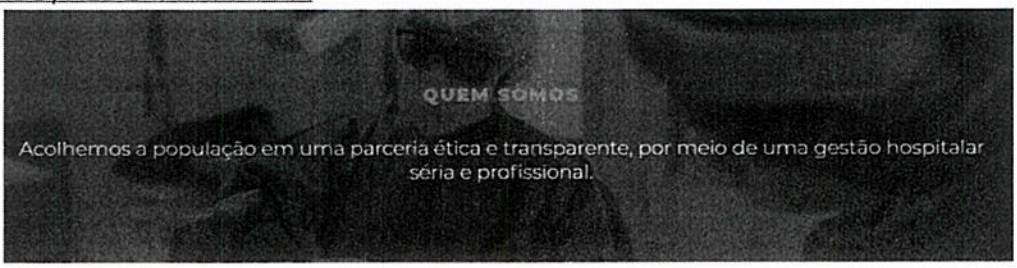
INTRODUÇÃO

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB), a qual possui a finalidade de ofertar serviços hospitalares e ambulatoriais de média complexidade.

Este Plano de Trabalho objetiva apresentar os recursos pactuados a serem repassados para a Organização operacionalizar o serviço hospitalar e ambulatorial, sendo responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde identificar as necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, por estar o Município em gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.

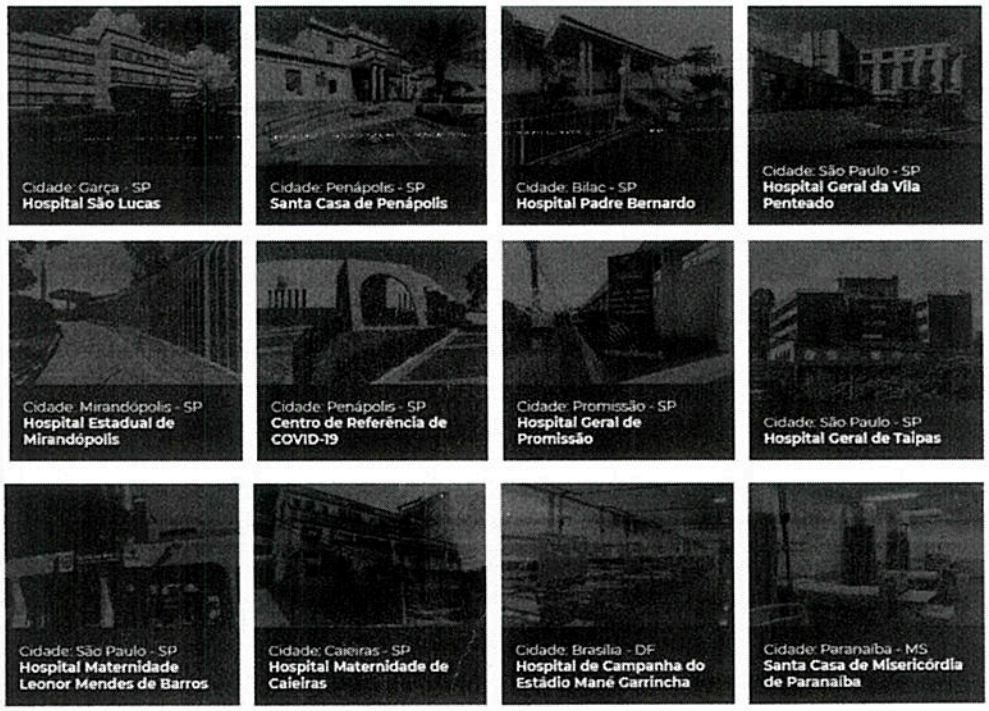
www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1. *AHBB| REDE SANTA CASA*



ONDE ESTAMOS

A AHBB | Rede Santa Casa acredita acolhimento aliado a profissionalismo e transparência constroem uma gestão eficaz. Conheça abaixo nossos projetos:



www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

1.1 *Informações Cadastrais*

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
CNPJ: 45.349.461/0001-02		
Atividade Econômica Principal: Atividades de atendimento em pronto-socorro hospitalar, e unidades hospitalares para atendimento a urgências.		
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 – SALA 03 - JARDIM ARIANO		
Cidade: LINS		**UF:** SP
CEP: 16.400-400	**DDD/Telefone** (14) 3532-5198	
E-mail contato@ahbb.org.br		

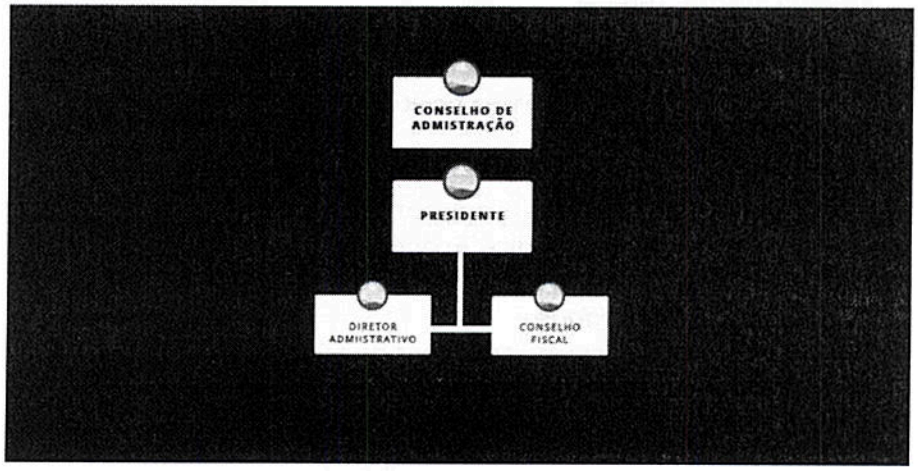
Responsáveis

Responsável pela Instituição: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO		
CPF: 018.587.358-82	**RG:** 40617805	**Órgão Expedidor:** SSP/RJ
Cargo: Presidente	**Função:** Presidente	
Endereço: Avenida da Saudade, 1550 – Jd. Santa Paula		
Cidade: Promissão		**UF:** SP
CEP: 16.370-000	**Telefone:** (14) 3541-6617 / 99716-4928	

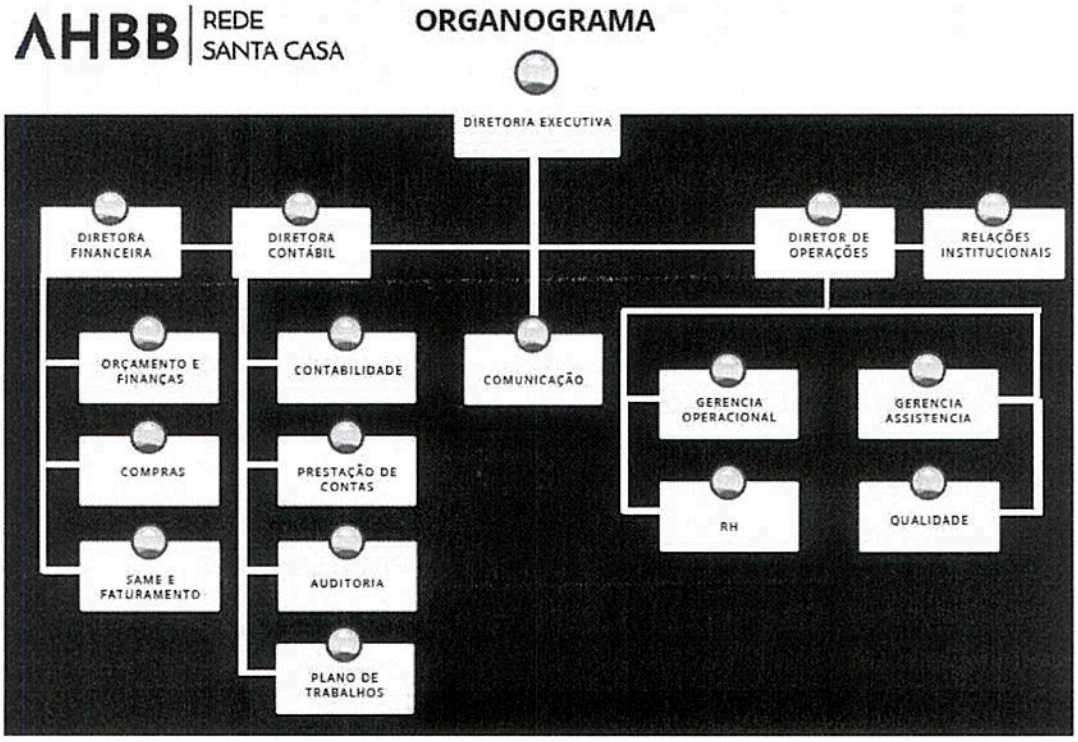
1.1 *Organograma Estatutário*

AHBB | REDE SANTA CASA

ORGANOGRAMA ESTATUTÁRIO



1.2 Organograma Gerencial



1.3 Histórico Institucional da AHBB| Rede Santa Casa

A AHBB | Rede Santa Casa é uma Organização Social de Saúde que tem como estímulo buscar instrumentos e modelos de administração que possam levar racionalidade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de conduzir o desempenho da gestão privada para à administração pública, aprimorando os recursos e garantindo à eficiência dos serviços prestados à população.

A associação é declarada instituição de Utilidade Pública nos âmbitos federal e estadual na cidade de Bilac/SP. Possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde – CEBAS, concedido pelo Ministério da Saúde.

1.4 Missão, Visão e Valores

AHBB|Rede Santa Casa, tem como ***missão*** cuidar de quem cuida, sabemos que o nosso bem maior é zelar pela vida de cada brasileiro.

Temos como ***Visão***, ser referência no atendimento à saúde em todos os locais e serviços onde atuamos.

Nossos ***Valores*** estão alicerçados aos princípios da Ética e Moralidade, sendo: Capacidade, Comprometimento Social, Confiabilidade, Empreendedorismo, Equidade, Ética, Humanização, Qualidade, Sustentabilidade Ecológica, Econômica e Social, Tradição e Transparência.

1.5 Compliance e Integridade

Atuando em consonância às aspirações da sociedade e com base em seus valores organizacionais de transparência e ética, a AHBB|Rede Santa Casa encontra-se em fase final de implementação do sistema de Boa-Governança Corporativa, Compliance e Ética Organizacional.

O objetivo principal desta adequação diz respeitos às diretrizes essenciais ao desenvolvimento empresarial e econômico da sociedade brasileira, buscando trazer lisura e

firmando o compromisso ético perante todos os membros, diretores, conselheiros, voluntários e colaboradores da AHBB, com a sociedade e com o Poder Público.

A AHBB|Rede Santa Casa aplicará o código de conduta ética a ser seguido por todos os seus componentes, primando pelo ambiente corporativo de desenvolvimento racional e sustentável em todos os campos de atuação da organização, sendo instituído como alicerce da sua existência e constituição os seguintes pontos:

I. Código de Conduta Ética a ser respeitado por todos os membros da Associação

II. Treinamento sistêmico de gestores, administradores, parceiros e colaboradores para que atuem sempre de acordo com os padrões estabelecidos no Código de Conduta Ética e aos regulamentos e normatizações que incidem sobre a área de atuação da Associação.

III. Sistema interno de denúncia autônomo, através do e-mail denuncia@ahbb.org.br, onde todos os funcionários, parceiros e usuários poderão informar e relatar condutas contrárias ao Código de Conduta Ética, ilegais ou moralmente questionáveis.

IV. Conferir a todo o sistema organizacional da associação a qualificação das práticas de boa-governança e gestão consciente, conferindo a integralização de idoneidade empresarial.

V. Realização periódica de auditorias internas (Setor de Compliance) e auditoria externa para validação e verificação de todos os setores da Associação.

VI. Atuar de acordo com as bases constitucionais e princípios da administração pública, agindo com base na Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

Visamos combater todos os atos e todas as formas de corrupção e de condutas antiéticas, gerando a garantia de um serviço da mais alta qualidade e de excelência para todos os colaboradores e usuários. Fomentando a prática empresarial ética e proporcionando resultados positivos para toda a sociedade brasileira.

1.6 Expertise em Gestão

Iniciou suas atividades através da administração dos setores de urgência e emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico e enfermarias. Em 2015 expandiu sua área de atuação ao assumir a administração da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Estadual de Promissão (SP). Essa UTI geral nível 2 foi construída há 8 anos e dispunha de 8 leitos para acolher pacientes clínicos e cirúrgicos da própria instituição e da região, regulados pela CROSS. Através de protocolos constantemente atualizados com as normas e condutas da AMIB, controle de gastos com exames, materiais e medicamentos e processos regulamentadores das principais rotinas, os resultados apareceram rapidamente. Esse modelo de gestão inteligente é aplicável em qualquer unidade de terapia intensiva e isso está despertando interesses de outros hospitais que já estão em negociação avançada com a AHBB para administrar suas UTI´s.

É a UTI do interior de São Paulo que mais recebe pacientes para fazer hemodiálise e seus resultados dispostos abaixo demonstram a qualidade do seu serviço:

Escore SAPS 3

* Pacientes com desfechos no hospital (vivo + óbitos) anotados durante o período.

Descrição		
Pontuação (média ± DP)		
SAPS 3 (Eq. Geral)	41,59	16,80
Probabilidade de óbito hospitalar (%; média ± DP)		
Escore SAPS 3 (equação geral)	14,64	20,18
Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)	19,12	23,96
Taxa de Mortalidade padronizada da unidade (Observado / Esperado)		
Escore SAPS 3 (equação geral)	1,30	
Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)	1,00	

Através de comparações realizadas pela plataforma EPIMED podemos comparar nossa unidade com 8468 leitos de UTIs pelo Brasil, dispostos em 639 unidades de 322 hospitais. Observamos que a mortalidade esperada para esse total de leitos é 23,9% (SAPS 3) e a relação entre mortalidade obtida e mortalidade esperada é igual a 1.

Escore SAPS 3

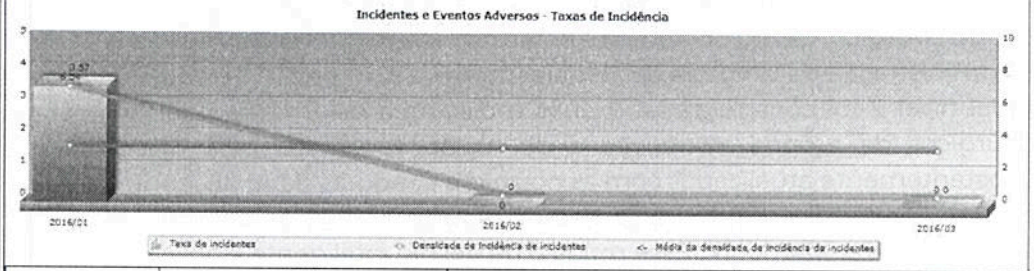
* Pacientes com desfechos no hospital (vivo + óbitos) anotados durante o período.

Descrição		
Pontuação (média ± DP)		
SAPS 3 (Eq. Geral)	55,27	17,22
Probabilidade de óbito hospitalar (%; média ± DP)		
Escore SAPS 3 (equação geral)	31,54	25,93
Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)	39,86	29,96
Taxa de Mortalidade padronizada da unidade (Observado / Esperado)		
Escore SAPS 3 (equação geral)	0,58	
Escore SAPS 3 (equação ajustada para Am. Latina)	0,46	

Os dados da nossa unidade demonstram um perfil de paciente mais crítico que o perfil nacional, com mortalidade esperada de 29,6%. No entanto, a relação entre mortalidade obtida e mortalidade esperada é de 0,46, indicando um valor 54% menor que o esperado.
Esses resultados foram obtidos com baixos índices de incidentes, como pode ser visto abaixo:

Incidentes e Eventos Adversos - Taxas de Incidência

(*) Todos os incidentes e eventos adversos no período.



	2016/01	2016/02	2016/03
Pacientes (n)	28	26	5
Pacientes-dia (n)	153	157	31
Incidentes (n)	1	0	0
Taxa de incidentes (%)	3,57	0,00	0,00
Dens. Incid. Incidentes	6,54	0,00	0,00

Em 2016, foi expandida com gerenciamento assistencial de 08 (oito) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Especializada – Materna, da UGA IV – Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

Em 2017 a AHBB | Rede Santa Casa assumiu o gerenciamento Técnico e Administrativo de 4 (quatro) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, 4 (quatro) leitos de Unidade de

Cuidados Intermediários Neonatal - UCIN, 2 (dois) leitos de Mãe-Canguru e 3 (três) salas de parto humanizado do Hospital Geral Dr. Jose Pangella de Vila Penteado/SP e Gerenciamento de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II, do Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis/SP. É a UTI do interior de São Paulo que mais recebe pacientes para fazer hemodiálise e seus resultados dispostos abaixo demonstram a qualidade do seu serviço.

Através de protocolos constantemente atualizados com as normas e condutas da AMIB, controle de gastos e processos regulamentadores das principais rotinas, os resultados apareceram rapidamente.

Sendo assim, novamente em 2018 a AHBB| Rede Santa Casa, expandiu com o gerenciamento de Prestação de serviços assistenciais nas áreas de ginecologia, obstetrícia e de neonatologia, no Hospital Estadual de Caieiras/SP; gerenciamento de 30 (trinta) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Especializada do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, localizado em Sorocaba/SP e prestação de serviços médicos socorristas e coordenação médica, na área de clínica médica, para atendimento no pronto socorro do hospital geral Dr. José Pangella, de Vila Penteado/SP.

Atua como gestora do Centro de Especialidades Médicas do município de Garça/SP, através do termo de fomento assinado com a Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Especialidades

As atividades do Centro de Especialidades de Garça são desenvolvidas nas especialidades de anestesia, ortopedia, cirurgia geral, gastroenterologia, oftalmologia, ginecologia e obstetrcia, pediatria, neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia, dermatologia, vascular, urologia e radiologia, além de atendimentos não médicos como fisioterapia, enfermagem e fonoaudiologia.

A AHBB | Rede Santa Casa acredita no acolhimento aliado a profissionalismo e transparência que constroem uma gestão eficaz, que se estabelece com a Gestão Hospitalar completa onde atua hoje em 3 hospitais no interior de São Paulo atendendo uma população de 205 mil habitantes.

2. *QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO*

Objeto	*Descrição*
Prestação de serviços de saúde na área hospitalar, sendo gerido clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica, além de serviços de radiologia e fisioterapia, na Santa Casa de Garça. ***Ambulatorial:*** Patologia clínica, ambulatório.	A AHBB requer a visualização clara e imediata do funcionamento do Atendimento da demanda hospitalar, no que diz respeito às execuções das atividades, deveres e atribuições da organização em si para gerir e administrar os serviços assistenciais, nas áreas afins citadas: Consultas, interconsultas, internação, observação e medicação.

3. *IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS*

A Santa Casa de Garça é uma Instituição que oferta serviços da média complexidade, com 81 leitos dos quais 56 são leitos exclusivos do SUS. Atua prioritariamente nas áreas de clínica médica, clínica geral, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica, clínica pediátrica, além de serviço de radiologia e fisioterapia. As internações de outras clínicas como, por exemplo, a Ortopedia e Traumatologia estão inclusas nas Clínicas Básicas citadas acima.

4. *ATENÇÃO À SAÚDE*

É da responsabilidade da Prefeitura Municipal de Garça através da Secretaria Municipal de Saúde a gestão do convênio SUS, sendo a mesma gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A assistência ambulatorial eletiva acontece na Santa Casa de Garça através do Sistema de Regulação do gestor local do SUS.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Em caso de hospitalização, a Santa Casa de Garça fica obrigada a internar o paciente no limite de leitos disponibilizados para o SUS e ofertar os leitos existentes sob a gestão AHBB na ausência de leitos conveniados.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela Santa Casa de Garça serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Deverá a gestão AHBB garantir a realização de todos os procedimentos, devidamente cobertos pelos SUS, que se façam necessários para os atendimentos aos usuários que lhe forem direcionados pelo Sistema.

Todas as atividades assistenciais, desenvolvidas e contratualizadas serão reguladas pelo Gestor Municipal de Saúde, de acordo com os mecanismos de controle e regulação existentes, ou que venham a ser criados, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário.

O Hospital deverá garantir o cuidado continuado e regular dos serviços assistenciais previstos, de modo que estes não sofram retração ofertando inclusive soluções de continuidade, em função de situações adversas.

5. *ATENÇÃO HOSPITALAR*

A Assistência Hospitalar compreende o conjunto de atendimento oferecido aos pacientes desde a sua admissão até a alta hospitalar pela patologia apresentada, incluindo-se todos os atendimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas para o tratamento hospitalar.

Os atendimentos de Média Complexidade e de natureza eletiva serão disponibilizados aos usuários que tiverem essas necessidades identificadas nos serviços ambulatoriais através do gestor local do SUS.

Todos os laudos médicos para emissão de AIH deverão ser emitidos através do sistema informatizado do Gestor local do SUS, constando obrigatoriamente à identificação do atendimento SUS em que foi gerada a indicação da internação. Todas as internações de natureza emergencial deverão ser efetivadas pela Santa Casa de Garça e depois autorizada pela gestão local do SUS por meio do Departamento de Avaliação, Regulação e Controle em conjunto com médico auditor também vinculado a este departamento.

Os laudos médicos para emissão de AIH de urgência e emergência deverão ser apresentados à gestão local no prazo de até 72 horas após do atendimento para ser autorizado.

No processo de hospitalização estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de; recuperação
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com a listagem do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessária durante o processo de internação;

- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado, ou individual quando necessário devido às condições do paciente, devendo observar a legalidade que dão direito a acompanhante de acordo com as regulamentações e portarias do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais como fisioterapia, endoscopia, ultrassom e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade;
- Suporte necessário para realização de transferências intra-hospitalares.

A gestão AHBB deverá realizar o número de internações hospitalares de acordo com o volume de atividades estabelecidos na programação. Válido ressaltar que toda oferta está destinada a demanda do município, portanto, uma vez que a demanda "flutuar", certamente acurva refletirá sobre a meta. Assim, a gestão AHBB não deverá sofrer qualquer tipo de glosa considerando que a assistência será mantida conforme a demanda espontânea.

Este plano de trabalho visa contemplar o período referente a 2020 (janeiro a junho), dessa forma os valores quantitativos e orçamentários anuais descritos nas tabelas abaixo são condizentes a uma produção de 01 (hum) mês.

5.1 *Tabela 1 - Produção*

ESPECIALIDADES	PPI/ANO 2008	PROD/ANO 2019
Clínica Médica	1.108	705
Clínica Cirúrgica	500	520
Clínica Pediátrica	611	111
Ginecologia/Obstetrícia	754	449
TOTAL	2972	1.785

5.2 *Tabela 2 – Plantões médicos*

Pediatria	Plantão a distância / Presencial-558/186
Clínica Médica	Plantão presencial 24horas
GO	Plantão a distância/ presencial
Clínica Cirúrgica	Plantão a distância
Anestesista	4 horas/dia presencial segunda a sexta
Anestesista	Plantão a distância

Ressalta-se que a definição dos plantões médicos em suas especialidades é de gestão da AHBB, sendo que cabe ao município nos atos legais auditar se os plantões ofertados pelo hospital respaldam todos os serviços contratualizados em plano de trabalho.

6. *ATENDIMENTO AMBULATORIAL*

O atendimento ambulatorial compreende:

- **Primeira Consulta**; entende-se a visita inicial do paciente encaminhado pelas Unidades de Pronto Atendimento ou do Centro de Especialidade para atendimento de Traumatologia;
- **Consulta subsequente**; entende-se toda a consulta de seguimento ambulatorial, decorrentes da primeira consulta;
- **As consultas realizadas pelo Serviço Social** não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas como as normas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)** – O prestador oferecerá os serviços de SADT a pacientes externos, ou seja, àqueles pacientes que foram encaminhados por outros serviços de saúde, inclusive os que geram de atendimento de pacientes internados e de ambulatório, observando o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde nas quantidades especificadas.

7. *OBJETIVO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL*

Integrar a gestão AHBB na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços que constitui o Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a garantir aos usuários a atenção integral, humanizada e de qualidade, em ação conjunta a ser desenvolvida entre o Município e a organização social, conforme as pactuações estabelecidas na PPI, mediante série histórica já em evidência pelo serviço prestado.

8. *JUSTIFICATIVA*

Manutenção dos Serviços necessários para a população residente e referenciada, para desenvolver políticas públicas que visam à redução de doenças, à promoção de saúde, à prevenção, à proteção e à recuperação da saúde, com ações que garantam a equidade e a integralidade.

A organização e instituição conta com o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), portanto está isento de recolhimento das obrigações sociais da taxa patronal.

9. *METAS A SEREM ATINGIDAS – ATENÇÃO HOSPITALAR*

Tipo de Procedimento	PPI-ANO 2008	Produção ANO 2019	Meta Quantitativa	Meta Qualitativa	Descrição
Clínica Médica	1.108	701	Projetar para aumentar as internações considerando demanda espontânea	Garantir acesso aos usuários preferencialmente pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Unidade de Pronto Atendimento.	Controle, Avaliação e Auditoria das internações realizadas / Dificuldade de Acesso para tratamento clínico hospitalar.
Clínica Cirúrgica	500	520	Atingir a meta pactuada (PPI/ANO) realizando as cirurgias eletivas represadas.	Garantir acesso, sem a suspensão de cirurgias eletivas, e resolver a demanda reprimida existente.	Monitorar o procedimento a serem realizados / Diminuição da demanda reprimida.
Clínica Pediátrica	611	111	Manter as internações pediátricas atendendo a livre demanda	Manter o equilíbrio das internações /Incentivo ao tratamento ambulatorial de qualidade	Monitorar as internações comparando a morbidade do ano anterior.
Clínica Obstétrica	754	449	Projetar para Aumentar as internações considerando demanda espontânea	Garantir acesso às gestantes e construir de maneira integrada Instituição e Atenção Básica a Linha de Cuidado do Pré Natal.	Monitorar as internações obstétricas das cesárias realizadas / Parto Normal
TOTAL	2.972	1.785			

10. ATENÇÃO AMBULATORIAL E SADT

10.1 Procedimentos realizados da Parte Fixa contratualizada

Tipo de Procedimento	PPI-ANO 2008	Prod. ANO 2019	Meta Quantitativa	Meta Qualitativa	Descrição
Ambulatório	3.633	3.407	Reduzir a demanda produzida (repetição desnecessária)	Garantir o acesso com qualificação, observando as demandas produzidas.	Monitoramento e Auditoria das Fichas de Atendimento / Origem dos usuários
Radiologia	13.654	11.850	Reduzir as Radiografias realizadas com repetição.	Qualificar as solicitações e indicações de Radiografia de maneira abusiva.	Monitoramento das indicações / Linhas de Cuidado e Protocolos
TOTAL	28.028	15.257			

10.2 Procedimentos realizados da Parte Variável, que dependem de produção apresentada.

Tipo de Procedimento	Prod. ANO 2017	Meta Quantitativa	Meta Qualitativa	Descrição
Mamografia	681	Aumentar o número de exames em 0,32% ao realizado em 2019, sempre considerando a demanda livre	Aumentar a cobertura de mamografia de rastreamento bienal em mulheres entre 50 e 69 anos	Acesso ao Programa Mulheres de Peito / Satisfação das usuárias. Obter articulação aos demais serviços, buscando alguma demanda reprimida.
Oftalmologia Cirurgia	423	Atingir a meta pactuada realizando as cirurgias eletivas	Garantir o acesso, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, principalmente os idosos de baixa qualidade visual.	Acesso aos procedimentos de Oftalmologia/ Satisfação dos Usuários idosos. Verificar demanda reprimida

11. AVALIAÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE

- Visando o acompanhamento, a avaliação e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o Hospital deverá encaminhar até o décimo dia que antecede a data da avaliação a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas.
- As informações serão encaminhadas por meio dos registros do SIH – Sistema de Informação Hospitalar e dos registros no SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- A cada período de quatro meses a Secretaria Municipal de Saúde procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do quadrimestre anterior, para avaliação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento da parte variável a análise quantitativa.
- Da análise realizada, poderá resultar em nova pactuação dos quantitativos estabelecidos com reflexos no equilíbrio econômico-financeiro do Termo.
- A análise referida não impede a possibilidade da celebração de Termos Aditivos ao Termo de Fomento sempre que as condições ou ocorrências excepcionais incidirem nas atividades desenvolvidas pela Instituição.
- Os indicadores estão relacionados à qualidade de assistência oferecida aos usuários e mensuram a efetividade do desempenho da gestão. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento de cada unidade.

11.1 Tabela de indicadores fomentados pela gestão AHBB

Indicador	Descrição	Cálculo/Instrumento/Base	Frequência
CNES atualizado.	Manter as informações do estabelecimento atualizadas no CNES.	Relatório com a data da última atualização do CNES e documento da instituição relatando as atualizações feitas no período, informando as ocorrências por data da atualização.	Mensal
Apresentar percentual igual ou maior a 80% de bom e ótimo o grau de satisfação dos usuários do SUS.	Realizar pesquisa de satisfação de usuários do SUS, por meio de formulário padronizado, junto a pacientes e acompanhantes.	Relatório mensal do resultado da pesquisa de satisfação de usuários do SUS, considerando percentual dos conceitos Bom e Ótimo igual ou maior de 80%.	Mensal.
Implantar a visita ampliada aos pacientes internados.	Permitir horário de visitas flexíveis para os pacientes internados na instituição.	Declaração do hospital permitindo a visita ampliada.	Trimestral

Implantar / Implementar o Setor de Ouvidoria da Instituição.	Estabelecer horário de atendimento de ouvidoria com equipe específica.	Relatório quantitativo por tipo de demanda.	Trimestral
Realizar mensuração de APGAR no 1° e 5° minuto de vida do RN.	Todos os RN nascidos na instituição deverão ter mensuração de APGAR.	Relatório mensal da Auditoria Municipal, mediante avaliação de prontuários por amostragem.	Trimestral
Implantar Política de Medicamentos na Instituição.	Adotar o uso racional de medicamentos na instituição, através de elaboração de protocolos.	Apresentar protocolos implantados.	Trimestral.
Manter campo de estágio para alunos da ETEC.	Oferecer campo de estágio na instituição de acordo com a necessidade de formação dos cursos de saúde da ETEC.	Apresentação de relatório mensal com nome dos estagiários e respectivos campos de estágio, com carga horária.	Mensal
Apresentar taxa de infecção hospitalar em até 5%.	Implantar rotina de verificação das taxas de infecções hospitalares e medidas de prevenção de infecção hospitalar.	Relatório contendo a taxa mensal de Infecção Hospitalar.	Mensal
Garantir o acesso de pacientes encaminhados pelas UBS e UPA.	Garantir acesso oportuno, conforme necessidade dos pacientes, de forma que sejam atendidos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco com relação a sua indicação para internação na Santa Casa.	Relatório do Gestor Municipal após observação *in loco* do livro de intercorrências da UPA.	Mensal

Alta Hospitalar Responsável.	Realizar Alta Hospitalar Responsável com protocolos e fluxos definidos, orientação aos usuários, acompanhantes e cuidadores e fortalecimento da Equipe de Apoio.	Apresentação de relatórios das reuniões realizadas, descrevendo assuntos abordados e orientações mais específicas.	Trimestral.
Comissões-Ética Médica	Verificar presença ativa das comissões obrigatórias	Ata de reunião ou relatório da comissão	Mensal.
Comissões – Óbito.	Verificar presença ativa das comissões obrigatórias.	Ata de reunião ou relatório da comissão.	Mensal.
Comissões – Prontuários.	Verificar presença ativa das comissões obrigatórias.	Ata de reunião ou relatório da comissão.	Mensal.
Política Estadual de Humanização (PEH)	Construção e fortalecimento de Grupo Técnico de Humanização para Implantar e implementar ações da Política Estadual de Humanização, de acordo com os instrumentos disponíveis no site www.humanizases.saude.gov.br.	Relatórios das reuniões realizadas, descrevendo as ações desenvolvidas	Trimestral
Educação continuada-capacitações e treinamentos.	Garantir a existência e aplicação de cursos e treinamentos para os funcionários do serviço, além de	Apresentação de relatórios e listas de presença.	Trimestral.

	facilitação para realização dos mesmos por empresas terceirizadas.		
Taxa de alcance da produção conveniada/ contratada.	Verificar a proporção de alcance da produção para os agrupamentos pactuados no plano operativo, tanto ambulatorial quanto hospitalar. ≥ que 95%	Número de agrupamentos contratados x 100. O agrupamento será considerado conforme quando o realizado atingir 95% ou mais do contratado naquele agrupamento.	Mensal.
Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica).	Verificar a quantidade de diárias de internações ocorridas no período e o número de leitos disponibilizados ao SUS. ≥ 85%	Total de pacientes-dia em determinado período/Total de leitos-dia no mesmo período x 100.	Mensal.
Tempo médio de permanência- especialidade clínica médica)	Verificar o número de dias das internações (SUS) registradas no Portal CROSS- Módulo de Leitos em relação ao número de internações na especialidade de clínica médica no mesmo período. < 07 dias	Nº de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.	Mensal
Tempo médio de permanência- especialidade clínica cirúrgica	Verificar o número de dias das internações (SUS) registradas no Portal CROSS- Módulo de Leitos em relação ao número de internações na especialidade de	Nº de pacientes-dia em determinado período/Total de pacientes com saídas no mesmo período x 100.	Mensal

	clínica cirúrgica no mesmo período. < 07 dias		
Taxa de mortalidade institucional	Verificar o quantitativo de internações encerradas por óbito no período em relação ao total de internações. ≤ 03%	Número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação em determinado período/N. de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período x 100.	Mensal
Incidência de queda de paciente	Número de quedas em relação ao número de pacientes-dia. ≤ 02%	Relatório da instituição informando os dados. Número de quedas em determinado período/Número de paciente dia no mesmo período x 1.000.	Mensal
Índice de rotatividade	Estabelecer relação entre o total de saídas (SUS) e o número de leitos SUS. Apresentar dados por competência (mês) e avaliar o alcance do trimestre ≥ 04 dias	Relatório da instituição informando os dados. Total de saídas /número de leitos SUS no mesmo período.	Mensal

Índice de uso de sala cirúrgica	Estabelecer relação entre o total de cirurgias e o número de salas cirúrgicas disponíveis 24 horas e 07 dias por semana. Especificar separadamente a quantidade de cirurgia realizada para o SUS, Convênio e Particular. ≥ 03	Relatório da instituição informando os dados. Número de cirurgias realizadas no período x Número de salas cirúrgicas / Número de dias do período	Mensal
Reinternação de pacientes > que 24 horas	Os pacientes devem estar em condições clínicas para terem alta, afim de que os mesmos não sejam readmitidos em menos de 24 horas	Análise dos relatórios de admissão de paciente	Mensal

** Conforme a continuidade dos exercícios das atividades, novos indicadores serão introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna um pré-requisito para que outros, de maior complexidade, possam ser introduzidos.*

12. OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

12.1 *Ciclo de implantação*

Como um guia de condução de fácil visualização, o ciclo abaixo apresenta ainda, Detalhadamente, as fases de gestão da estratégia além de suas interações, considerando a fase de implantação: confirmação do diagnóstico, dimensionamento e operação.

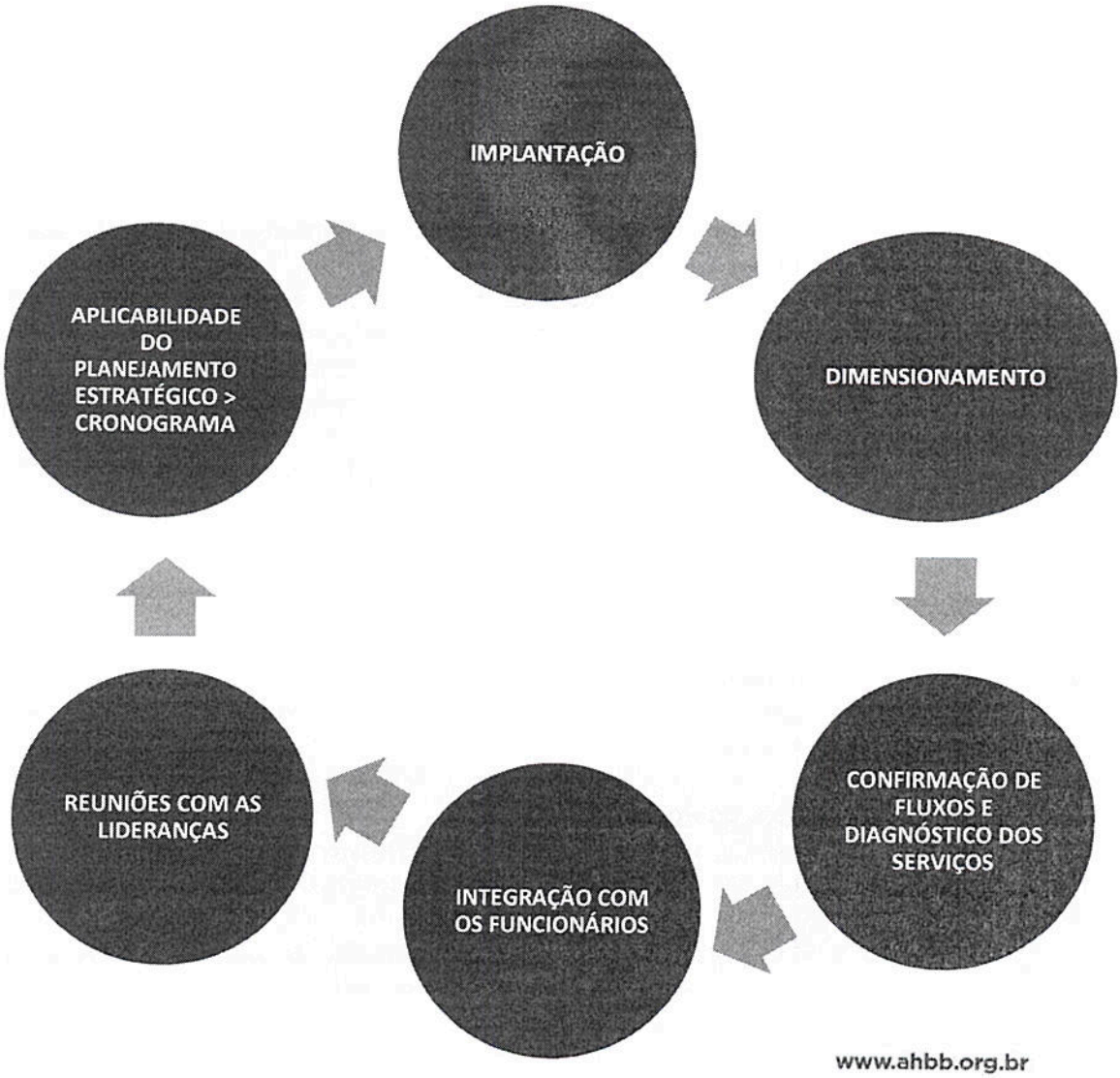


Figura 1. Ciclo de Gestão Estratégica da AHBB|Rede Santa Casa

A gestão AHBB visa reconhecer cada departamento com o objetivo de diagnosticá-lo e a partir desse diagnóstico instituir estratégias que torne possível melhorias nos setores já ativos, implementando atividades e aumentando a qualidade em sua dimensão. Abaixo segue os departamentos e as atividades a serem exercidas em cada um.

12.2 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

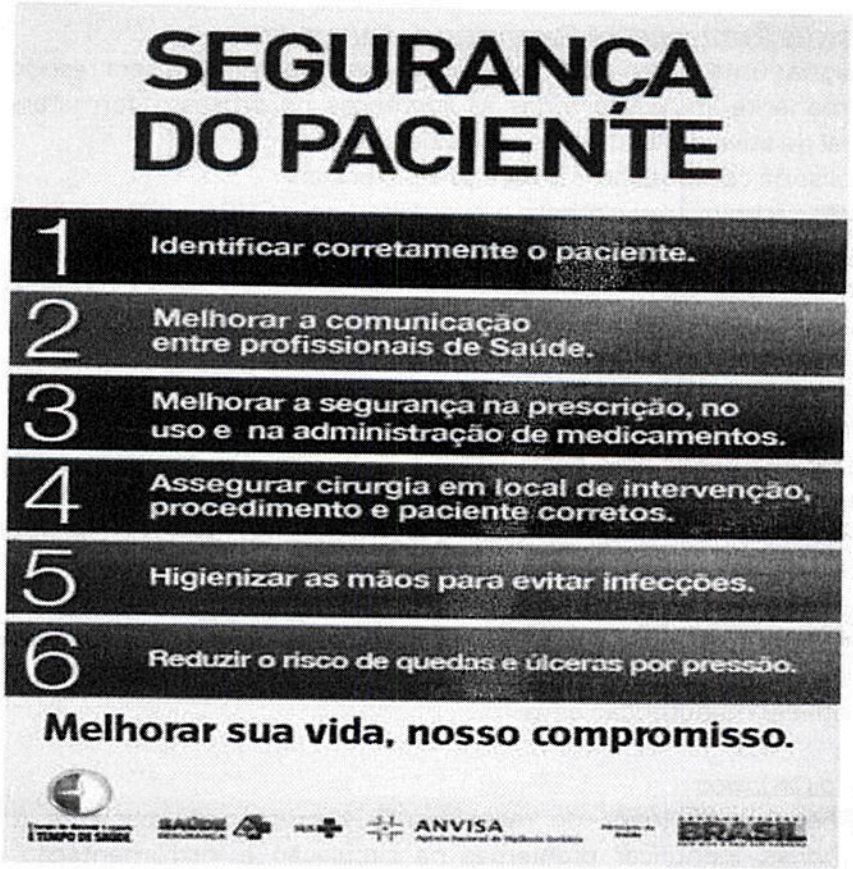
1. Formatar equipe executora e comissão interna com apresentação à diretoria
2. Verificar regimento Interno
3. Verificar Plano de Controle de Infecção Hospitalar
    a. Cronograma das atividades
    b. Terapia Antimicrobiana: protocolos e padronização de antimicrobianos profiláticos e terapêuticos
    c. Protocolo de Higienização das Mãos: disposição de dispense de álcool gel e sabonete + papel toalha;
    d. Plano de capacitação: campanhas contra a sepse, dia mundial de controle de infecção hospitalar, dia mundial de higienização das mãos, dia do infectologista, rodas de conversas in locu por setor em 24h, capacitação e inclusão nos treinamentos externos, educação permanente. Público alvo: todos os colaboradores.
    e. Padronização de germicidas na limpeza concorrente e terminal + protocolos e treinamento.
    f. Relatório trimestral e feedback para a diretoria e equipe assistencial e administrativa.
    g. Preenchimento dos formulários municipais e estaduais: Formsus, planilha de consumo de álcool, planilha de infecções relacionadas à assistência em saúde e ações desenvolvidas para potencializar a minimização de agravos.
    h. Visitas técnicas por setor, pontuando as deficiências e melhorias (registro de fotos e descritiva por área).
    i. Busca ativa das infecções
4. Verificar indicadores mensais e fluxo.
5. Agendamento de Reunião mensal

12.3 Tecnologia da Informação

1. Identificar colaborador se apto para o cargo.
2. Identificar atividades desenvolvidas e chamados.
3. Fomentar estratégias para melhoria se verificado dificuldade em atender demanda de chamados e manutenção lentificada.

12.4 Núcleo de Segurança do Paciente

1. Formatar equipe executora e comissão interna com apresentação à diretoria
2. Disseminar cultura de segurança – rodas de conversa in locu compreendendo toda a equipe
3. Treinar os líderes apresentando as metas internacionais de segurança do paciente
4. Aplicar os protocolos de segurança do paciente gradativamente:



Meta 1: solicitar pulseiras de identificação do paciente: estabelecer cores padronizadas por setores, padronizar duas identificações na pulseira, treinar a recepção e equipe para a meta, reduzindo falhas no processo assistencial.

Meta 2: Implantar protocolo de comunicação: inclusão de protocolos como SBAR (*situation, background, assessment e recomendation*), minimizando erros nas passagens de plantão, evitando evento adverso ou problemáticas durante a internação. Melhora relacionamento interpessoal entre os próprios colaboradores, com maior uniformidade nas ações.

Meta 3: Treinar equipe da farmácia no controle de lote visando qualidade e mantendo monitoramento de validade, sistematizar prescrição médica, instituir dispensação individualizada com identificação, zelar pela análise do farmacêutico, controlar estoque, provisionar materiais e medicamentos suficientes para a demanda, traçar estratégias de melhoria durante o processo. Treinar a enfermagem continuamente referente aos 11 certos da medicação, instituir protocolo de medicamentos de alta vigilância, padronizando cores expressivas nos frascos e ampolas, entre outras ações que previnam o erro medicamentoso potencial.

Meta 4: Implantar o protocolo de cirurgia segura, constando do checklist universal, propondo as etapas de prevenção de erros de agravos na assistência cirúrgica. Fidelizar enfermeira do centro cirúrgico exclusiva no setor e treiná-la para o protocolo.

Meta 5: Manter ativo o protocolo de higienização das mãos > monitoramento contínuo.

Meta 6: Implantar o protocolo de prevenção de quedas e lesão por pressão, aplicando o checklist e orientação aos pacientes e famílias quanto ao risco de queda, mantendo grades elevadas, manutenção das mesmas, aplicando a escala de Braden com vistas a prevenir LPP.

12.5 *Educação Permanente e Supervisão de Enfermagem*

1. Designar uma supervisora de enfermagem que também será responsável pela educação permanente, incluindo todas as lideranças no processo, formatando um cronograma anual de atividades, internas e externas.
2. Auxiliar na composição das escalas assistenciais
3. Auxiliar administrativamente a coordenadora da UPA e Gestão Técnica e Administrativa (redigir ofícios, comunicações internas, documentos afins)

12.6 *Internação – Ginecologia/Obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria*

1. Conhecer a dinâmica de internação, impressos e formulários preenchidos, fluxo de recebimento de medicação, cuidados diários,
2. Identificar a complexidade e grau de cuidado,
3. Avaliar estrutura e ambiência,
4. Propor métodos de melhoria no atendimento
5. Treinar continuamente, identificar gavetas para facilitação do trabalho
6. Verificar as escalas de trabalho e disposição das mesmas.
7. Verificar fluxo das salas de pré parto, berçário, sala de exames.
8. Identificar qualidade do atendimento de hotelaria bem como quantidade suficiente para a demanda (lençol, travesseiro impermeável e fronha).
9. Identificar manutenção ativa.

12.7 *Centro Cirúrgico*

1. Conhecer a dinâmica do recebimento e preparo do paciente pré cirúrgico, propor melhorias, identificar problemas na circulação e instrumentação em sala, propondo melhorias, verificar potencial no pré, intra e pós-operatório.
2. Identificar impressos e preenchimento (SUS e Convênios)

12.8 *Central de Material*

1. Fluxo adequado no preparo, esterilização, armazenamento e dispensação.
2. Quantificar materiais cirúrgicos
3. Verificar controle de qualidade (registros, dosadores, etc) e manutenção das autoclaves.
4. Verificar quantitativo e situação dos campos cirúrgicos.

12.9 *SADT – radiologia, mamografia*

1. Verificar a acompanhar fluxo, indicadores e equipe quantitativa e qualitativamente suficiente para a demanda.

12.10 *Ortopedia ambulatorial*

1. Verificar e alinhar agenda, se necessário.
2. Conhecer equipe médica e agenda semanal bem como equipe técnica de imobilização.
3. Acompanhar as atividades da recepcionista exclusiva nesse serviço.
4. Identificar controle de materiais e medicamentos nesse processo.
5. Monitorar preenchimento de impressos e formulários, buscando alternativas para o melhor controle.

12.11 *Fluxo de coleta de exames laboratoriais – serviço terceiro*

1. Analisar indicadores: média de coletas/dia/mês
2. Analisar rotina desde a solicitação médica até o resultado dos exames, buscando

alternativas para melhoria do processo.

12.12 *Psicologia*

1. Assegurar um profissional para atendimento de luto/pós óbito, projeto para atendimento a colaboradores e acolhimento dos pacientes e acompanhantes.

12.13 *Serviço Social*

1. Assegurar profissional para as ações sociais ativas.
2. Acompanhar a rotina da assistente social do SAD, uma vez que poderão fazer link da assistência prestada, propondo reuniões em grupo para atender as necessidades do SAD conjuntamente.
3. Gerar relatórios de desempenho e indicadores que demonstrem a resolubilidade dos casos, considerando os encaminhamentos para referência.

12.14 *Recepção*

1. Verificar fluxo e demanda de porta, identificando necessidade e pontuando rotina estabelecida se já apta para o atendimento à população.
2. Treinar a equipe para a prática humanizada desde o primeiro momento do paciente no hospital.
3. Ouvir as partes para a verificação do perfil geral do atendimento inicial no hospital.
4. Verificar possibilidade de uniformizar a equipe de porta.

12.15 *Administração – faturamento, financeiro, contabilidade*

1. Avaliar equipe administrativa local
    a. Analista financeiro
    b. Analista de Faturamento
    c. Gerar relatórios de fechamento e feedback, considerando novas projeções financeiras e econômicas.
    d. Manter todo o controle contábil e financeiro de forma a garantir a assistência e operacionalização pactuada, considerando novas perspectivas.

12.16 *Agência transfusional*

1. Identificar número exato mês de transfusões.
2. Conhecer a equipe que atua na assistência de hemoterapia.
3. Avaliar protocolos ativos ou que precisam ser readequados.
4. Identificar controle de qualidade - controle de temperatura, estado geral dos equipamentos, veículo de transporte e rotina do hemocentro para a unidade.

12.17 *Manutenção*

1. Identificar fluxo de chamadas para manutenção e rotina.
2. Identificar dificuldades e qualidade nos chamados.
3. Propor ações de melhoria no processo.

12.18 *Lavanderia*

1. Verificar fluxo
2. Quantitativo kg/dia de enxoval
3. Implantar uniformes
4. Instituir melhoria na rotina, caso necessário.

12.19 *Higienização*

1. Verificar fluxo
2. Demanda de tempo de higienização por alas – avaliar possível sobrecarga
3. Implantar uniformes
4. Identificar se Equipamentos de proteção individual em conformidade
5. Projeto piloto para implantação de ginástica laboral junto a equipe de fisioterapia
6. Instituir melhoria na rotina, caso necessário.

12.20 *SESMT – Serviço em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho*

1. Identificar potencial da equipe de segurança do trabalho
2. Verificar protocolos de biossegurança
3. Verificar fluxo de entrega de EPIs aos colaboradores
4. Verificar se há registro de treinamentos e campanhas internas
5. Verificar *link* com o protocolo de acidentes com material biológico - CCIH
6. Verificar registro de controle de água
7. Registro e rotina de limpeza de caixa de água.
8. Registro de dedetização.
9. Registro de Brigada de incêndio.

12.21 *Serviço de Nutrição e Dietética*

1. Identificar fluxo de atendimento aos pacientes e acompanhantes
2. Avaliar estado geral do setor – equipamentos e utensílios, promovendo melhorias
3. Guarda e armazenamento dos gêneros alimentícios
4. Fluxo de compra
5. Potencial da nutricionista
6. Treinamento com a equipe
7. Uso de EPIs
8. Avaliação de armazenamento dos alimentos
9. Propor melhoria assistencial

12.22 *Farmácia*

1. Reunião com os farmacêuticos
2. Verificação de fluxo, controle, guarda, solicitação de compras, identificação, armazenamento, fracionamento, controle de temperatura, cultura de medicamentos de alta vigilância, disposição deles.
3. Verificar e atualizar protocolos, manuais, sistematização.

12.23 *Almoxarifado*

1. Verificar condições físicas, armazenamento, controle de qualidade, validade, identificações.
2. Verificar protocolos
3. Propor melhorias no processo de guarda, controle e dispensação

12.24 *Morgue*

1. Rotina óbito e pós óbito
2. Protocolo de identificação e preparo do corpo
3. Avaliar estado atual do setor e logística
4. Humanização – visita imediata assistida

12.25 *Linha de cuidado à gestante*

1. Alocar-se-á uma sala dentro do hospital de imediato.
2. Manter humanização junto ao cuidado com a gestante, preparando a mesma para o momento pré, intra e pós-parto, articulando com as unidades básicas de saúde e familiarizando-se com o ambiente hospitalar, o que impacta na redução da ansiedade.
3. Realizar atividades educacionais preparando para o parto – traçar cronograma
4. Identificar potencial gerente das atividades

12.26 *Comissões Internas Ativas*

Tabela 3 – Comissões internas

Comissão/Comitê
Comitê Transfusional.
Comitê mortalidade materna, infantil e fetal.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente.
Comissão de Revisão de Prontuários
Comissão de análise de óbito e biópsias
Comissão de Humanização
Comitê de ética

Todas as comissões e comitês serão previamente estabelecidos e formalizados junto à diretoria do complexo hospitalar Santa Casa de Garça, com a intenção de apoiar as práticas determinantes de cada área.

Deverão os membros reunirem-se periodicamente para avaliação da qualidade das atividades inseridas em cada contexto.

Deverá manter disponível todo registro das ações e procedimentos realizados para fins de auditoria e prestação de serviços.

13. *UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA*

Objeto	*Descrição*
Custeio	Gerenciamento de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto – Tipo II Especializada do Hospital São Lucas, localizado na rua Doutor Orlando Thiago Santos, 70, Vila Williams, Garça/SP. ***Contratação/Gerenciamento de Recursos Humanos/Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e fornecimento de materiais e medicamentos.***

13.1 *Identificação do Objeto*

Gerenciamento de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto – Tipo II do Hospital São Lucas, localizado na rua Doutor Orlando Thiago Santos, 70, Vila Wiliams, Garça/SP.

Nosso modelo de trabalho está em conformidade com a Instrução Normativa RDC 07 de 24 de fevereiro de 2010, do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária e outras; legislações pertinentes, que dispõem sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de um UTI.

13.2 *Objetivos geral e específico da UTI*

GERAL

Oferecer assistência integral e intensiva, em período ininterrupto, disponibilizando recursos humanos especializados, fármacos e equipamentos adequados às necessidades dos pacientes.

ESPECÍFICO

- Articular-se com a unidade hospitalar, unidades de apoio e diagnóstico, unidade de pronto atendimento (UPA), outras instituições e serviços de saúde regionais ou de referência, em consonância com a Secretaria Municipal de Saúde do município e a DRS IX construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência.

- Ser observatório do sistema local e da saúde da população subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam para o planejamento da atenção integral aos pacientes da UTI e de todo o sistema de saúde.

13.3 Justificativa

Levando em consideração que a UTI é a Unidade de Terapia Intensiva existente nos hospitais e destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevida, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

A operacionalização da Unidade de Terapia Intensiva é complexa exigindo recursos humanos especializados e atualizados na área, sendo necessária a capacitação constante não apenas com relação à assistência direta como também para com a adequada utilização da tecnologia instalada como, por exemplo: monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, cateteres especiais, fármacos específicos dentre outras necessidades.

O grau de relevância no potencial credenciamento do setor intensivo fará com que melhore a qualidade e rotina operacional, considerando a unidade referência para diversos municípios da região, SALVANDO VIDAS.

13.4 Metodologia de trabalho

A AHBB|Rede Santa Casa atua com o padrão de qualidade e eficiência para garantia integral aos usuários. Estabelece-se um plano de trabalho com atuações em todas as dimensões do serviço organizacional e assistencial com enfoque cíclico de comunicação entre os colaboradores, atendimento com padronização através de protocolos, informações e gerenciamento com a finalidade de ações organizacionais de segurança e qualidade. Além disso, possui ampla experiência em unidades de terapia intensiva, o que move ao objeto deste plano de trabalho em readequar as rotinas técnico-operacionais da unidade.

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Lucas de Garça/SP funcionará no período de 24 horas ininterruptas, incluindo feriado e ponto facultativo, sendo um serviço de saúde de alta complexidade.

A Segurança do Paciente é discutida e avaliada através da comissão de segurança do paciente com a proposta de redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Serão acolhidos os pacientes graves e mantido rotina de visitas e informações sempre que necessário aos seus familiares, visando à humanização e integralidade do atendimento.

Será prestado atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes gravemente enfermos por quadros agravantes de natureza clínica, de forma a estabilizar os pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, definindo a conduta necessária para cada caso, junto a rotina de 24 horas, discutida em beira leito.

13.5 *Fluxo de atendimento na admissão da paciente*

Os pacientes são encaminhados pelos diversos setores do Hospital São Lucas/SP, da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mario Nunes Mirian (UPA 24hs) além de pacientes transferidos de outras unidades via CROSS e Central Municipal de Regulação. Quando admitidos no setor são orientadas pela equipe e tenta-se informar sobre a importância e a necessidade da internação na UTI e dos benefícios pretendidos.

Os pacientes que permaneceram por um período mais longo no setor, tiveram maior aceitabilidade após o acolhimento da equipe multiprofissional, a possibilidade de visita dos familiares três vezes ao dia.

13.6 *Hemodiálise Intensiva*

A hemodiálise em UTI é indicada para indivíduos que apresentam estados graves de descompensação hidroeletrolítica e edema pulmonar, além de estágios avançados de uremia que, se não tratados imediatamente, podem levar à morte. (Barbosa et al, 2012)

As Unidades de Terapia Intensiva têm uma incidência elevada de Insuficiência Renal Aguda, podendo, em alguns casos, chegar a 23%. A mortalidade é alta, especialmente nos casos em que há necessidade de diálise, com índices que variam de 37% a 88%. (Costa et al, 2003)

A UTI do Hospital São Lucas terá cobertura de terapia renal beira leito, de forma continua (24 horas por dia, 7 dias por semana), quando avaliado e solicitado, respeitando o fluxo de atendimento estabelecido através de protocolo para tratamento da insuficiência renal aguda (IRA).

13.7 *METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS - UTI*

a) Metas Quantitativas do projeto junto ao Convênio:

DESCRIÇÃO	METAS	INDICADOR
Infecção Hospitalar	6%	Taxa de infecção
Tempo de permanência média na UTI	3 a 8 dias	Média de permanência
Mortalidade na UTI	0,8	Razão Padronizada de Mortalidade (SMR)
Pneumonia associada à ventilação	6%	Taxa de pneumonia associada à ventilação
Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD	4,88	Densidade de Infecção de ITU-CVD
Infecção por Corrente Sanguínea	6,10	Densidade de Infecção IPCS
Incidência de ulcera por pressão	0,5%	Taxa de ulcera por pressão

META	DESCRIÇÃO *(Ação para atingir a meta)*	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Não ultrapassar 6% de Infecção Hospitalar (entende-se por Taxa de Infecção Global em UTI)	Ações: - Através da análise de perfil bacteriano o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) define junto à equipe assistencial as ações prioritárias para o controle da infecção na unidade. - Temos como diretriz corporativa a implementação de práticas de segurança para prevenção de infecção relacionada aos dispositivos invasivos (Bundles).	**Taxa Global de Infecção da UTI** Numerador (n) = nº de infecção na UTI Denominador (d) = total de saídas na UTI Fórmula = $\frac{n}{d} \times 100$
Tempo médio de permanência em UTI de 3 a 8 dias	Ações: - Visitas no leito para confecção de planejamento terapêutico. - Implantação de Protocolos Assistenciais, como o de desmame da ventilação mecânica.	**Média de Permanência na UTI** Numerador (n) = total de paciente-dia UTI no período Denominador (d) = nº de saídas da UTI por período Fórmula = $\frac{n}{d}$
Razão Padronizada de Mortalidade intra-hospitalar na UTI abaixo de 0,8	Ações: - Implantação de protocolos assistenciais e auditoria clínica. Considerações: A razão da mortalidade observada em relação à mortalidade prevista pelo sistema de escore prognóstico de uma coorte de pacientes é a razão padronizada de mortalidade (SMR - *standardized mortality ratio*) devendo ser relatada com um intervalo de	Calcular o Nº de mortes esperadas numa população de interesse. $ED = \sum (CSi \times Pi) \times 1000$ Após dividir as mortes atuais entre as mortes esperadas (ED) para obter a razão de mortalidade padronizada (SMR). SMR = MORTES ATUAIS /MORTES ESPERADAS

META	DESCRIÇÃO *(Ação para atingir a meta)*	INDICADOR DE ALCANCE DA META
	confiança de 95% (IC95%). A SMR é amplamente utilizada para avaliar o desempenho, uma vez que a mortalidade é a medida de desfecho mais objetiva e não é propensa a erro. A mortalidade intra-hospitalar reflete uma boa assistência, mas está totalmente atrelada à gravidade do paciente atendido. O acompanhamento da taxa de mortalidade deve ser realizado com as metodologias: Apache II e SAPS III.	
Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD – 4,88 infecções/1000 pacientes dia	Ações: - Implantação do pacote de práticas de segurança para prevenção de infecção do trato urinário relacionado a CVD, tendo como referência os "Bundles" do *Intitute for Helthcare Improvent (IHI).*	**Densidade de Infecção de ITU-CVD:** (Número de ITU-CVD/Pacientes-dia com CVD) x 1000
Infecção por Corrente Sanguínea – 6,10 infecções/1000 pacientes-dia.	Ações: - Implantação do pacote de práticas de segurança para prevenção de infecção por corrente sanguínea, tendo como referência os "Bundles" do *Intitute for Helthcare Improvent (IHI).*	**Densidade de Infecção de IPCS** (Número de IPCS/Pacientes-dia com CVC)x1000
Não ultrapassar 0,5% a Incidência de Úlcera por Pressão (UPP)	Ações: - Monitoramento de pacientes avaliados na admissão, utilização de escala de Braden e implantação de medidas de prevenção de acordo com o Protocolo Nacional de Segurança do Paciente/ ANVISA. Considerações: A incidência de UPP está relacionada ao perfil epidemiológico atendido, as condições nutricionais e hemodinâmicas. Influenciam também nesse indicador as condições de estrutura como colchões específicos para proteção, forro móvel, dispositivo mecânico, filme transparente	**Incidência de UPP** **Numerador (n) = nº de UPP adquirida na UTI** **Denominador (d) = nº de paciente da UTI** **Fórmula = n x 1.000** **d**

META	DESCRIÇÃO *(Ação para atingir a meta)*	INDICADOR DE ALCANCE DA META
	e outros materiais para auxiliar na movimentação do paciente. O suporte da Equipe de Terapia Nutricional também influencia na incidência de UPP.	

b) Metas Qualitativas

DESCRIÇÃO	METAS	INDICADOR
Taxa de ocupação Hospitalar	90%	Taxa de ocupação
Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência	90%	% de satisfação do usuário
Incidência de queda do paciente	0%	Taxa de queda de paciente
Evolução no prontuário do paciente	100%	% de prontuários evoluídos

META	DESCRIÇÃO (Ação para atingir a meta)	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Taxa de ocupação em média de 90%	Justificativa: Pela própria disponibilidade e capacidade operacional de apenas 8 leitos, fica preconizado a Taxa de Ocupação em 75%. A taxa de ocupação representa o grau de utilização dos leitos disponíveis, de forma que, valores muito baixos associam-se a menores níveis de eficiência. Entretanto, taxas elevadas podem indicar alta prevalência de comorbidades, baixa resolubilidade e pouca reserva para emergência. Sendo assim, como os indicadores de utilização de leito são estreitamente relacionados entre si, a taxa de ocupação hospitalar pode ser influenciada pelo tempo médio de permanência e índice de rotatividade do leito.	Indicador hospitalar – Taxa de Ocupação da UTI
Ter 90% de satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência	O estudo da satisfação dos clientes e/ou família será realizado a partir do relatório formal encaminhado pelo Serviço de Atendimento do Usuário (SAU) do hospital. Devemos aqui considerar também aspectos estruturais que influenciam na satisfação do usuário que não se devem exclusivamente ao atendimento da equipe técnica da UTI.	% de Satisfação do Usuário

META	DESCRIÇÃO (Ação para atingir a meta)	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Incidência de Queda do Paciente = 0%	Ações: - Implantação do Protocolo de Queda, tendo como referência o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ ANVISA. Avaliação do risco de Queda nos pacientes da UTI e implantação de medidas preventivas. Considerações: Esse indicador é também dependente das condições de adequação e manutenção das grades dos leitos, assim como das campainhas em funcionamento para o período de desmame da sedação.	**Indicador de Quedas** Numerador (n) = nº de quedas Denominador (d) = nº de paciente-dia da UTI Fórmula = $\frac{n}{d} \times 100$
Manter Evolução no Prontuário do paciente em 100%	Analisar registros das assistências prestadas, identificando os profissionais responsáveis.	**Auditoria dos prontuários antes de entregar ao SAME e transferência ao outro setor.** **Nº de não conformidades no período.**

14. TRATAMENTO DE PACIENTES – COVID 19

Objeto	Descrição
Custeio	*Implantação e gerenciamento técnico/administrativo de 10 (dez) leitos de UTI COVID e Clínica Médica Enfermaria, no Hospital São Lucas, localizado na Doutor Orlando Thiago Santos, 70, Vila Williams, Garça/SP.* *Contratação e Gerenciamento de recursos humanos / Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos / Gestão da equipe médica*

14.1. Identificação do Objeto

Implantação e o Gerenciamento Técnico/Administrativo de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto – COVID 19, de forma quantitativa e qualitativa, com o fornecimento de equipe multidisciplinar de plantonistas e diaristas para o cuidado intensivo de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, valendo-se dos materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia para suas comorbidades, com especial atenção às infecções provocadas pelo COVID-19 e decorrentes dela.

Nosso modelo de trabalho está em conformidade com a normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010, alterada pela RDC nº 26/2012, e Portaria GM/MS nº 895/2017, todas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor.

14.2. Objetivo Geral

Oferecer assistência integral e intensiva, em período ininterrupto, disponibilizando recursos humanos especializados e equipamentos adequados às necessidades dos pacientes

14.3. Objetivos Específicos

a) Articular-se com as unidades hospitalares, unidades de apoio e diagnóstico, outras instituições e serviços de saúde regionais ou de referência, em consonância com a com a secretaria Municipal de Saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência.

b) Ser observatório do sistema local e da saúde da população subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam para o planejamento da atenção integral aos pacientes da UTI.

14.4. Justificativa

Levando em consideração que a UTI é a Unidade de Terapia Intensiva existente nos hospitais e destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevida, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

Considerando que o serviço de atendimento de urgência é necessário para o rápido diagnóstico e tratamento dos pacientes, caracterizando-se como essencial e necessário para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado.

Considerando o cenário atual – instalação do COVID-19, há um aumento de pacientes necessitando de suporte intensivo e a insuficiência de leitos no Brasil que já é pré-existente, determinam que UTIs sejam instaladas em caráter emergencial.

A operacionalização da Unidade de Terapia Intensiva é complexa exigindo recursos humanos especializados e atualizados na área, sendo necessária a educação continuada e educação permanente constantes não apenas com relação à assistência direta como também para com a adequada utilização da tecnologia instalada como, por exemplo: monitores multiparametros, ventiladores mecânicos, dispositivos invasivos, fármacos específicos dentre outras equipamentos e necessidades inerentes que o setor implica.

14.5. Fluxo de atendimento na admissão da paciente nas unidades de terapia intensiva

Os pacientes encaminhados para admissão na UTI COVID serão provenientes do Hospital São Lucas e/ou atendidos pela unidade de pronto atendimento (UPA 24h) do município, ou ainda de outros municípios transferidos através da Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde (CROSS). Quando admitidos no setor são orientadas pela equipe e tenta-se informar sobre a importância e a necessidade da internação na UTI e dos benefícios pretendidos. O foco é estabilizar os pacientes de forma rápida e eficaz.

A terapêutica se dá através de condutas protocolares para que os cuidados sejam efetivos nas 24 horas, nos 7 dias da semana. A equipe de liderança segue o formato sugerido pela AMIB – Guia da UTI Segura.

Trabalhamos com condutas humanizadas, onde os pacientes que permanecem por um período mais longo no setor ou que apresentem delírio hipoativo e sintomas apáticos e depressivos, será reavaliado o acolhimento da equipe multiprofissional, considerando a possibilidade e necessidade de visita dos familiares estendida.

14.6. Diretriz de Atendimento

A AHBB|Rede Santa Casa atua com o padrão de qualidade e eficiência para garantia integral aos usuários. Estabelece-se um plano de trabalho com atuações em todas as dimensões do serviço organizacional e assistencial com enfoque cíclico de comunicação entre os colaboradores, atendimento com padronização através de protocolos, informações e gerenciamento com a finalidade de ações organizacionais de segurança e qualidade. Além disso, possui ampla experiência em unidades de terapia intensiva, o que move ao objeto deste plano de trabalho em readequar as rotinas técnico-operacionais da unidade.

A Unidade de Terapia Intensiva funcionará no período de 24 horas ininterruptas, incluindo feriado e ponto facultativo, sendo um serviço de saúde de alta complexidade.

O atendimento da UTI será realizado por equipe multidisciplinar e compreenderá o acompanhamento dos pacientes provenientes das unidades de internação e regulados conforme fluxos estabelecidos e respeitando sempre os protocolos já existentes.

A Segurança do Paciente é discutida e avaliada através da comissão de segurança do paciente com a proposta de redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Serão acolhidos os pacientes graves e mantido rotina de visitas e informações sempre que necessário aos seus familiares, visando à humanização e integralidade do atendimento.

Será prestado atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes gravemente enfermos por quadros agravantes de natureza clínica, de forma a estabilizar os pacientes e realizar a investigação

diagnóstica inicial, definindo a conduta necessária para cada caso, junto a rotina de 24 horas, discutida em beira leito.

14.7. Indicador Qualitativo e Quantitativo - UTI COVID-19

INDICADOR	DESCRIÇÃO	METAS UTI
Taxa de Ocupação	É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e número total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados.	90%
Média de Permanência (Dias)	É a relação entre o número de pacientes-dia e o número de saídas. Mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias	15
Taxa de mortalidade em UTI	Razão entre o número total de óbitos de pacientes internados na UTI e o número total de altas da UTI.	35%
Taxa de reinternação em 24 horas	É a relação porcentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causas associadas em até 24 horas após a alta da UTI.	<=1%

Taxa de utilização de Ventilação mecânica	Razão entre o número de dia de VM sob total de paciente/dia	<=70,83% **Referência:** mediana (percentil 50) – **máximo aceitável num primeiro momento** – CVE 2018 Hospitais Estado de São Paulo
INDICADOR	**DESCRIÇÃO**	**METAS UTI**
Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	Razão entre os casos novos de IPCS no período e número de pacientes com CVC/dia no período, multiplicado por 1.000	<=2,80% **Referência:** CVE 2018
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	Razão entre o número de dia de CVC sob total de paciente/dia.	<=53,64% **Referência:** CVE 2018
Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical	Razão entre casos novos de ITU no período e número de pacientes com SVD no período, multiplicado por 1.000	<=1,93% **Referência:** CVE 2018
Prontuários evoluídos	Preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes.	100 %
Reclamação na ouvidoria em número	Numero de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.	≤ que 5%

Incidência de queda de paciente	Relação entre o número de quedas e o número de pacientes/dia, multiplicado por 1.000.	0,51%
INDICADOR	**DESCRIÇÃO**	**METAS UTI**
Índice de Lesão por Pressão	Relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 1.000	≤ que 12%
Implantação de práticas de segurança e prevenção para controle do indice	Relação entre o número de extubação não planejada e o número de paciente intubado/dia, multiplicado por 100.	0,51 **Referência:** CQH 2018
Incidência de flebite	Relação entre o número de casos de flebite em um determinado período e o número de pacientes/dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.	0,24% Referência: CQH 2018

Incidência de perda de cateter venoso central	Relação entre o número de perda de cateter venoso central e o número de pacientes com cateter venoso central, multiplicado por 100.	0,20 **Referência:** CQH 2018
INDICADOR	**DESCRIÇÃO**	**METAS UTI**
Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC)	Relação entre o número de perda de cateter central de inserção periférica (PICC), multiplicado por 100. Taxa= N°pacientes /dia com CVC/PIC X 100 N° de perdas.	0,20 **Referência:** CQH 2018

15. PLANO DE TRABALHO PARA OS EQUIPAMENTOS DA UTI

Processo de Trabalho é o conjunto de ações sequenciadas que organizam as atividades da equipe de trabalho e a utilização dos meios de trabalho disponíveis, visando o cumprimento das metas institucionais. Desta forma, não é preciso especificar tarefas e atividades realizadas (rotineiramente) e vinculadas à execução de algum processo de trabalho.

15.1 Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos permanentes da UTI

Todo equipamento eletroeletrônico a ser utilizado em áreas críticas (ocupadas por pacientes) deverá ser inspecionado periodicamente pelo setor de engenharia clínica (ou manutenção de equipamento médico). Entre outros ensaios, deverá ser realizada a medição de corrente de fuga. As inspeções deverão ser efetuadas de acordo com o especificado pelo fabricante, antes do uso inicial, após reparos ou modificações, e no mínimo, anualmente ou semestralmente (áreas de cuidados gerais como o paciente. Estes testes deverão obedecer aos requisitos e recomendações das Normas IEC 601 E e VDE 751.

A manutenção regular de equipamentos médicos deve ser encarada não somente como uma forma inteligente de engenharia clínica e um caminho para reduzir gastos futuros. Além de tudo, é uma segurança adicional de vital importância para reduzir erros médicos de qualquer natureza e garantir o máximo de segurança aos pacientes.

16. Organização das Diferentes Atividades Assistenciais e Administrativas

A Conveniada deverá obedecer aos protocolos institucionais e aqueles estabelecidos pelas instâncias governamentais competentes.

Toda a Equipe de Trabalho sob responsabilidade da Conveniada deverá estar adequadamente uniformizada e identificada.

A Conveniada deverá manter o cadastro atualizado dos profissionais disponibilizados por ela. Estes registros deverão ser colocados à disposição de qualquer órgão fiscalizador, a qualquer tempo na operacionalização da unidade.

O cadastro deverá conter no mínimo:

· Dados pessoais;
· Endereço domiciliar;
· Foto 3x4
· Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pela MEC e Conselho Regional de Classe, quando couber;
· Título de especialista (quando houver) e/ou certificado de área de atuação;

A Conveniada deverá manter instalada em local visível, quadro que informe ao usuário, de forma clara e objetiva o nome de todos os profissionais atuantes do setor. Deverá conter ainda nome completo, cargo e número do conselho de classe, horário de início e término da jornada de trabalho de cada um deles.

17. *Obrigações e responsabilidades da conveniada*

São de responsabilidade da AHBB|Rede Santa Casa além daquelas obrigações constantes acima e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais, estaduais e municipais que regem o convênio, as seguintes:

1) Prestar os serviços de saúde, de acordo com o estabelecido no convenio e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde – especialmente o disposto na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a Conveniada por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

III – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

IV – direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

V – prestação de serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2) Na prestação dos serviços, a Conveniada deverá observar:

I - respeito aos direitos do paciente, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – manutenção da qualidade da prestação de serviços;

III – garantia de sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

3) Apresentar mensalmente à Secretaria, até o dia 30 (trinta) de cada mês, escala de plantões dos profissionais da Conveniada, referente ao mês subsequente.

4) Fornecer meios para a alimentação de seus funcionários que na unidade atuarão.

5) Fornecer a "PRESTAÇÃO DE CONTAS" contendo:

- Folha extrato de pagamento de cada funcionário.
- Comprovação da presença do funcionário – folha de ponto.

- Extrato bancários da conta do convênio- MOVIMENTAÇÃO – conta corrente, conta poupança e conta de investimento.
- Cópia dos recolhimentos: INSS, FGTS, PIS/PASEP e outros gastos pertinentes (vale alimentação, cesta básica, vale transporte, convênio médico, seguro de vida coletivo, etc.). Fornecer listagem dos beneficiários.
- Cópia das notas fiscais.
- Pessoa Jurídica – comprovantes dos pagamentos e tributação pertinente
- DARFs de impostos retidos na fonte (IRPJ e Lei 10.833).

6) Relatório Administrativo todo o dia 20 de cada mês subsequente à gestão da unidade.

7) Relatório Assistencial todo o dia 20 de cada mês subsequente à gestão da unidade.

8) A cada período de 03 (três) meses do convênio, o Comitê Gestor e Equipe da Conveniada, procederão à análise das atividades assistenciais realizadas visando a implementação do planejamento estratégico das metas e indicadores da unidade.

17.1 *PESQUISA DE SATISFAÇÃO - ATENÇÃO AO CLIENTE/USUÁRIO - SAC*

- Implantação do Serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário;
- Conhecimento das reclamações e sugestões dos usuários;
- Avaliação de satisfação do Cliente/Usuário;

AHBB REDE SANTA CASA | HOSPITAL SÃO LUCAS

18. *PLANO DE AÇÃO - AHBB*

O QUE	ONDE	PRAZO		POR QUE	RESPONSÁVEIS	COMO	CUSTO
		INICIO	TÉRMINO				

**Para cada problema ocorrido e para própria prevenção de falhas, a gestão AHBB aplicará um plano de ação corretivo e preventivo, traçando feedback junto ao avalista do contrato.*

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

19. MONITORAMENTO DO PLANO DE TRABALHO

Segundo Maximiano (2012), o monitoramento "consiste em acompanhar e avaliar a execução da estratégia". O monitoramento deve ser realizado com base nos mesmos indicadores utilizados na hora de se elaborar o planejamento estratégico.

Para tanto, algumas rotinas serão estabelecidas para o devido monitoramento daquilo que é proposto frente aquilo que está sendo entregue de resultados.

19.1 Reunião de acompanhamento da estratégia

Objetivo: Monitorar o cumprimento do plano, objetivos e metas estratégicas.
Método: conforme fluxo de acompanhamento e ciclo de gestão AHBB
Periodicidade: mensal
Reunião: Reunião de Diretoria eGerentes
Registro: Ata de Reunião realizada.

19.2 Reunião de acompanhamento de operação

Objetivo: Monitorar, acompanhar e tratar anomalias e desvios dos projetos e intenções estratégicas.
Método: conforme ciclo de gestão AHBB
Periodicidade: mensal, semanal, diário
Reuniões: Reunião de Gerentes e Gestores AHBB Reunião de Gerentes e Supervisores AHBB Reunião de supervisores e operação AHBB.
Registro: Ata de registro da reunião.

19.3 Revisão do Plano de Trabalho

A revisão do plano de trabalho se dará a cada ano ou quando seu monitoramento sinalizar desvios relevantes da formulação estratégica em relação ao resultado da execução dos planos e projetos. A necessidade de investimento de recursos estará atrelada a termo de aditivo, na observância da secretaria municipal de saúde.

19.4 Avanços

Deverá ser pontuado os avanços alcançados a cada trimestre e discutido:

- 19.4.1 Participação de novos responsáveis por processos para as discussões de cenários;
- 19.4.2 Melhoria na utilização do Sistema de Gestão e acompanhamento;
- 19.4.3 Formalização de todas as etapas do planejamento;
- 19.4.4 Melhoria do senso crítico dos participantes;
- 19.4.5 Melhoria da visão sistêmica dos envolvidos;
- 19.4.6 Integração com outros padrões de reconhecimento em gestão e metodologias;
- 19.4.7 Incorporação do processo orçamentário.

20. ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Os valores estimados para o exercício de 2021, nos meses de janeiro será de R$ 1.280.000,0 (um milhão, duzentos e oitenta mil reais), fevereiro será de R$1.568.000,00 (um milhão, quinhentos e sessenta e oito mil reais), para os meses de março e abril R$1.336.000,00 (um milhão, trezentos e trinta e seis mil reais), para o meses de maio a outubro R$ 1.528.00,00 (um milhão, quinhentos e vinte e oito mil reais), para o mês de novembro R$ 1.288.00,00 (um milhão, duzentos e oitenta e oito mil reais) e para o mês de dezembro R$ 1.538.993,62 (um milhão, quinhentos e trinta e oito mil novecentos e noventa e três reais e sessenta e dois centavos) que deverão ser transferidos para gestão hospitalar, conforme recebimento das portarias. Qualquer finalização de repasse referente

à algum projeto, deverá ser feito com aviso prévio de 30 (trinta) dias para fins de reorganização e encerramentos de contratos e rescisões trabalhistas.

20.1 *Plano de Aplicação de Recursos Financeiros (Federal e Municipal) mensais*

ETAPA	OBJETO	VALOR
01	CUSTEIO – Recursos Humanos, Material de Consumo, Material e Medicamentos Hospitalares, custos com OPME, Manutenção preventiva, corretiva, instalação e manutenção de equipamentos e máquinas e Prestação de serviços médicos, prestação de serviços de qualquer natureza, custos administrativos e despesas e tarifas financeiras, consumos gerais de utilidade pública, além de contratos de locação e arrendamento que tenham como objetivo a execução do serviço, reforma e ampliação da estrutura física. Conta Corrente Banco do Brasil Ag 3062-7 C/C 36050-3 Conta Corrente Banco do Brasil Ag 3062-7 C/C 36477-0 Conta Corrente Banco do Brasil Ag 3062-7 C/C 36534-3	- Janeiro: R$ 1.280.000,0 (um milhão, duzentos e oitenta mil reais) - Fevereiro: R$1.568.000,00 (um milhão, quinhentos e sessenta e oito mil reais - Março e Abril: R$1.336.000,00 (um milhão, trezentos e trinta e seis mil reais) - Maio a Outubro: R$ 1.528.00,00 (um milhão, quinhentos e vinte e oito mil reais) - Novembro: R$1.288.000,00 (um milhão duzentos e oitenta e oito mil reais) - Dezembro: R$ 1.538.993,62 (um milhão, quinhentos e trinta e oito mil novecentos e noventa e três reais e sessenta e dois centavos)

21. *PREVISÃO DE EXECUÇÃO DO OBJETO*

Início: A partir do recebimento do recurso.
Duração: 60 meses a contar da assinatura do contrato, renovando a cada 12 meses.

22. *DECLARAÇÃO*

Na qualidade de representante legal do proponente, *DECLARO*, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Garça – Secretaria Municipal de Saúde de Garça, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Garça, 15 de dezembro de 2021.

Responsável pela confecção do Plano de Trabalho
Wagner Galenti
Diretor de Operações

23. *ANALISADO E APROVADO TECNICAMENTE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE GARÇA*

Declaro que estou de acordo com os termos apresentados e ciente das despesas que serão suportadas com a utilização da subvenção que ela irá disponibilizar.

Garça, 15 de dezembro de 2021.

Deyse Regina Serapião Grejo
Secretaria Municipal de Saúde

24. *APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA*

Garça, 15 de dezembro de 2021.

Antônio Carlos de Oliveira Marra
Ordenador de Despesa Secretário Municipal de Fazenda, Planejamento e Finanças

25. *APROVAÇÃO*

Antônio Carlos Pinoti Affonso
Presidente da AHBB

João Carlos dos Santos
Prefeito Municipal de Garça

Testemunha
LEONARDO LUIS DOS SANTOS DA SILVA
49.043.011-1

Testemunha
Daniele Aparecida Barbosa
26 421287 45-7

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400