

Processo Administrativo nº 2014-0.224.530-7

**TERMO DE PARCERIA Nº 04/2014-SMS.G**

**TERMO DE PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E O HOSPITAL ADVENTISTA DE SÃO PAULO.**

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO** por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, doravante designada por **SMS** com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 46.392.148/0001-10, neste ato representada por sua Chefe de Gabinete, **CORMARIE GUMARÃES PEREZ** e o **HOSPITAL ADVENTISTA DE SÃO PAULO**, inscrito no CNPJ sob o nº 43.586.122/0009-71, situado à Rua Rocha Pombo – liberdade – São Paulo – SP, doravante designada **PARCEIRO**, mantido pela **INSTITUIÇÃO PAULISTA DE EDUCAÇÃO E ASSISTENCIA SOCIAL** inscrita no CNPJ sob o nº 43.586.122/0001-14, pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos e lucrativos, constituída numa associação Entidade Beneficente de Assistência Social, tem sede à Av. Profa. Magdalena Sanseverino Grosso, nº 850, Arthur Nogueira – SP, neste ato representado por seu Diretor Técnico **DORIVAL DUARTE DE LIMA**, portador do Registro de Identidade nº 265.012 SSP/ES e do CPF/MF nº 464.562.797-04, resolvem firmar o presente **TERMO DE PARCERIA**, consuante despacho autorizatório exarado à fl.141do processo administrativo nº. 2014-0.224.530-7 publicado no DOC/SP de 04/11/2014, pág. 35, que será regido pelos cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETIVO**

O presente **TERMO DE PARCERIA** tem por objetivo somar esforços para o desenvolvimento de ações conjuntas de promoção e recuperação da saúde da população do Município, principalmente, da área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde SUL, conforme o Plano de Trabalho (Anexo II).

**Parágrafo primeiro** – O Plano de Trabalho (Anexo II) será ajustado, conforme as necessidades, de comum acordo entre as partes, podendo ser celebrado TERMO ADITIVO.

**Parágrafo segundo** \_ Os atendimentos ambulatoriais especializados, descritos no ANEXO\_II, parte integrante deste termo, serão realizados nas dependências da POLICLÍNICA UNIVERSITÁRIA UNASP - CNPJ 43.586.056/0009-30/CNES3172899, localizada na Estrada de Itapeperica, 5859, Capão Redondo, São Paulo-SP, mantida pelo INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO – CNPJ 43.586.056/0001-82, mediante o “*Instrumento Particular de Convenio de Cooperação*” celebrado com a INSTITUIÇÃO PAULISTA DE EDUCAÇÃO E ASSISTENCIA SOCIAL.





## CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

Prestação de serviços ao SUS.

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS METAS

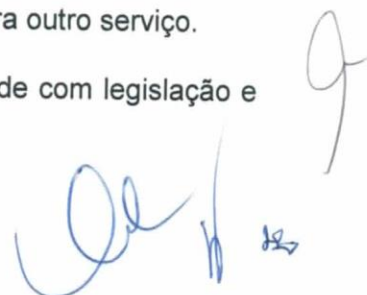
A Meta do presente é o descrito no PLANO DE TRABALHO (ANEXO II).

## CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA PARCEIRO

- Manter em vigência o “*Instrumento Particular de Convenio de Cooperação*” mencionado no parágrafo segundo da *CLÁUSULA PRIMEIRA–DO OBJETIVO* ou outra forma que comprove o vínculo da POLICLINICA com o HOSPITAL, sem que haja qualquer tempo descoberto de vinculação entre as mesmas.
- Executar as ações necessárias a consecução do objeto deste TERMO de acordo com as políticas, objetivos e diretrizes técnicas fixadas por SMS e/ou diretrizes estabelecidas na literatura científica atualizada, dentro da estrutura do PARCEIRO, seguindo a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Disponer o espaço físico necessário à execução do objeto deste termo.
- Disponer os recursos materiais e humanos necessários à execução do objeto deste termo.
- Seguir a política de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, observando suas normas, fluxos e protocolos pré-definidos e dispor a agenda de procedimentos no Sistema Integrado de Gestão de Atendimento - SIGA, bem como a confirmação de presença e registro de atendimento, entre outras funcionalidades.
- Identificar nos registros de atendimento do paciente o número do cartão Nacional de Saúde – CNS.
- Encaminhar para a Coordenadoria Regional de Saúde, até o 5º dia útil do mês seguinte ao da realização dos serviços, relatório dos serviços prestados.
- Os procedimentos constantes neste relatório deverão também ser apresentados, mensalmente, em meio magnético à SMS/Gerência de Processamento, conforme o cronograma de entrega estipulado e segundo as normas técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), onde serão registrados, no código Gratuito.
- Participar com os profissionais de SMS de reuniões de avaliação das atividades desenvolvidas.
- Desenvolver, conforme a possibilidade do **PARCEIRO**, outras atividades de saúde em conjunto com a SMS.



- Comunicar de imediato a SMS a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente TERMO.
- Preparar o paciente para a continuidade do tratamento, caso necessário durante o período de férias escolares do **PARCEIRO**.
- Conservar arquivo de documentação referente a este TERMO, deixando-o à disposição de SMS.
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.
- Manter atualizados os prontuários médicos e o arquivo médico e preservá-los pelo prazo de 20 (vinte) anos após o último registro, se em suporte de papel, e sob guarda permanente, se em registro eletrônico, ressalvados outros prazos previstos em lei.
- Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes.
- Atender os pacientes com dignidade, de modo universal e igualitário, mantendo qualidade na prestação de serviços, ações de acolhimento e humanização do cuidado.
- Justificar aos pacientes, ou aos seus representantes legais, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio.
- Esclarecer aos pacientes, ou a seus representantes legais, sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- Respeitar a decisão do paciente, ou de seu representante legal, de consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- Informar ao usuário do SUS, prévia e expressamente, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que decidirá de forma livre e esclarecida sobre sua participação na mesma.
- Disponibilizar, para fins de acompanhamento da execução dos serviços, avaliação e/ou auditoria, à equipe técnica de **SMS** o acesso às dependências onde o serviço é prestado e à documentação dos pacientes.
- Apresentar além dos documentos e dos relatórios das atividades já referidos, outros, sempre que solicitados por **SMS**.
- Responsabilizar-se tecnicamente pela atuação dos alunos nas ações aqui pactuadas e pelo atendimento ao paciente até a alta ou referencia do mesmo para outro serviço.
- Manter quantitativo de supervisores para os alunos em conformidade com legislação e diretriz pertinente.



- Prestar primeiro socorro ao paciente e se necessário encaminhá-lo para atendimento de urgência/emergência.

#### CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA SMS

- Participar das reuniões de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas.
- As obrigações específicas de SMS estão descritas no ANEXO I.

#### CLÁUSULA SEXTA – DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO OBJETO

Os profissionais envolvidos na consecução do objeto deste termo manterão seus vínculos pré-existentes com cada um dos partícipes, sem que haja qualquer previsão de remuneração extraordinária por parte de **SMS** ou do **PARCEIRO**.

§ 1º. **SMS** não reembolsará a **PARCEIRO** por eventuais custos de ampliação de sua equipe técnica, em função da execução do presente termo.

§ 2º. É de responsabilidade exclusiva e integral do **PARCEIRO**, no que tange a seus profissionais, os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para **SMS** ou para as Unidades de Saúde da PMSP, não implicando ainda em qualquer vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre **SMS** e a **PARCEIRO**.

§ 3º. É de responsabilidade exclusiva e integral do **PARCEIRO**, no que tange a atuação dos alunos/estagiários, inclusive quanto a obrigações legais, que em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para **SMS** ou para as Unidades de Saúde da PMSP.

#### CLÁUSULA SETIMA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA PARCEIRO

O **PARCEIRO** será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos de SMS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais, prepostos, preceptores, alunos, estagiários e supervisores, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

**Parágrafo primeiro:** A fiscalização e o acompanhamento da execução deste TERMO por órgãos de SMS não excluem nem reduzem a responsabilidade do **PARCEIRO**.



**Parágrafo segundo:** A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

#### **CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

O **PARCEIRO** deverá arcar diretamente com o custo do desenvolvimento das atividades com as quais se compromete por meio deste termo, não haverá ônus financeiro para a **SMS** em função do desenvolvimento das atividades objeto deste termo.

#### **CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA E DA EXTINÇÃO**

A presente **PARCERIA** é celebrada pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura deste termo, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses, se houver interesse das partes envolvidas.

§ 1º. Qualquer uma das partes, ao longo da vigência da presente **PARCERIA**, poderá denunciá-la mediante notificação prévia de 60 dias.

§ 2º. Na hipótese de término ou de extinção da presente **PARCERIA**, a **PARCEIRO** obriga-se a repassar a **SMS** todas as informações disponíveis sobre o objeto deste termo.

#### **CLÁUSULA DECIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**


Restam acordadas entre as partes as seguintes disposições:

- I. Tendo apresentado a **PARCEIRO** as certidões de regularidade perante a Previdência Social, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e a Municipalidade de São Paulo, obriga-se a atualizá-las periodicamente durante o prazo de vigência deste convênio;
- II. Aplica-se ao presente convênio, no que couber a Lei Federal nº 8.666/93 e as disposições contidas na legislação municipal, ficando eleito o foro de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes deste ajuste;
- III. Alterações no presente Termo de **PARCERIA** são possíveis mediante acordo entre as partes;
- IV. Extrato do presente termo será publicado no Diário Oficial do Município no prazo máximo de 20 dias, contados da data de sua assinatura.



E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente **TERMO DE PARCERIA** em quatro (04) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

São Paulo, 26 de novembro de 2014.

  
**CORMARIE GUMARÃES PEREZ**  
**CHEFE DE GABINETE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

  
**DORIVAL DUARTE DE LIMA**  
**DIRETOR TÉCNICO**  
**HOSPITAL ADVENTISTA DE SÃO PAULO**

TESTEMUNHAS:

  
Clóe Fragoso Camargo

RG nº 4.846.727-3

  
Sonia Hiroko Yamada

RG nº 9.439248-1

## ANEXO I

### A) Através da Coordenadoria Sistema Municipal de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação – CSMRCAA/Gerência de Controle:

- I. Realizar o acompanhamento administrativo do TERMO DE PARCERIA e encaminhar as alterações que se fizerem necessárias.
- II. Manter o arquivo da documentação deste TERMO.
- II. Receber mensalmente da Coordenadoria Regional de Saúde relatório dos serviços prestados, com o “a contento” ou não.

### B) Através da Coordenadoria Sistema Municipal de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação – CSMRCAA/Gerência de Regulação:

- I. Orientar a **PARCEIRO** a programação da agenda dos Sistemas de Informação do Município e disponibilizá-la para agendamento e registro de procedimentos;

### C) Através da Coordenadoria Sistema Municipal de Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação – CSMRCAA/Gerência de Processamento:

- I. Disponibilizar e orientar o **PARCEIRO** os Sistemas de Informação para processamento da produção.

### D) Através da Coordenadoria Regional de Saúde:

- I. Estabelecer as cotas dos procedimentos para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da respectiva Coordenadoria Regional de Saúde.
- II. Indicar o fluxo, a referência e o acesso aos procedimentos, conforme protocolos de encaminhamento.
- III. Avaliar planilhas de produção e relatórios técnicos encaminhados mensalmente pelo **PARCEIRO**.
- IV. Emitir relatório do SIGA-SAUDE, referente ao ofertado, agendado e atendido.
- V. Encaminhar relatório dos serviços prestados mensalmente até o décimo dia útil do mês subsequente à prestação de serviços a SMS/CSMCAA/Gerência de Controle, com o “a contento” ou não.
- VI. Acompanhar, supervisionar, orientar e fiscalizar as ações relativas a execução deste termo no âmbito local.

- VII. Comunicar de imediato a CSMRCAA/Gerência de Controle a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente termo.
- VIII. Participar das reuniões de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas sempre que solicitadas

## ANEXO II

### PLANO DE TRABALHO

Os atendimentos ambulatoriais especializado serão realizados na **POLICLINICA UNIVERSITARIA UNASP** – CNPJ 43.586.056/0009-30 – CNES 3172899.

Endereço: Estrada de Itapecerica da Serra, 5859 – Capão Redondo – São Paulo – SP.

#### 1. OBJETIVOS, METAS E GRONOGRAMA:

##### 1.1 GERAL:

Melhoria da saúde da população do Município de São Paulo, principalmente à população da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo.

##### 1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

Promover atendimentos ambulatoriais especializados.

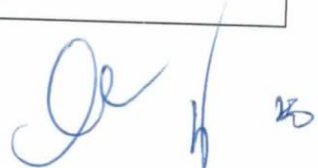
##### 1.3 METAS:

- o Realizar 6.400 (seis mil e quatrocentos) atendimentos de fisioterapia, em 8 (oito) meses, de forma gratuita à população;
- o Realizar 1.280 (um mil, duzentos e oitenta) atendimentos de nutrição, em 8 (oito) meses, de forma gratuita à população;
- o Realizar 1.792 (novecentos e noventa e dois) atendimentos de psicologia, em 8 (oito) meses, de forma gratuita à população.

##### 1.4 Cronograma anual de atendimento da Policlínica:

As consultas serão realizadas no período letivo e de funcionamento da Policlínica, compreendendo 8 (oito) meses do ano, quais sejam: março a junho e agosto a novembro, como segue:

MESES	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES
Janeiro	Recesso Acadêmico
Fevereiro	Recesso Acadêmico e Retorno das Atividades Administrativas
Março	Atendimento das Especialidades
Abril	Atendimento das Especialidades
Maio	Atendimento das Especialidades
Junho	Atendimento das Especialidades
Julho	Férias Acadêmicas
Agosto	Atendimento das Especialidades
Setembro	Atendimento das Especialidades
Outubro	Atendimento das Especialidades
Novembro	Atendimento das Especialidades
Dezembro	Fim do Período Letivo e Início do Recesso Acadêmico



## 2. SERVIÇOS:

### 2.1. FISIOTERAPIA (Ortopedia, Cardiologia/Pneumologia, Neurologia)

#### I. Atendimentos:

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTOS (Fisioterapia)	QUANTITATIVOS			
		Dia	Semana	Mês	Ano
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada(exceto médico) Consulta de Fisioterapia(*)	5	20	80	640
03.02.04.002-1	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas	3	12	48	384
03.02.05.001-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-operatório nas disfunções músculo-esqueléticas	5	20	80	640
03.02.05.002-7	Atendimento fisioterapêutico nas alterações Motoras	3	12	48	384
03.02.06.001-4	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas	5	20	80	640
03.02.06.003-0	Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuromotor	4	16	64	512
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	2	8	32	256
	Hidroterapia (direcionado para ortopedia)	21	84	336	2688
03.02.06.005-7	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-operatório de neurocirurgia	2	8	32	256
	<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>200</b>	<b>800</b>	<b>6400</b>

(\*) conforme disponibilidade de vagas.

#### I. Cronograma de procedimentos em Fisioterapia:

Procedimentos	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira
<u>Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)</u>	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-operatório nas disfunções músculo-esqueléticas	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico nas alterações Motoras	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuromotor	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	X	X	X	X
Hidroterapia	X	X	X	X
Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-operatório de neurocirurgia	X	X	X	X



**Obs:** O Paciente poderá ser encaminhado para outras especialidades de acordo com as vagas disponibilizadas para a parceria com o SUS.

## II. Protocolo de atendimento (Fisioterapia):

### ▪ Encaminhamento:

Os encaminhamentos serão agendados por todas as unidades de saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, de acordo com a disponibilidade de vagas, que serão contra-referenciados pela Policlínica.

### ▪ Perfil do paciente:

Serão admitidos para atendimento os pacientes com indicação clínica para o tratamento proposto.

### ▪ Faixa etária:

Podem ser admitidos para atendimento pacientes de qualquer faixa etária, inclusive recém-nascidos. Não há idade máxima para o atendimento.

### ▪ Sexo:

Serão atendidos pacientes de ambos os sexos.

### ▪ Modalidade de atendimento:

O atendimento proposto será realizado em regime AMBULATORIAL, contemplando procedimentos de baixa e média complexidade.

## III. Rotina de atendimento:

A rotina de atendimento observará a seguinte sequência:

▪ **Primeira consulta:** Realizada pelo profissional de cada área, que define a frequência de atendimento e plano terapêutico. Quando identificado que o paciente precisa de intervenção em outra área, o profissional responsável pelo atendimento fará o encaminhamento interno.

▪ **Atendimento Individual / Grupo:** Tem duração de 40 (quarenta) a 50 (cinquenta) minutos, com intervalo de 10 (dez) minutos entre cada atendimento.

Durante a realização do tratamento e/ou após a alta, se o paciente precisar de encaminhamento para outra especialidade objeto deste Projeto, este será encaixado nas vagas disponíveis ou na próxima agenda a ser disponibilizada, para dar continuidade ao tratamento. O encaminhamento para o atendimento nas especialidades oferecidas acima será feito pelas Unidades de Saúde, que serão a contra-referência da Policlínica.

▪ **Avaliação:** Realizada através de instrumentos desenvolvidos por cada profissional em sua área específica.

▪ **Alta:** Concedida quando o paciente adquire sua autonomia ou total restabelecimento. Pacientes da área de ortopedia terão direito a 10 (dez) sessões de fisioterapia. Ao término das 10 (dez) sessões, o fisioterapeuta responsável pelo atendimento poderá estender o atendimento por mais 10 (dez) sessões, se necessário. Ao término das sessões, o paciente será encaminhado para a unidade solicitante. Pacientes da modalidade de Neurologia serão acompanhados pelo período de 02 (dois) semestres letivos, sendo certo que, ao término desses períodos de tratamento, os pacientes serão encaminhados para a unidade solicitante.



#### IV. Infraestrutura para Fisioterapia:

- **Sala de Neurologia:** sala destinada ao atendimento de pacientes com quadros neurológicos. A sala contém 2 (dois) boxes e equipamentos como Eletroestimulação (FES), 3 (três) tablados, 1 (um) negatoscópio, 1(uma) maca, 1(uma) escada para treino de marcha, escada digital.
- **Sala de Pediatria:** destinada ao atendimento de crianças com sequelas neurológicas e/ou estimulação neuropsicomotora, forrada com EVA; os alunos entram com propé, brinquedos diversos, bola de bobath.
- **Setor de Ortopedia:** destinado ao atendimento das disfunções músculo esquelético.
- **Boxes de atendimentos:** São 10 (dez) unidades destinadas, preferencialmente, ao atendimento individualizado de pacientes, realizado pelos alunos do último ano (dois últimos períodos do curso de Fisioterapia) e nos tratamentos de pacientes vinculados às disciplinas de Fisioterapia Aplicada, especialmente os relacionados à disciplina de disfunções musculoesqueléticas, Desportiva. Cada boxe dispõe de maca e escada, mesa de apoio de aparelhos e lixeira. Há 4(quatro) equipamentos de Ultrassom(USG), 2(dois) Eletroestimuladores (FES), 1(um) Néurodin, 6 (seis) Ondas- curtas, 1 (um) Micro-ondas, 2(dois) Laser, 3(três) banhos de parafina.
- **Ginásio de Cinesioterapia:** Área destinada à execução de exercícios diversos, contendo materiais de mecanoterapia (espaldar, prono-supinador, escadas para treino de marcha, bastões, bola de Pilates e Bobath, halters, tablado, escada digital.
- **Hidroterapia e Área Molhada:** Piscina adaptada e aquecida – 8,00 X 19,00 x 1,50 m, e 1,20 m de lâmina d'água, 2(dois)turbilhões, 2 (dois) vestiários contendo vaso sanitário, pia e chuveiro (masculino e feminino), adaptados segundo as normas da ABNT e 2(duas) banheiras de hidromassagem.
- **Sala de Cardiopulmonar:** sala destinada à prevenção de complicações respiratórias e reabilitação de pacientes com comprometimento pulmonar e/ou cardíaco e metabólicos. Contém rede de oxigênio, negatoscópio, esteira ergométrica, torpedo de oxigênio pequeno, oxímetro de pulso, frequenciômetro, monitorização cardíaca, inaladores, Pressão Positiva em vias áreas (CPAP).
- **Dimensionamento de pessoal:** A equipe é composta por 6 (seis) profissionais e 20 (vinte) auxiliares.

#### 2. 2. NUTRIÇÃO:

##### I. Atendimentos:

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTOS (Nutrição)	QUANTITATIVOS			
		dia	Semana	mês	ano
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico) Consulta Nutricional (*)	4	20	80	640
01.01.04.002-4	Avaliação Antropométrica	4	20	80	640
<b>TOTAL</b>		<b>8</b>	<b>40</b>	<b>160</b>	<b>1280</b>

(\*) conforme disponibilidade de vagas.



## II. Cronograma de procedimentos em Nutrição:

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO					
Procedimentos	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
Consulta Nutricional	X	X	X	X	X
Avaliação Antropométrica	X	X	X	X	X

**Obs:** O paciente poderá ser encaminhado para outras especialidades de acordo com as vagas disponibilizadas para a parceria objeto deste Projeto.

## III. Protocolo de atendimento:

- **Encaminhamento:** Os encaminhamentos serão agendados por todas as unidades de saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, de acordo com a disponibilidade de vagas, que serão contra-referenciados pela Policlínica.
- **Perfil do paciente:**  
Serão admitidos para atendimento os pacientes com indicação clínica para o tratamento proposto.
  - **Faixa etária:** Podem ser admitidos para atendimento pacientes de todas as idades.
  - **Sexo:**  
Serão admitidos pacientes de ambos os sexos.
  - **Modalidade de atendimento:**  
O atendimento proposto será realizado em regime AMBULATORIAL, contemplando procedimentos de baixa complexidade.

## IV. Rotina de atendimento:

A rotina de atendimento observará a seguinte sequência:

- **Primeira consulta:** Realizada pelo profissional que orienta como se dará o atendimento.
- **Atendimento Individual/Grupo:** O paciente receberá orientações práticas e em material impresso sobre os bons hábitos alimentares já na primeira consulta do ciclo de tratamento. A segunda consulta ocorrerá com um intervalo de 7 (sete) dias da primeira consulta. As demais 4 (quatro) restantes serão de 15 (quinze) em 15 (quinze) dias, completando assim o ciclo de 6 (seis) consultas do tratamento.

A primeira consulta terá a duração de 1 (uma) hora, pois serão realizados os primeiros procedimentos de anamnese e avaliação do quadro do paciente, bem como as orientações alimentares. O paciente deverá apresentar os exames bioquímicos, se já tiverem sido solicitados pelo médico, para as devidas intervenções.

As outras 5 (cinco) consultas serão realizadas com a duração de 30 (trinta) minutos cada, com avaliação dos resultados e alta do paciente na sexta consulta.

Algumas consultas poderão ser realizadas em grupo, e havendo mais de 3 (três) faltas o paciente será desligado dos atendimentos, devendo solicitar junto à Unidade de Saúde nova consulta para reinicialização do tratamento conforme a disponibilidade da agenda.



- **Avaliação:** Realizada através de instrumentos desenvolvidos pelo profissional da área específica.
- **Alta:** Esta se dará após conclusão do ciclo de atendimento proposto

Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

FASES DO CICLO DE VIDA	ÍNDICES
Crianças < 10 anos*	Peso / Idade; Altura / Idade; Peso / Altura
Adolescentes* $\geq$ 10 anos e < 20 anos	IMC percentilar
Adulto*	IMC Relação Cintura – Quadril
Idosos ** $\geq$ 60 anos	IMC
Gestantes***	IMC por semana gestacional

\* Fonte: Para criança, adolescente e adulto: WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.

\*\* Fonte: Para o idoso: LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, 21 (1): 55-67, 1994.

\*\*\* Fonte: Para gestante: ATALAH, E. et al. Validation of a new chart for assessing the nutritional status during pregnancy. First draft, 1999.

ATALAH E et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997.

Pontos de corte (P/I) estabelecidos para crianças menores de 7 anos.

#### V. Infraestrutura para Nutrição:

- **Sala de estudo:** local destinado para discussão de caso, pesquisa, evolução e acompanhamento do paciente, dispendo de 4 (quatro) computadores, uma balança fixa e uma balança portátil, adipômetro e esfignomanômetro.
- **Consultório:** São disponibilizados 3 (três) consultórios para realização das avaliações, orientações e intervenções. Há em todos os consultórios modelos de talheres, pratos e copos e pirâmide alimentar.
- **Dimensionamento de pessoal:** A equipe é composta por 1 (um) profissional e 4 (quatro) auxiliares.



## 2.3 PSICOLOGIA:

### I. atendimentos:

Código SUS	PROCEDIMENTOS (Psicologia)	QUANTITATIVOS			
		dia	semana	mês	ano
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico) - Consulta de Psicologia (*)	5	25	100	800
03.01.04.004-4	Terapia individual	5	25	100	800
03.01.08.016-0	Atendimento em Grupo Terapêutico (4 horários mensais atendendo a 10 pacientes totalizando 40 Proc./mês)	1	1	4	32
02.11.10.001-3	Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico	1	5	20	160
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>	<b>56</b>	<b>224</b>	<b>1792</b>

(\*) conforme disponibilidade de vagas.

### II. Cronograma de procedimentos em Psicologia:

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTOS DE PSICOLOGIA						
Procedimentos	Domingo	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
Consulta de Psicologia		X	X	X	X	
Terapia individual		X	X	X	X	X
Atendimento em Grupo Terapêutico	X					
Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico		X	X	X	X	X

**Obs:** O paciente poderá ser encaminhado para outras especialidades de acordo com as vagas disponibilizadas para a parceria objeto deste Projeto.

### III. Protocolos de atendimento:

- **Encaminhamento:** Os encaminhamentos serão agendados por todas as unidades de saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, de acordo com a disponibilidade de vagas, que serão contra-referenciados pela Policlínica.

- **Perfil do paciente:**

Serão admitidos para atendimento os pacientes com indicação clínica para o tratamento proposto.

- **Faixa etária:**

Serão atendidos pacientes com idade mínima de 2 (dois) anos, não havendo idade máxima para o atendimento.



- **Sexo:** Serão atendidos pacientes de ambos os sexos.
- **Modalidade de atendimento:** O atendimento proposto será realizado em regime AMBULATORIAL, contemplando procedimentos de baixa complexidade.

#### **IV. Rotina de atendimento:**

A rotina de atendimento observará a seguinte sequência:

- **Triagem:**

O tempo de atendimento será de 50 (cinquenta) minutos, uma vez por semana, com no máximo 3 (três) encontros, tendo uma supervisão entre cada atendimento. Ao final o paciente poderá ser encaminhado a algum serviço já oferecido.

Durante a realização do tratamento e/ou após a alta, se o paciente precisar de encaminhamento para outra especialidade, objeto deste Projeto, este será encaixado nas vagas disponíveis ou na próxima agenda a ser disponibilizada, para dar continuidade ao tratamento.

- **Psicodiagnóstico:**

O tempo de atendimento será de 50 (cinquenta) minutos, uma vez por semana, com supervisão entre cada terapia e duração do tratamento de 6 (seis) a 8 (oito) sessões com entrevistas e testes. Estes serão recomendados pelo supervisor e a última sessão é a devolutiva, na qual o terapeuta apresenta os diagnósticos e resultados e propõe as intervenções.

- **Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).**

#### **Procedimentos:**

❖ **Grupo Terapêutico:** O tempo de atendimento será de 1h30 min., uma vez por semana, com no mínimo 4 (quatro) e no máximo 12 (doze) participantes adulto e crianças, sendo que as crianças e os pais são atendidos simultaneamente em lugares distintos, com supervisão entre cada terapia, tendo no mínimo 12 (doze) e no máximo 16 (dezesesseis) promovendo a alta do paciente, podendo o mesmo ter novo atendimento no semestre seguinte, conforme a orientação do supervisor.

❖ **Psicoterapia individual Breve:** O tempo de atendimento será de 50 (cinquenta) minutos, com intervalo de 10 (dez) minutos entre um paciente e outro. Cada paciente será atendido uma vez por semana, tendo uma supervisão entre cada terapia. A duração do tratamento será de no mínimo 12 (doze) e no máximo 16 (dezesesseis) sessões, quando será promovida a alta do paciente, podendo o mesmo ter novo atendimento no semestre seguinte conforme a orientação do supervisor.

- **Avaliação:** conforme descrito no procedimento.
- **Alta:** conforme descrito no procedimento.

#### **V. Infraestrutura para Psicologia:**

A **Policlínica Universitária** é equipada com vários ambulatórios destinados a realizar os atendimentos de Psicologia conforme a seguinte descrição:



- **Consultórios:** 6 (seis) salas contendo mesa e cadeira, relógio de mesa e caixa de lenço, sendo uma das salas com divã.

- **Brinquedoteca e sala de espelho:** sala ampla com tapete, um almoxarifado para brinquedos e jogos diversos, para todas as faixas etárias.

- **Dimensionamento de pessoal:** A equipe é composta por 4 (quatro) profissionais com 30 (trinta) auxiliares.

A Policlínica dispõe de estrutura de acessibilidades para atendimento a pacientes com deficiência, não dispondo, entretanto, de estrutura para o atendimento a pacientes com deficiências da fala, auditivas e visuais.

### 3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

O Projeto será monitorado e controlado semanalmente através da Equipe Administrativa do Hospital, a fim de que atinja os objetivos e metas propostos.

Serão utilizados 2 (dois) meios para monitoramento e avaliação do projeto: a Agenda Eletrônica (sistema disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde) e o sistema de controle interno do Hospital.

Ao final dos 12 (doze) meses do projeto, será feito um relatório final de avaliação dos resultados.

### 4. DISPOSIÇÕES FINAIS:

Os procedimentos ora propostos serão disponibilizados para todo o território da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, compreendendo os distritos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade.

Os encaminhamentos serão realizados de acordo com os protocolos específicos e diretrizes do SUS, sendo certo que o agendamento inicial será realizado pelas Unidades de Saúde e os agendamentos de retorno serão feitos pela Policlínica, de acordo com a agenda interna da mesma. A ausência ao primeiro atendimento implicará no reagendamento, pelo próprio paciente, diretamente junto à respectiva Unidade de Saúde.

As vagas serão reguladas pela Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, a partir do encaminhamento pela Unidade de Saúde, através do sistema SIGA, com acompanhamento mensal da frequência pela Supervisão Técnica.

Ao término do processo terapêutico (para todos os atendimentos e especialidades propostos), a devolutiva será feita através de ficha de referência e contra-referência para a Unidade de Saúde de origem.

A política de atendimento, contemplando o processo de admissão e alta e/ou desligamento do paciente bem como o plano de trabalho proposto, observará os protocolos internos da Policlínica, descritos na Cartilha do Paciente (Anexo), que é parte integrante deste.

Quanto aos atendimentos de Nutrição, serão priorizados os casos de desnutrição, sobrepeso e obesidade, observado, em todos os casos, o conteúdo programático do curso.

Para os atendimentos de Fisioterapia, a admissão dos pacientes dar-se-á em três áreas gerais (ortopedia, neurologia e cardio-respiratória), com o direcionamento interno para adequação aos procedimentos oferecidos de acordo com a necessidade de cada paciente. Serão priorizados os casos de menor gravidade devido ao período restrito de acompanhamento (período letivo).

Em relação aos atendimentos de Psicologia, a abordagem se dará através de terapia breve e Grupo terapêutico. A solicitação de agendamento deverá ser feita pela Unidade de Saúde com relatório em que conste: queixa, situação familiar e outras relações sociais, além



de outros tratamentos de saúde em andamento, mantida tal abordagem se houver necessidade de retorno aos serviços de saúde dessa natureza.

As estratégias de intervenção objeto deste plano de trabalho serão pautadas pela conduta interdisciplinar e integrada entre as Unidades de Saúde e a Policlínica, considerando-se, ainda, no processo de cuidado, o contexto familiar e comunitário.

A agenda, em todas as especialidades propostas, será configurada de acordo com os CID's de baixa e média complexidade.

Durante o recesso escolar na Policlínica, os pacientes em tratamento e/ou seus acompanhantes receberão, por escrito, orientações para a prática de exercícios e cuidados que podem ser realizados em ambiente residencial, de forma a preservar a continuidade do tratamento.



## ANEXO – CARTILHA DO PACIENTE

### INTRODUÇÃO

Esta cartilha destina-se a pacientes, acompanhantes e familiares. A sua finalidade é prestar informações esclarecedoras sobre a utilização da Policlínica Universitária, sendo um instrumento facilitador para a convivência comum neste ambiente, permitindo assim a construção em conjunto de nossas ações, na busca constante da qualidade dos serviços de atenção à saúde por nós prestada.

#### MISSÃO

Ajudar na promoção da saúde em seus aspectos físicos, mentais, sociais e espirituais, por meio da excelência do cuidar humanizado seguindo o modelo do Mestre Jesus.

#### VISÃO

Ser uma Policlínica Universitária que se torne modelo de gestão em saúde, integralizando todos os processos do cuidar.

#### VALORES

Ética, como princípio básico.  
Calor humano, na relação terapeuta-paciente-colaborador.  
Qualidade no ensino e serviço.  
Compromisso na excelência do atendimento.

Somos uma instituição particular, sem vínculo governamental, vocacional e filantrópica. A Policlínica foi inaugurada em abril de 2001, com a finalidade de servir e atender bem os clientes da região do Capão Redondo e vizinhança, nos serviços ambulatoriais de baixa complexidade. Estamos construídos numa área de 1.684,82m<sup>2</sup>, oferecendo os seguintes serviços: **FISIOTERAPIA** (Neurologia Adulto, Neurologia Infantil, Cardiopulmonar, Ortopedia, Hidroterapia, Recursos Terapêuticos Naturais, Recursos Terapêuticos Manuais), **NUTRIÇÃO**, **PSICOLOGIA**, **ENFERMAGEM E LABORATÓRIO DE FIOLOGIA DO EXERCÍCIO- LAFEX**.






## FALE CONOSCO

A OUVIDORIA da Policlínica Universitária, é um canal mais próximo de você para receber críticas, elogios e sugestões pelos nossos serviços e instalações. Nosso objetivo é promover uma comunicação com o paciente, para juntos construirmos um atendimento cada vez melhor. Nosso e-mail: [policlinica.sp@unasp.edu.br](mailto:policlinica.sp@unasp.edu.br).

## QUAIS SÃO SEUS DIREITOS?

1. Atendimento humanizado, afetivo e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, livre de qualquer tipo de discriminação.
2. Ser identificado pelo nome.
3. Saber quem está realizando o atendimento, seu nome e função com identificação de forma legível.
4. Receber informações sobre seu tratamento, evolução e recuperação extensiva aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível.
5. Ser esclarecido se o tratamento é experimental ou faz parte de pesquisa, se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.
6. Não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia.
7. As crianças e adolescentes têm seus direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e os idosos pelo Estatuto do Idoso.
8. Caso precise de acompanhante. NÃO trazer crianças, somente adulto, pois não temos como oferecer segurança e cuidados as mesmas.
9. Ao ser solicitado trazer algum tipo de exames por imagem já realizado, para auxílio na conduta do tratamento, NUNCA deixar com o terapeuta.
10. Receber ou recusar assistência aqui prestada de qualquer categoria profissional e religiosa.
11. Garantia do sigilo profissional de seus dados.
12. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações, denúncias e críticas à ouvidoria, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

## QUAIS SÃO OS SEUS DEVERES?

1. Zelar pela própria saúde.
  2. Ter sempre consigo seus documentos pessoais com foto, para fornecer na recepção e resultados de exames que permanecem em seu poder.
  3. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas sobre sua condição de saúde atual e passada.
  4. Comunicar se entendeu ou não as orientações e esclarecimentos oferecidos pelo profissional de saúde.
  5. Colaborar com os profissionais de saúde, fornecendo a eles todas as informações necessárias à obtenção de um correto tratamento.
  6. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações fornecidas pela equipe de saúde.
  7. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico.
  8. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente da Policlínica, NÃO falar alto e nem entrar em outras salas que não seja solicitado.
  9. Não fazer o uso de fumo (Lei nº 9.294, de 15/07/96) e de bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente.
-   

10. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais clientes e colaboradores da Policlínica.
11. No caso de duas (02) faltas consecutivas injustificadas ou de três (3) faltas alternadas justificadas, o desligamento será feito automaticamente, tendo que retornar para fila de espera e aguardar seu acesso novamente aos nossos serviços, na readmissão se tiver a mesma postura suspensão por um (01) ano para ter acesso novamente.
12. Ao ter conhecimento de nossa cartilha de orientação, se realizar algum descumprimento que seja considerado grave, pela gestão, seu desligamento será automático.
13. Caso faça uso dos espaços da hidroterapia, cumprir a orientação de entrar pelo vestiário e passar pelo chuveiro tomando banho OBRIGATORIAMENTE antes de entrar na piscina (Decreto 13.795 de 10/08/79).
14. Faz-se OBRIGATORIO o encaminhamento do pedido médico e de exame médico, este último no caso da utilização da piscina, para os atendimentos em Fisioterapia.
15. Observar e cumprir este Manual e as demais normas pertinentes a Policlínica Universitária do UNASP-C1.

#### **DEVERES DO ACOMPANHANTE**

- ✓ Não fumar no ambiente da Policlínica;
- ✓ Jamais sentar, deitar ou colocar o pé nas macas ou tablados dos pacientes;
- ✓ Não interferir no tratamento do cliente que está sendo tratado;
- ✓ Respeitar as regras de funcionamento da Policlínica;
- ✓ Não mexer nos aparelhos e equipamentos;
- ✓ Não se dirigir a outros ambientes não autorizados;
- ✓ Falar em tom de voz baixo e respeitar os direitos dos outros clientes;
- ✓ Em caso de dúvidas, procurar orientação com os colaboradores da Policlínica;
- ✓ Em caso de sugestão e/ou reclamações, enviar e-mail, telefonar ou entrar em contato com a coordenação.

#### **MATERIAL DE USO PESSOAL**

Ao utilizarem as dependências da Hidroterapia, Recursos terapêuticos Manuais (RTM) ou Recursos Terapêuticos Naturais (RTN), trazer materiais de uso pessoal conforme a necessidade de cada setor: pente, toalha de banho, shampoo e condicionador para cabelos, sabonete, desodorante, roupa íntima e chinelo.

TELEFONES: 2128-6340 Policlínica Recepção/2128-6100 Atendimento ao Cliente

#### **Referência Bibliográfica**

- BRASIL. Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- BRASIL. Estatuto de Idoso, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; 2007.



**Centro Universitário Adventista de São Paulo**

Estrada de Itapecerica da Serra, 5859 Cep.05858-001 E-mail: [ouvidoria@unasp.edu.br](mailto:ouvidoria@unasp.edu.br)

**Policlínica Universitária**

Estrada de Itapecerica da Serra, 5859 Cep.05858-001 E-mail: [policlinica.sp@unasp.edu.br](mailto:policlinica.sp@unasp.edu.br)

**Termo de Consentimento Informado – Para todos os Clientes, acompanhantes e familiares.**

Eu, \_\_\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, Setor de atendimento \_\_\_\_\_ li e compreendi que a finalidade desta Cartilha é de prestar informações esclarecedoras sobre a utilização da Policlínica Universitária, sendo um instrumento facilitador para a convivência comum neste ambiente, permitindo assim a construção em conjunto de nossas ações, na busca constante da qualidade dos serviços de atenção à saúde por nós prestada.

1. Concordo com seu objetivo e comprometo-me em cumprir as exigências e orientações que recebi.
2. Assumo a punição cabível caso ocorra algum descumprimento de minha parte; \_\_\_\_\_

Cliente ou Responsável (Nome legível e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Orientador da Cartilha (Nome legível e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Coordenadora da Policlínica (Nome legível e assinatura)

