

Proposta Técnica com vista à celebração de **Contrato de Gestão** objetivando o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução das Ações e Serviços prestados no **Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga/SP**; em consonância com as Políticas de Saúde do SUS e Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga/SP (SMS Jacupiranga/SP); pelo prazo de 12 meses; de forma contínua e ininterrupta; 24 horas por dia, sete dias por semana; com Metas de Desempenho claramente definidas; que assegurem assistência universal, gratuita e de qualidade à população de Jacupiranga/SP. Conforme disposições do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE PROCESSO DE SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE Nº 002/2025.



SUMÁRIO

ITEM	DESCRIÇÃO	PÁG
1	PROPOSTA TÉCNICA	3
2	DESCRIÇÃO DA ENTIDADE PROPONENTE	3
2.1	APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE HUMANIDADE E PESQUISA (ISHP)	3
2.2	DOCUMENTAÇÕES/CREDENCIAIS DO ISHP	6
2.3	EXPERIÊNCIA DO ISHP EM GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE	6
3	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	7
4	OBJETIVOS	9
4.1	OBJETIVO GERAL	9
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
5	PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	11
6	ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES	12
7	INFORMAÇÕES SOBRE OPRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JACUPIRANGA	13
8	ESCOPO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JACUPIRANGA/SP	15
8.1	EXAMES COMPLEMENTARES	17
8.2	EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS	17
8.3	NOVAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO E PLANOS ESPECIAIS	18
9	GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	19
9.1	RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL	21
9.2	GESTÃO DO TRABALHO	25
9.3	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	26
9.3.1	EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ISHP	29
9.4	AValiação DE DESEMPENHO	32
10	SAÚDE DO TRABALHADOR	35
10.1	PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO)	35
10.2	SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)	38
11	MODELO ASSISTENCIAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	44
12	FLUXOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE (EIXO VERDE, EIXO VERMELHO, SALA DE OBSERVAÇÃO E LEITOS DE OBSERVAÇÃO)	78
13	REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA	84
13.1	FLUXOS DAS PRINCIPAIS DEMANDAS QUE CHEGAM ÀS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	86
14	GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	95
14.1	NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE	95
14.2	NÚCLEO DE SEGURANÇADO PACIENTE	96
14.3	NÚCLEO DE VIGILÂNCIA	98
14.4	PROPOSTAS DE ATIVIDADES VOLTADAS À QUALIDADE	98
15	COMISSÕES A SEREM IMPLANTADAS	103
15.1	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)	103
15.2	COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	107
15.3	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	112
15.4	COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS	118
15.5	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)	123
16	LOGÍSTICA DE INSUMOS	136
16.1	IMPLEMENTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE INSUMOS	144
17	PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO	150
18	CONTROLE PATRIMONIAL	172
19	GESTÃO DA FARMÁCIA	174
19.1	FORNECIMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	174
20	MANUTENÇÃO PREDIAL	177
21	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	180
22	SEGURANÇA PATRIMONIAL E PESSOAL	186
23	SISTEMA DE INFORMAÇÃO	188
24	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E/OU EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	198

270

1. PROPOSTA TÉCNICA

O **Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa**, doravante denominado “**ISHP**”, vem respeitosamente apresentar a esta Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga/SP (SMS Jacupiranga/SP), a **Proposta Técnica** para participação no Edital do **Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga**, CNES 2078309, de propriedade do município de Jacupiranga/SP.

DO OBJETO:Proposta de Trabalho para a Prestação de Serviços Técnicos de Administração, Gerenciamento e OperacionalizaçãodoProntoAtendimento Municipal de Jacupiranga; conforme disposições do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO DE PROCESSO DE SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE Nº 002/2025. Contendo o Plano de Trabalho, e detalhando a metodologia a ser implantada pelo Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa (ISHP); com o objetivo de assegurar a continuidade e a qualidade da Assistência em Urgência e Emergência; 24 horas por dia, 07 dias por semana; conforme Termo de Referência e demais Anexos do Edital.

2. DESCRIÇÃO DA ENTIDADE PROPONENTE

2.1. APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE, HUMANIDADE E PESQUISA (ISHP)

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa (ISHP) é uma entidade sem fins lucrativos, certificada como Organização Social pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, com experiência na Gestão em Saúde, tendo iniciado suas atividades em 2013, contando com escritórios na cidade do Rio de Janeiro/RJ.

Temos, por finalidade estatutária, a realização de atividades nas áreas de saúde, educação, ensino, esporte, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação de meio ambiente, arte e cultura, desenvolvimento social.

O ISHP almeja ser referência nacional na Gestão de Serviços Públicos e Privados, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade, por meio da utilização de ferramentas modernas de gestão; do desenvolvimento de soluções tecnológicas; com profissionais altamente qualificados de diversas áreas; tendo como foco a atuação sustentável, ética e transparente.

Os objetivos da instituição são voltados para a promoção da qualidade dos serviços prestados à sociedade; gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los, buscando a redução de despesas consideradas desnecessárias e definindo prioridade nos gastos e

manutenção daqueles necessários à operacionalização dos serviços.

No ano de 2014, o ISHP celebrou uma parceria com o Governo do São Paulo, juntamente com a Santa Casa de Misericórdia – Capivari, como Consultoria Hospitalar. Em 2020 assumiu a Gestão Hospitalar do Hospital SAMAR SA em Porto Velho/RO.

Para a Diretoria do ISHP e seus Associados, participar do presente Edital é uma grande oportunidade de contribuirmos mais uma vez na melhoria para o usuário do SUS no município de Maricá/RJ, motivo da nossa existência como Organização Social.

Para este trabalho estamos propondo reunir profissionais com grande experiência nas áreas da Administração, Economia e da Assistência à Saúde; com o objetivo de tornar o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga referência no acolhimento e prestação de serviços no SUS; bem como pelo modelo de governança social.

Entre os diferenciais da Proposta gostaríamos de destacar em especial: Modelo de Gestão Integrada com foco em Valor; Gestão e Organização do Trabalho das Equipes Médicas e Interdisciplinares. A filosofia de trabalho do ISHP é focada na Humanização do Atendimento e no Compromisso Social; com comprovada experiência em Gestão de Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade.

Foram definidos como princípios básicos a serem observados em todas as suas contratações e aquisições de bens e serviços, os mesmos previstos no Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal do Brasil: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e principalmente, eficiência¹.

¹ Inciso XXI, Art. 37 da Constituição Federal, de 1988

MISSÃO VISÃO E VALORES DO INSTITUTO DE SAÚDE, HUMANIDADE E PESQUISA

MISSÃO

Prover soluções integradas e profundamente humanizadas em saúde, educação e meio ambiente, tocando a vida de cada pessoa com cuidado, respeito e dedicação.

VISÃO

Ser reconhecido, no Brasil e internacionalmente, como um farol de esperança e excelência na gestão integrada de saúde, educação e sustentabilidade.

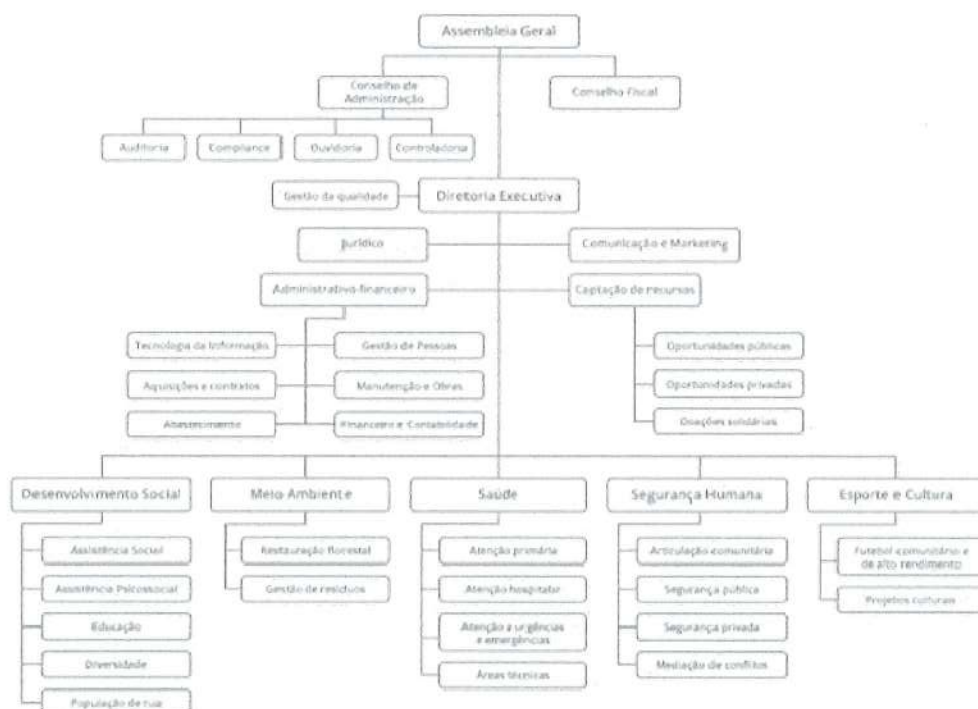
VALORES

- Humanização;
- Integridade;
- Excelência;
- Sustentabilidade;
- Compromisso Social.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura organizacional do ISHP está representada por profissionais altamente qualificados em suas funções, para lidar com a condução dos objetivos do Instituto; conforme seu Organograma Instrucional a seguir.

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DO ISHP



2.2.DOCUMENTAÇÃO/CREDENCIAIS DO ISHP

O ISHP possui todas as Credenciais necessárias junto ao poder público na Área da Saúde, o que o habilita a ser contratado para atuar na Administração de Projetos; na Prestação de Serviços, celebrados por intermédio de Convênios e Contratos; com instituições nacionais e estrangeiras, conforme **Documentação Anexa** que demonstra sua expertise, experiência e seriedade.

2.3. EXPERIÊNCIA DO ISHP EM GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Resumo de Experiências do ISHP no Gerenciamento e Administração de Serviços de Urgência e Emergência e Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade

Unidade de Saúde	Município	Início das Atividades	Tempo de Execução	Urgência e Emergência	Observações Complementares
Santa Casa de Misericórdia de Capivari	Capivari/SP	2014	11 Anos	Urgência e Emergência, Internação e Ambulatório	Consultoria Hospitalar
Hospital SAMAR SA	Porto Velho/RO	2020	05 Anos	Urgência e Emergência e Ambulatório de Atenção Primária em Saúde	Gestão Hospitalar
Hospital Casa de Saúde São Bento	Rio de Janeiro/RJ	2022	03 anos	Clínica Médica Cirurgia Geral Centro Diagnóstico e de Imagem Ambulatório	Gestão Hospitalar

Os **Atestados de Capacidade Técnica**, que comprovam o **Tempo de Atuação do ISHP na Gestão de Serviços de Saúde**, em parceria com o Setor Público se encontram em **Documentação Anexa**, da mesma forma que a **Documentação das Credenciais do ISHP** exigidas no presente Edital.



3. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Gestão do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, objeto do presente Edital requer a adoção pela Contratada de um Modelo de Gestão orientado para resultados, que contemple, no mínimo, os seguintes institutos gerenciais:

- a) Sistema de Planejamento Estratégico no nível da Unidade e das respectivas Redes Assistenciais;
- b) Gestão baseada em Processos e Projetos;
- c) Sistema de Prestação de Contas por Desempenho.

Tal Modelo, por sua vez, exige a clara definição de responsabilidades gerenciais em todos os níveis de Gestão; e a pactuação de compromissos internos e com a Administração Pública, relativamente ao alcance de Metas de Eficiência Gerencial e Resultados Assistenciais, em termos de Qualidade e Produtividade. Tais mecanismos deverão possibilitar ainda o Monitoramento e Avaliação pela Contratante, com base em Indicadores de Desempenho Assistenciais e de Gestão.

A Organização Social, através da absorção da gestão e execução dessas atividades, terá como propósito obter economicidade, a vantajosidade e a sua efetividade para o Município de Jacupiranga/SP, na promoção da prestação de serviços.

Para tanto, dentre outras diretrizes, deverá prover serviços de melhor qualidade; favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços; sem se descuidar dos princípios que regem a Administração Pública, naquilo que for aplicável; ampliar a capacidade decisória dos Gestores da Unidade e/ou Serviços e implantar um Modelo de Gerenciamento dentro da concepção de Administração por Objetivos; onde preponderam os Resultados Alcançados face às Metas Pactuadas.

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS é almejada a adoção de um Modelo de Gestão que atenda às necessidades da população; obedecendo a critérios prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os Processos dos Serviços; para minimizar a demanda reprimida e melhorar a qualidade de serviços ofertados.

O Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa (ISHP) tem como pressupostos prestar Serviços de Saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça; cor; religião ou orientação sexual. Garantindo uma assistência igualitária; sem privilégios de qualquer espécie e com tratamento individualizado, personalizado e acolhedor.

O novo Modelo de Gestão e o novo *modus operandi*, que o ISHP propõe para a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, seguirão os princípios da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída pela Portaria GM Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Além do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido pela Portaria GM Nº 2048, de 05 de Novembro de 2002; e a Portaria Ministerial Nº 1.601, de 07 de julho de 2011, que estabelece Diretrizes para Implantação dos Componentes de Unidades de Pronto Atendimento e o conjunto de Serviços de Urgência 24hs da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

O Modelo Gerencial proposto deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde; preservando a missão da Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga/SP (SMS Jacupiranga/SP). Tal Modelo Gerencial visa à maior eficiência e qualidade dos serviços prestados, com ênfase na otimização da Gestão; maior agilidade logística nos processos de trabalho; associada à redução dos custos, através da utilização dos recursos de forma racional e respeitando os princípios técnicos e de Humanização do Atendimento.

O Plano de Trabalho aqui apresentado pelo ISHP, está baseado na análise das demandas e necessidades locais e regionais, face ao grau de adequação de oferta assistencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Jacupiranga/SP.

A Proposta se sustenta em 02 Pilares:

- Reorganização da infraestrutura assistencial e processos de atendimento no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga;
- Fortalecimento das 04 Linhas do Cuidado prioritárias da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Jacupiranga/SP, quais sejam: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Trauma e Choque Séptico, em consonância com a Política Nacional de Urgência e Emergência;

Diante do exposto, a Organização Social Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa (ISHP) vem, por meio deste Plano de Trabalho, se comprometer a prestar uma gestão de excelência no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, com atendimento de qualidade e estratégias de gestão baseadas em economicidade e agilidade, preservando a saúde; zelando pela segurança e a qualidade de vida da população de Jacupiranga/SP.



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

O Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa (ISHP) tem como Objetivo Geral gerenciar; operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga. O atendimento aos pacientes se dará de acordo com o grau de complexidade da assistência e capacidade física e operacional da Unidade; assim como as Diretrizes e Protocolos do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), em regime de 24 horas/dia, 07 dias por semana. Garantindo o Atendimento de Urgência e Emergência; Atendimento Ambulatorial e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Adotar um Modelo de Gestão que atenda às necessidades da população do município de Jacupiranga/SP e região do entorno, calcado em resultado, melhorando o atual sistema, tornando mais céleres os processos de serviços; otimizando a qualidade ofertada e assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

- Garantir a qualidade na execução dos Serviços de Saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar um Modelo Gerencial voltado para resultados;
- Buscar a eficiência, eficácia e efetividade no Modelo de Gestão da Saúde, adotado no Município, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS;
- Assegurar a conformidade com as Políticas Nacionais e Estaduais de Referência, conforme as normativas estabelecidas pelo MS e pela SES/SP, especialmente no que se refere à Atenção às Urgências e Emergências;
- Assegurar a prestação de Serviços de Saúde abrangendo atendimentos de Urgência e Emergência de Média Complexidade, conforme as diretrizes técnicas e normativas vigentes. Nesse escopo, incluem-se os procedimentos de Média Complexidade destinados à população adulta e pediátrica, no âmbito ambulatorial compreendendo:
 - a) Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto Atendimento Adulto, Obstétrico e Pediátrico;
 - b) Atendimento Ambulatorial em especialidades médicas e não médicas, conforme elencadas no Edital; e



- c) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), de acordo com as demandas assistenciais dos pacientes internados e ambulatoriais.
- Garantir a prestação integral dos Serviços de Diagnóstico, Tratamento, Acompanhamento aos usuários do SUS, assegurando que as Unidades disponham, de forma própria e/ou mediante contratação, de todos os Serviços e Equipamentos necessários para o pleno atendimento das demandas assistenciais;
 - Implementar novos Serviços Assistenciais, conforme demanda apresentada pela Contratante, em alinhamento com as estratégias definidas pelo MS e SES/SP, visando suprir as necessidades de atendimento aos usuários do SUS, observada a capacidade técnica e estrutural do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga;
 - Ampliar, conforme manifestação de interesse da Contratante, outras modalidades assistenciais; seja pela introdução de novas Atividades Diagnósticas e/ou Terapêuticas, ou inclusão de novos Serviços/Especialidades. Essas modalidades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas pela SMS Jacupiranga/SP, bem como a exclusão de atividades existentes, conforme necessidade;
 - Promover a execução do pactuado no Contrato de Gestão, bem como gerir a aplicação dos recursos públicos e dos bens públicos com observância aos princípios da legalidade, legitimidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade, eficiência e eficácia;
 - Garantir a guarda adequada, a organização e a integridade dos Prontuários dos Pacientes, bem como de todos os demais documentos relacionados à prestação dos Serviços de Saúde. Tanto os já existentes na Unidade, quanto àqueles que vierem a produzir durante a vigência do Contrato. Essa responsabilidade deverá ser exercida em conformidade com as Normas Éticas e Legais vigentes, especialmente as disposições do Conselho Federal de Medicina (CFM); do Código de Ética Médica; da Lei Nº 13.787/2018, que dispõe sobre a digitalização e o uso de Sistemas Informatizados para a guarda de Prontuários; da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais Nº 13.709/2018 – LGPD; bem como demais normas que venham a complementá-las ou substituí-las;
 - Realizar, às suas expensas ou mediante pactuação específica com o ente público, as obras necessárias para a adequação, reforma ou ampliação da Unidade; desde que previamente autorizadas pelo Poder Público concedente; e em conformidade com as legislações urbanísticas, sanitárias, ambientais, de acessibilidade e de segurança vigentes;



- Adotar medidas de acessibilidade para pessoas com deficiência, ou mobilidade reduzida e idosas;
- Prever a cobertura das Escalas de Trabalho, a fim de garantir que todos os Serviços não sofram descontinuidade por ausência ou impedimento de comparecimento dos profissionais contratados;
- Adotar, implementar e manter atualizados os Protocolos de Segurança do Paciente; conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde; pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais normativas vigentes. Com estrutura adequada para o Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação contínua das ações de segurança assistencial.

5. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

O presente Plano de Trabalho foi desenvolvido para propor o gerenciamento, operacionalização e execução das Ações e Serviços de Saúde no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, de propriedade do município de Jacupiranga/SP, contemplado no presente Edital, visando à implantação e implementação de um novo conceito em Serviço Público de Saúde, a partir de um novo Modelo de Gestão. Baseado em Gestão Participativa e voltada para Resultados; com foco na Gestão da Qualidade e observando as Políticas Públicas voltadas para a Regionalização da Saúde; preservando a missão da SMS Jacupiranga/SPe respeitando os Princípios do SUS da Integralidade, Universalidade e Equidade; buscando a Qualidade Integral na Prestação de Serviços, de forma humanizada, eficaz e resolutiva.

A necessidade premente de complementar a oferta de Serviços Assistenciais, com objetivo de reduzir a demanda reprimida é mandatória, e influencia diretamente a ampliação do acesso universal aos Serviços Assistenciais, que devem ser disponibilizados pelo SUS.

Outros óbices à administração eficiente, eficaz e efetiva são as dificuldades da Administração Direta na realização das adequações/obras de infraestrutura necessárias na Unidade; além da aquisição de equipamentos. A agilização na gerência destes recursos materiais é fundamental para a melhor assistência ao paciente com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida. Tais dificuldades surgem durante a execução dos Processos Administrativos.

Para o gerenciamento, operacionalização e execução das Ações e Serviços de Saúde no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, contempladas no presente Edital, o Instituto



de Saúde, Humanidade e Pesquisa (ISHP) utilizará diferentes estratégias voltadas para a modernização e excelência em Gestão; com o compromisso de atender ao interesse público e promover uma aliança entre a população e o município, assegurando a assistência universal e gratuita à população usuária do SUS.

O Modelo Gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas em consonância com normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), mediante Decretos, Portarias, Resoluções e Normas Sanitárias.

A prática será voltada à realização de atividades publicáveis, mediante qualificação específica e gestão participativa; onde todos os atores que estarão envolvidos darão ênfase aos Resultados e à Qualidade na prestação dos serviços. De forma que os recursos financeiros sejam utilizados buscando a redução de despesas consideradas desnecessárias; e definindo prioridade nos gastos e manutenção daqueles necessários à operacionalização das atividades.

A gestão do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga será realizada por Equipe Técnicas devidamente qualificadas, preparadas e selecionadas para este propósito, a fim de otimizar a utilização dos recursos e os processos gerenciais.

O Plano de Trabalho será desenvolvido no sentido de adotar um Modelo de Gestão que atenda às necessidades da população local, tornando mais céleres os processos de trabalho e otimizando a qualidade dos Serviços ofertados, assegurando o alcance dos seguintes objetivos:

- Qualidade na execução dos Serviços de Saúde e atendimento a população;
- Ofertar ao usuário SUS assistência humanizada;
- Implantar um Modelo de Gerência voltado para Resultados;
- Garantir a assistência mais rápida, minimizando complicações do quadro clínico e maior deslocamento dos usuários.

6. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades assistenciais, bem como os processos de trabalho devem ter seu início e término focados na QUALIDADE. Sob qualquer outra ótica, o objetivo poderá sofrer interferência, produzindo um resultado não esperado, não atingindo, portanto a Satisfação do Usuário, assim como dos próprios colaboradores do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga.

Atualmente já se observa o direcionamento das ações voltadas para a Avaliação do Desempenho, norteadas por Indicadores e Metas de Qualidade, mobilizando para a aplicação de Programas de Qualidade nas Organizações de Saúde, como objetivo de maximizar o desempenho gerencial e melhorar a eficiência dos Serviços.

Como metodologia para obter e garantir uma Assistência de Qualidade, como recursos e tecnologias disponibilizados no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, torna-se obrigatória uma Gestão Participativa e Integrada; com o envolvimento dos colaboradores das diversas áreas, discutindo problemas e apresentando soluções.

A Qualidade da Assistência no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga será avaliada através de Indicadores Objetivos, que dependem de parâmetros concretos; com a finalidade de demonstrar numericamente o desempenho técnico e dos processos de tratamento desenvolvidos na Unidade ou ainda, através de Indicadores Subjetivos, os quais são obtidos através de Pesquisa de Satisfação do Paciente, por exemplo, onde registramos a voz do paciente, como importante referencial da Qualidade percebida.

A utilização dos Indicadores de Qualidade Subjetivos para avaliar a assistência prestada aos pacientes no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga será de fundamental importância para alcançarmos os resultados esperados. Dessa forma, o presente Plano de Trabalho terá desde seu início o foco na percepção do paciente sobre a Satisfação, no que diz respeito à prestação do cuidado.

Toda equipe de médicos e demais colaboradores do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga serão responsáveis pela tarefa de rastrear a Qualidade da Assistência, uma vez que está diretamente ligada aos cuidados para com os pacientes, durante 24 horas do dia, 07 dias por semana.

7. INFORMAÇÕES SOBRE O PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JACUPIRANGA

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga está localizado à Rua Eunice Carneiro Paula, Nº 101. Bairro Centro, CEP 11.940-000. Está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Nº 2078309, desde 01/06/2004. Tendo suas últimas informações atualizadas na Base Local em 02/10/2025; e na Base Nacional em 11/01/2026., de onde extraímos as informações que seguem.

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, que presta atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza Clínica, e pode prestar os primeiros socorros aos casos



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

Na condição de serviço público, o Pronto Atendimento está vinculado tecnicamente à Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga/SP (SMS Jacupiranga/SP); com finalidade de acolher e atender de portas abertas a todos os usuários que buscarem assistência; através da demanda espontânea ou referenciada.

A Unidade de Saúde presta Serviços 24 horas por dia, 07 dias por semana; contando com atendimento Médico e de Enfermagem à pacientes em situações diversas de saúde; contemplando todas as faixas etárias; ininterruptamente e abrangendo os Atendimentos de Urgência e Emergência, bem como Serviços de Apoio Diagnóstico, em toda extensão territorial do município de Jacupiranga/SP.

Segundo o Edital, o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga possui aproximados 1.900,00m² e dispõe de estrutura física e operacional que permite a manutenção de pacientes, com o objetivo de garantir a elucidação diagnóstica; acompanhamento, e definição do fluxo assistencial adequado.



Número de Ambientes no Pronto Atendimento Municipal, Jacupiranga/SP, 2025.

Ambiente	Quantidade
Procedimentos	1
Emergência com 2 leitos	1
Recepção	1
Acolhimento para classificação de risco	1
Consultório Médico	2
Banheiro Usuários Feminino com 2 sanitários	1
Banheiro Usuários Masculino com 2 sanitários	1
Banheiro Usuários Feminino PNE com 1 sanitário	1
Banheiro Usuários Masculino PNE com 1 sanitário	1
Observação Adulto Masculino - 5 leitos	1
Observação Adulto Feminino - 4 leitos	1
Observação Pediátrica - 4 leitos	1
Isolamento - 1 leito	1
Soroterapia - 6 poltronas	1
Raio-X	1
Almoxarifado	1
Farmácia	1
Medicação	1
Posto de Enfermagem	1
Morgue (necrotério)	1
Expurgo (Roupa Suja)	1
Equipamentos	1
Rouparia (Roupa Limpa)	1
Copa	1
Depósito de Material de Limpeza	1
Descanso Médico	1
Descanso Enfermagem	1
Inalação	1
Coleta	1
Exames (ECG)	1
Refeitório	1
Curativo e sutura	1
Administrativo (RH, Enfermagem RT)	2
T.I	1
Gerência	1
Espera para RX	1
SAME (Serviço Atendimento Médico e Estatísticas)	1
Gerador externo	1
Lavanderia	1
Arquivo Morto	1
Consultório de Ortopedia com Sala de Imobilização	1
Desembarque de Ambulância	1
Central de Gases	1

Fonte: Edital

8. ESCOPO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JACUPIRANGA/SP

Os procedimentos a serem realizados no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga podem incluir:

- Administração de medicação oral e/ou parenteral;
- Administrar medicamentos segundo o protocolo de dor torácica;
- Oxigenoterapia por dispositivos que atendam as demandas do paciente;
- Controle das vias aéreas com dispositivos não invasivos (cânula orofaríngea, cânula nasofaríngea) e invasivos, (cânula de cricostomia, tubo orotraqueal, cânula de



traqueostomia e máscara laríngea), incluindo dispositivos para via aérea difícil;

- Ventilação não invasiva por CPAP e BPAP;
- Ventilação invasiva com ventilador microprocessado que possua recurso de ventilação a volume e a pressão;
- Sondagem gástrica, nasoenteral e vesical.
- Inserção/ punção cateteres central.
- Curativos e suturas;
- Inserção/ punção cateteres periféricos.
- Aconselhamento pré e pós Teste Rápido para HIV/Sífilis e hepatites;
- Consulta médica e prescrição de Kit medicamentoso para PEP;
- Coleta de sangue, urina e swab oral e nasal para doenças de interesse epidemiológico, conforme a legislação vigente;
- Eventualmente outros procedimentos de enfermagem e/ou médico poderão ser necessários e sua realização deve respeitar o atendimento das necessidades integrais do usuário dentro do escopo de atuação dos serviços de Pronto Socorro.
- Outros procedimentos de enfermagem e ou médicos poderão ser incluídos neste hall de acordo com a inclusão de novas tecnologias nos serviços de saúde ou conforme preconizado pela SMS.
- Atendimento Pré Hospitalar via telefone 192, com motorista socorrista habilitado em Atendimento pré hospitalar para realização de suporte básico de vida, imobilizações e outras atribuições correlatadas.

Em todos os procedimentos realizados devem ser seguidas as normas de biossegurança vigentes, inclusive o uso adequado de Equipamentos de Proteção individual (EPI).

Casos de sondagem Nasoenteral de usuários atendidos pela Atenção Primária de Saúde que necessitem de confirmação do posicionamento da sonda serão realizados pelo Pronto Socorro.

Casos de sondagem vesical com tentativas frustradas de realização e casos de sondagem Nasoenteral encaminhados da Atenção Básica para Pronto Socorro, por maior complexidade identificada pelo profissional, poderão ser absorvidos desde que haja encaminhamento prévio por escrito e contato telefônico prévio com Enfermeiro plantonista.

8.1. EXAMES COMPLEMENTARES

Serão realizados no Pronto Socorro, exames Laboratoriais, eletrocardiograma, cardiotocografia e RX. Em situações excepcionais, como em períodos de epidemias ou conforme plano de contingência aprovado pela SMS poderá ser autorizada a solicitação de exames complementares por profissional de enfermagem, desde que prevista em Protocolo Oficial validado pela autoridade sanitária e respeitadas as atribuições legais da categoria.

O serviço de Raio X, contará, minimamente, com um 01 (um) Técnico de Raio X no plantão diurno e 01 (um) Técnico de Raio X plantão noturno, devendo ter 01 (um) Responsável Técnico pelo Serviço.

8.2. EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS

A prestação de serviços de Exames de Análise Clínica compreende em coleta, transporte, realização dos exames, fornecimento de material e insumos para atender as necessidades do Sistema Municipal de Saúde de Juquiá.

A emissão do resultado em Sistemas Próprios deve ocorrer em 01h00 para Enzimas Cardíacas e até 1h45 minutos para os demais exames, devendo o médico solicitante orientar o paciente a aguardar o resultado para uma avaliação médica mais segura e isenta de riscos.

OBS: O tempo citado acima se refere ao tempo total entre a coleta e liberação do resultado.

Relação de Exames de Análises Clínicas a Serem Ofertados por Ano

Item	Procedimento	Descrição	Estimativa Exames/Ano
1	02.02.01.031-7	Dosagem de creatinina	1.836
2	02.02.05.001-7	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1.800
3	02.02.01.063-5	Dosagem de sódio	1.488
4	02.02.01.060-0	Dosagem de potássio	1.464
5	02.02.01.032-5	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK)	1.332
6	02.02.02.015-0	Determinação de velocidade de hemossedimentação (VHS)	1.188
7	02.02.01.036-8	Dosagem de desidrogenase láctica	1.008
8	02.02.01.018-0	Dosagem de amilase	708
9	02.02.01.020-1	Dosagem de bilirrubina total e fracos	600
10	02.02.01.046-5	Dosagem de gama- glutamil-transferase (GAMA GT)	600
11	02.02.01.042-2	Dosagem de fosfatase alcalina	468
12	02.02.01.021-0	Dosagem de cálcio	384
13	02.02.01.033-3	Dosagem de creatinofosfoquinase fração (CKMB)	372
14	02.02.01.047-3	Dosagem de glicose	348
15	02.02.02.014-2	Determinação de tempo e atividade da protrombina (TAP)	252
16	02.02.02.013-4	Determinação de tempo Tromboplastina parcial ativada (TTPA)	192
17	02.02.06.021-7	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (HCG, beta HCG)	180
18	02.02.01.062-7	Dosagem de proteínas totais e frações	110
19	02.02.01.012-0	Dosagem de ácido úrico	48
20	02.02.08.004-8	Bacilos copia direta p/baar tuberculose	12
21	02.02.01.039-1	Dosagem de ferro sérico	12

Fonte: Edital

8.3. NOVAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO E PLANOS ESPECIAIS

Se ao longo da execução das atividades relacionadas neste Termo de Referência e de comum acordo, a CONTRATADA se propuser ou for requisitada a realizar outros tipos de modalidades, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de Planos especiais para determinado tipo de especialidade ou pela introdução de novas categorias de exames Laboratoriais, estas atividades somente poderão ser implantadas pela Unidade com a aprovação prévia da Secretaria Municipal de Saúde, após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade e sua orçamentação econômico-financeira.

A introdução de novas modalidades assistenciais, especialidades médicas, planos específicos ou categorias de exames complementares deverão ser previamente aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante análise técnica. Tais atividades deverão ser quantificadas e orçadas separadamente da rotina contratual.

Qualquer sugestão de ajuste ou ampliação de escopo contratual emitida pela Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão deverá ser submetida à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga/SP antes de sua implementação.



9. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

O Edital determina as Equipes Mínimas para o desenvolvimento de trabalho técnico, administrativo e operacional indispensáveis, presentes na Unidade e capacitados para o atendimento, contratada ou cedida, em consonância com o disposto na Portaria de Consolidação GM/MS Nº03/2017, ou outra que venha a substituí-la:

Equipe Técnica Multidisciplinar

Profissionais	Carga Horária	Quantidade
Médicos Plantonistas	Plantão de 12 horas	02 médicos/diurno e 02 médicos/noturno
Médico Ortopedista	16 h/semanais	1
Médico Ginecologista	16h/semanais	1
Nutricionista	30 h/semanais	1
Enfermeiro	12/36h semanais	08 enfermeiros diurno e 05 noturno (COFEN 2025)
Farmacêutico	12/36h semanais	3
Técnico de Enfermagem	12/36h semanais	8
Técnico de Enfermagem (SAMU)	12/36h semanais	5
Técnico em Imobilização Ortopédica	40 horas semanais	1

Fonte: Edital

Gerência Técnica – Administrativa

Profissionais	Carga Horária	Formação	Quant.
Gerente Administrativo	40 horas	Agente administrativo, formação em nível superior na área da Saúde, Administração ou Recursos Humanos e experiência mínima de 12 meses ano na área de Saúde.	1
Analista Administrativo	40 horas	Agente administrativo com formação nível técnico em Recursos Humanos ou Contabilidade com experiência na área de Saúde e experiência de 12 meses.	1
Auxiliar Administrativo	40 horas	Agente administrativo com experiência 12 meses em Recursos Humanos ou Logística ou Administração – nível técnico.	3
Coordenação Médica/Diretor Técnico	20 horas	Médico com experiência em Direção Técnica comprovada.	1
Médico radiologista	04 horas	Médico com RQE em radiologia, com experiência em exames diagnósticos por imagem.	1

Fonte: Edital

Apoio Operacional

Profissionais	Escolaridade Experiência	Quant.
Auxiliar de limpeza	Nível Médio	9
Controlador de Acesso	Nível Médio	5
Recepção	Nível Médio	7
Cozinheiro – 12h Diurno	Com experiência – Nível Fundamental	3
Auxiliar de Cozinha– 12h Diurno	Com experiência – Nível Fundamental	2
Auxiliar de Manutenção predial	Nível Médio com experiência em Elétrica e Hidráulica	1
Auxiliar de Lavanderia	Nível médio	2
Motoristas de Ambulância	Nível médio com experiência e cart. Habilitação D e cursos de direção necessários.	5

Fonte: Edital

A Gestão de Recursos Humanos (GRH) é um processo organizacional complexo, cujo objetivo final é a aplicação de práticas gerenciais que contribuam para a eficácia organizacional e que através destas se consiga atingir os melhores resultados da organização como um todo.

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa (ISHP) acredita que as pessoas constituem o maior patrimônio da empresa e o principal instrumento de realização de sua missão e visão organizacional. Por essa razão, desde o início vem buscando estabelecer políticas inovadoras na Gestão de Recursos Humanos (GRH) a fim de promover cada vez mais a valorização e o reconhecimento de seus profissionais.

O Plano da Gestão de Recursos Humanos (PGRH) propõe alinhar-se de forma compartilhada para as melhorias de resultados, baseando-se em orientação e na construção de atitudes positivas com os clientes internos e externos do ISHP.

De forma estruturada, são delegadas às Divisões, objetivos e responsabilidades, que buscam permanentemente facilitar uma abordagem mais próxima dos Gestores e Equipes para:

- Orientações e apoio às lideranças;
- Identidade de gerenciamento participativo, num modelo de liderança empreendedora;
- Fortalecimento da importância de motivar pessoas e reter talentos que agreguem valor aos resultados;
- Estimular um ambiente criativo e inovador.

Nossas Diretrizes sobre Recursos Humanos se expressam através de:

- Competência e profissionalismo na seleção, contratação, integração, alocação e promoção dos Recursos Humanos;
- Busca constante da excelência dos serviços prestados aos clientes, por programas sistematizados de acompanhamento e avaliação de resultados;
- Manutenção de programas de treinamento, reciclagem e desenvolvimento técnico gerencial que proporcionem conhecimentos profissionais aprimorados e atualizados; Prioridade aos integrantes do seu quadro de provimento de funções mais complexas, desde que demonstrem a qualificação e as competências necessárias;
- Busca de melhoria da qualidade de vida pela manutenção de programas de benefícios sociais;



- Promoção e manutenção do bom ambiente de trabalho e suprimento dos meios adequados à execução dos trabalhos.

RESPONSABILIDADES

As responsabilidades da Gestão dos Processos, Projetos e Programas estão inseridas nas ações da Gerência de Gestão de Pessoas, voltadas para as atividades de: Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Benefícios, Remuneração, Saúde e Segurança do Trabalhador.

Adotando um conceito de parceria com as lideranças que desenvolvem, avaliam e implementam os programas alinhados as metas e objetivos do Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa nas seguintes divisões:

GESTÃO DE PESSOAS – Compete promover condições favoráveis à valorização e bem-estar do colaborador, ampliando a capacidade de respostas às demandas implementadas para os profissionais lotados as unidades e aos programas de gestão, através de reuniões e visitas educativas, realizadas semanalmente nas unidades de saúde e/ou na Sede.

Também compete à Gestão de Pessoas descrever, planejar e implementar Normas e Instrumentos para práticas de Gestão, coordenando as Ações de Desenvolvimento dos colaboradores do Instituto.

9.1. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

A Área de Gestão de Pessoas tem dentre suas competências a implementação da Política de Recrutamento e Seleção. Ou seja, tratar de toda Contratação de Colaborador, que deverá ser precedida de Processo Seletivo, o qual deve atender os princípios da transparência, da moralidade e da economicidade; estando devidamente compatibilizado com a natureza e os termos da Lei das Organizações Sociais; com os padrões de mercado e com a necessidade dos Serviços.

A área de Gestão de Pessoas do Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa é responsável pela execução e coordenação dos Processos de Recrutamento e Seleção.

TIPOS DE SELEÇÃO DE PESSOAL SIMPLIFICADA

Processo Seletivo Público – O Processo Seletivo Público é pautado em critérios objetivos de avaliação e realizar-se-á com pelo menos uma prova escrita, que poderá ser objetiva ou discursiva. Atender, no que couber, aos princípios constitucionais da administração pública e será documentado através de Edital.

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Público.

A área de gestão de pessoas do Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa cuidará para que não haja contratações de colaboradores em detrimento à ordem de classificação de Processos Seletivos Públicos em aberto. Constará expressamente em todas as informações do Processo Seletivo Público a data de sua divulgação no meio elegido pelo Edital.

Será assegurado aos portadores de necessidades especiais direito de reserva de percentual de vagas do Processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir. Não será exigido Processo Seletivo Público para contratação de cargos de chefia, direção e confiança.

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa poderá contratar terceiros para organizar e realizar o Processo Seletivo Externo e poderá cobrar taxa de inscrição destinada ao custeio dos processos seletivos públicos.

A execução e coordenação dos processos seletivos deverão ser de responsabilidade da Área de Gestão de Pessoas, que selecionará os profissionais que demonstrarem maior qualificação e capacidade para o exercício do segmento de carreira e/ou função a ser preenchido, através de um conjunto de técnicas previamente selecionadas e ajustadas à melhor forma de avaliação dos requisitos definidos para cada cargo. Entretanto em qualquer processo seletivo a chefia requisitante deverá participar desde a definição/complementação dos requisitos da vaga, ao acompanhamento das etapas de avaliação e na decisão final da escolha dos profissionais.

No provimento, através de recrutamento e seleção externa, de qualquer posição, o enquadramento salarial, como regra, ocorrerá no degrau inicial, podendo excepcionalmente ser aprovado pela área de Gestão de Pessoas em conjunto com a Direção, o enquadramento em degrau superior, quando o profissional comprovar. Experiência anterior de alto interesse para a organização e atender plenamente aos critérios de qualificação profissional para o cargo.

Processo Seletivo Simplificado – O Processo de Seleção Simplificado será regido para o exercício de atividades de auxílio necessário para alcançar as atividades e finalidades fundamentais previstas em Contratos de Gestão acordado pelo Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa com a Administração Pública de Saúde.

A área de gestão de pessoas avaliará a necessidade de contratação por esta modalidade respeitando o cronograma das etapas de seleção acordado com o gestor de área.

A seleção ocorrerá por meio de triagem de candidatos externos, através de análise curricular. Serão elegíveis somente os candidatos que atendam ao perfil descrito e que apresentam os pré-requisitos estipulados na divulgação da vaga.

O Processo de Seleção ocorre mediante as seguintes Etapas: Prova de conhecimentos específicos e/ou técnica com nota mínima estipulada para aprovação, entrevista individual, avaliação comportamental realizada por psicólogo, dinâmicas de grupo e pesquisa cadastral no e-Social. A decisão final de contratação será tomada pelo gestor da vaga, com apoio do Assistente de RH responsável pela vaga, considerando o desempenho do candidato em todas as etapas da seleção.

O retorno para os candidatos, aprovados ou reprovados, deverá ser feita através de e-mail e em casos de aprovação final, o Assistente de RH responsável pela vaga deverá entrar em contato também, pelo telefone registrado (fixo ou celular).

Talento Nós Fazemos em Casa – O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa a fim de estimular o crescimento profissional realiza o processo seletivo interno. A escolha do profissional obedecerá a cronograma das etapas de seleção acordado entre o assistente de RH e o gestor da vaga.

A seleção ocorrerá por meio de triagem de candidatos internos, através de análise curricular. Serão elegíveis somente os candidatos que atendam ao perfil descrito e que apresentam os pré-requisitos estipulados na divulgação da vaga. Além disso, será analisado o histórico profissional dos candidatos.

A etapa de seleção ocorre mediante as seguintes etapas: Prova de conhecimentos específicos e/ou técnica com nota mínima estipulada para aprovação, entrevistas individual, avaliação comportamental realizada por psicólogo, dinâmicas de grupo e pesquisa cadastral no e-social. A decisão final de contratação será tomada pelo gestor da vaga, com apoio do Assistente de RH responsável pela vaga, considerando o desempenho do candidato em todas as etapas da seleção.

O retorno para os candidatos, aprovados ou reprovados, deverá ser feita através de e-mail e em casos de aprovação final, o Assistente de RH responsável pela vaga deverá entrar em contato também, pelo telefone registrado (fixo ou celular).

Para efeito de folha de pagamento, a transição de função ocorrerá no primeiro dia do mês seguinte à transferência/promoção. Em caso de aprovação de candidato interno à vaga em questão, deverá ocorrer uma negociação de prazo para transferência, entre gestão atual e futura, intermediada pelo assistente de RH. A reposição do empregado escolhido deverá ocorrer mediante prazos negociados entre a área e o assistente de RH responsável pelo processo.

Processo Seletivo Para Médico – No caso dos médicos, o Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa vem buscando parcerias adotando estratégias para garantir o quadro de equipes completas. Desta forma, as vagas são divulgadas no site do CFM, redes sociais, hospitais e instituições de ensino, divulgando presencialmente nas principais universidades, participamos de congressos na área da saúde e eventos como colação de grau, onde divulgamos nossos programas, ofertando a todas vagas disponíveis. Interagimos com outras organizações sociais de saúde onde há uma ajuda mútua na captação dos profissionais médicos.

No processo de Recrutamento e Seleção utilizamos critérios pré-estabelecidos de perfis que atendam às expectativas internas e dos usuários.

Priorizamos o perfil de profissionais com foco em atendimento humanizado, acolhedor e com competências técnicas exigidas para exercer tal função. Utilizamos ferramentas que nos auxiliam numa análise mais assertiva do perfil comportamental, objetivando a qualidade dos serviços prestados e a retenção desses profissionais.

Todos os profissionais médicos passam por uma dupla avaliação, técnica e comportamental, e são apresentados aos programas antes da oficialização da contratação, para que conheçam a realidade da unidade. Desta forma, o Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa consegue captar com agilidade e eficiência profissionais compatíveis ao perfil pelo cargo e garantir que as equipes estejam sempre completas.

9.2. GESTÃO DO TRABALHO

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL/ DEPARTAMENTO DE PESSOAL – Compete executar e supervisionar todas as atividades relativas à Folha de Pagamento; Controle e Registros de Dados Funcionais; Pagamentos de acordo com a Política de Remuneração, Controle de Registro de Ponto Eletrônico e Benefícios, obedecendo e aplicando Regulamentações Trabalhistas e Normas Internas.

Esta área cuida da parte burocrática e se assegura que todas as legislações trabalhistas sejam cumpridas, evitando assim complicações jurídicas. O RH atua de maneira mais ampla, concentrando-se na Gestão de Pessoas e no Desenvolvimento Organizacional. As funções do DP são, portanto, consideradas uma subárea dentro do contexto mais amplo do RH.

Em contrapartida, a eficiência na Gestão do Trabalho depende da coordenação adequada entre as duas unidades. Problemas em uma área podem impactar negativamente o ambiente de trabalho e a moral da equipe. Por isso, um fluxo de trabalho harmonioso e a comunicação clara são indispensáveis.

Além disso, a Gestão do Trabalho deve, cada vez mais, se estabelecer como parceira estratégica do negócio, atuando junto às outras áreas e à Direção das Unidades pelo sucesso da organização. O cuidado com essa atividade deve ser redobrado, porque é o custo mais alto com pessoas dentro das Organizações.

Acabou o tempo em que a Folha de Pagamento era fechada manualmente. O ISHP propõe implantar um Sistema de Folha de Pagamento eficiente. Tal investimento vale a pena, uma vez que o retorno é a otimização de Processos e a recompensa financeira.

Otimizar cada uma das tarefas operacionais transforma processos minuciosos em processos eficientes, ágeis e mais estratégicos. A utilização de um Sistema contribui muito para a melhoria da administração de pessoal.

A Gestão do Trabalho tem também a função de acompanhar os vencimentos:

- Do período de experiência, para verificar a efetivação ou não do recém-contratado;
- De contratos de estagiários, funcionários temporários e aqueles com contrato por tempo determinado quando for o caso;
- Dos períodos de férias, evitando o vencimento do segundo período;
- Da assinatura do aviso de férias com pelo menos 30 dias de antecedência do início, entre outras situações.

Muitos desses controles servem como um lembrete aos Gestores. As decisões são tomadas em conjunto, como, por exemplo, sobre efetivar ou não um recém-contratado. Assim, a Gestão do Trabalho acaba sendo também uma parceira estratégica do negócio, o que com certeza gera muitas vantagens para a organização.

Os Desligamentos fazem parte de qualquer rotina organizacional e a equipe de Gestão do Trabalho deve ter uma visão analítica. Ao Gestor cabe o papel de comunicar. Já à Gestão do Trabalho deve:

- Calcular as Verbas Rescisórias;
- Fazer Provisão dos Custos;
- Homologar o Desligamento;
- Revisar cada detalhe a fim de que aquela demissão não retorne como um processo trabalhista.

Nessa mesma perspectiva, monitorar Indicadores como o Tempo Médio de Contratação e a Taxa de Retenção pode fornecer insights valiosos para otimizar as práticas de Recrutamento e Seleção, bem como melhorar os Processos de Admissão.

9.3. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (CAPACITAÇÃO CONTINUADA)

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa constituirá o **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** nas Unidades, com a finalidade de garantir formação, qualidade profissional e Educação Permanente aos colaboradores da saúde na instituição.

O Centro de Estudos possui papel importante e estratégico que assegure a continuidade das ações educativas nas Unidades de Saúde. Responsável pela pesquisa, inovação em saúde, além da difusão de conhecimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde e de políticas de educação. Este setor trabalhará de forma integrada com o Núcleo de Educação Permanente.

A Política Nacional de Educação Permanente do SUAS (PNEP), instituída pela Resolução Nº 4, de 13 de março de 2013, colocou para os entes federativos a responsabilidade de elaborar seus respectivos Planos de Educação Permanente, dentro dos parâmetros de ação estabelecidos para estados, distrito federal e municípios.

OBJETIVOS DO NEP

- Promover Programas de Formação e Qualificação Profissional de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, instituída pelas Portarias GM/MS Nº 198/2004 e Nº 1.996/2007 (PCR Nº 2, 2017), considerando as necessidades de cada setor/serviço;
- Ser um núcleo multiplicador e estimular a criação de equipes multiplicadoras do conhecimento em cada serviço/setor;
- Identificar profissionais com experiência prática e/ou teórica em temas pertinentes para o serviço, criando a possibilidade de compartilhamento de saberes, conhecimento e conteúdo relevante para outros profissionais da unidade, potencializando a capacidade educacional de cada unidade de saúde;
- Desenvolver e aprimorar, de forma participativa e multidisciplinar as ações de educação de acordo com o perfil assistencial da Instituição e voltadas para as necessidades dos usuários.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO NEP

- Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão;
- Apoiar e cooperar tecnicamente os Colegiados Interfederativos Regionais para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilidade das iniciativas estaduais no campo de educação na saúde, visando à integração das propostas;
- Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde;
- Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

- Assessorar o Colegiado Interfederativo Estadual (CIE) nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- Contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações estratégicas relativas à Educação na Saúde, constantes no Plano Estadual de Saúde.

OPERACIONALIZAÇÃO

- Execução, incentivo e apoio de atividades de formação de profissionais em saúde, incluindo estagiários e residentes nas diversas áreas de atuação, observando o que estabelece a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Artigo 15º que dispõe como atribuição dos Estados a execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- Disponibilizar espaços físicos e serviços da unidade para desenvolvimento de estágios, observando o que estabelece a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Artigo 27º que dispõe que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa;
- Garantir que todos os profissionais deverão passar por cursos, atualizações e adequações a novos Protocolos, com comprovação de frequência e certificado;
- Garantir estrutura física, equipamentos básicos (computador, multimídia, projetor, materiais de escritório, telefone e internet) e equipe para a condução dos processos de formação e educação em saúde;
- Observar a Resolução Nº 2 de, de 03 de julho de 2013, da Secretaria de Educação Superior, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica - COREME, com orientações para sua composição, atribuições, competências e perfil do Coordenador;
- Dispor de funcionários capacitados em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, 24h (vinte e quatro horas) por dia, nos 07 (sete) dias da semana, para prestar atendimentos das pessoas com deficiência auditiva.

OBS: Os funcionários capacitados em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS poderão exercer, normalmente, outras funções dentro da unidade de saúde, atuando apenas como intérpretes quando houver demanda de atendimento ao usuário com deficiência auditiva.

Perfil Profissional do Coordenador do NEP:

- Ser profissional com formação em ensino superior de qualquer área da saúde;
- Experiência comprovada de 2 anos em Educação em Saúde, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública.

Composição do Núcleo:

Equipe mínima de 04 profissionais, sendo 01 Coordenador;

Quanto ao Centro de Estudos:

Assim como o NEP, e não menos importante, os Centros de Estudos possuem papel importante e estratégico que asseguram a continuidade das ações de ensino, educação e pesquisa desenvolvidas nas Unidades.

O Centro de Estudos possui notória potência no fomento à pesquisa e inovação em saúde, além da difusão de conhecimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde e de políticas de educação. Consequentemente, a existência e a condução exitosa e eficiente do Centro de Estudos irão acarretar na qualificação técnica de trabalhadores e estudantes lotados nas Unidades.

O Centro de Estudos deve trabalhar de forma integrada com o Núcleo de Educação Permanente, quando houver na mesma unidade. Esclarece-se que os Centros de Estudos das unidades de saúde SMS são regidos por resolução própria e devem seguir o exposto na legislação vigente.

9.3.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ISHP

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa atua conforme o conceito de Educação Permanente em Saúde, que visa o desenvolvimento de habilidades e competências de profissionais e considerada estratégia fundamental da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, instituída através da Portaria GM/MS Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, para promover a transformação das práticas do trabalho em saúde.

A prática educativa em saúde, além da formação permanente de profissionais para atuar nesse contexto, tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, tomando por princípio norteador a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme as diretrizes também estabelecidas pela Carta de Ottawa, 1986, reforçando que a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes

que sempre estiveram articuladas, sendo consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Dessa forma o ISHP disponibiliza a todos os seus colaboradores uma **Plataforma de Cursos Online** chamada **Educa Saúde + Brasil**, onde estão disponíveis Cursos Online, com Carga Horária reduzida para estimular a adesão e capacitação dos funcionários.

Plano de Desenvolvimento e Capacitação:

Capacitação: O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa juntamente com seu setor de Recursos Humanos tem a finalidade de reunir as necessidades de capacitação e estabelecer cronogramas e ações institucionais.

Desenvolvimento: Temos como base o mapeamento de competências, base de apoio que permitem ações continuadas de desenvolvimento técnico, operacional e de liderança.

Talento se Faz em Casa: O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa a fim de estimular o crescimento profissional realiza o processo seletivo interno. A escolha do profissional obedecerá a Cronograma das Etapas de Seleção acordado entre o assistente de RH e o gestor da vaga.

Pesquisa de Clima Organizacional: O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa realiza a pesquisa de clima organizacional mediante preenchimento de questionário eletrônico disponibilizado em período oportuno no QR-Code em comunicado interno

Núcleo de Educação Permanente: O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa manterá o Núcleo de Educação Permanente (NEP) que se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.

Treinamento e Desenvolvimento: Anualmente o Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa realizará o Levantamento das Necessidades de Treinamento a fim de elaborar o Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), que se define pelo conjunto de programas de treinamento planejados para o decorrer do ano, com custos e com cronograma da realização das atividades.

Configuração do Quadro de Necessidades: O processo de levantamento de necessidades resultará em um conjunto de informações relativas ao treinamento e desenvolvimento de pessoal.

Treinamentos de Aperfeiçoamento Profissional Contínuo

Os treinamentos de aperfeiçoamento profissional contínuo são voltados para todas as categorias, abrangendo aos enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos e demais categorias atuantes na Unidade de Pronto Atendimento Municipal.

Tema	Conteúdo Programático	Público Alvo	Carga Horária Mínima	Tipo
Prontuários	Atualização (arrumação, excessos e protocolos, impressos, registro no balanço hídrico, evolução da enfermagem)	Assistencial	30	Presencial
Setores – Material	Rotinas de farmácia, almoxarifado, central de material, dispensário, estoque setorial	Assistencial	30	Presencial
Exames	Tipos de exames e rotinas de solicitação	Assistencial	30	Presencial
Serviços de Apoio	Solicitação das atividades de apoio como psicologia, nutrição, rouparia, recepção, engenharia clínica	Assistencial	30	Presencial
CCIH	Cultura bacteriológicas, resultados de culturas, isolamentos, paramentação, medidas de prevenção de infecções.	Todos os colaboradores	60	Presencial
CIHDOTT	Apresentação da comissão, diretrizes e protocolos	Assistencial e Administrativo	30	Presencial
SEPSE	Aplicação dos protocolos de SEPSE, adulto, neonatal.	Assistencial	30	Presencial
Equipamentos	Apresentação, manuseio de equipamentos, conservação	Assistencial	30	Presencial
Medicamentos	Mecanismo de ação, absorção, eliminação, meio de vida interação medicamentosa, cálculos	Assistencial	30	Presencial
Exame Físico	Cuidados com a pele e tratamento de feridas, integridade da pele, instalação de proteção, mudança de decúbito, lesões, curativos	Assistencial	30	Presencial
Sistema Neurológico	Nível de consciência, doenças neurológicas crônicas, lesão raqui-medular, hipertensão intracraniana, punção lombar	Assistencial	30	Presencial
AVC / AVE	Protocolos de acidente vascular cerebral – isquêmico e hemorrágico, crises convulsivas e doenças epiléticas	Assistencial	30	Presencial
Sistema Respiratório Oxigenoterapia	Macro umidificação, ventilação com ambú e máscara de entubação Oro traqueal, traqueostomia, aspiração traqueal, desmame ventilatório, ventilação mecânica, registro	Assistencial	30	Presencial
Sistema Cardiovascular	Monitorização Hemodinâmica: Pré/Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca/ ECG, Cardioversor / Desfibrilação/Angina / Dor Torácica/Suporte Básico de Vida/ Suporte Avançado de Vida/ Cardiovascular	Assistencial	30	Presencial
Sistema Digestivo Suporte Nutricional	Manuseio de sonda gástrica e enteral, Posicionamento das sondas, avaliação de peristalse, função intestinal e distensão abdominal, fixação das sondas, endoscopia, colonoscopia, paracentese, dietas (Enteral e parenteral)	Assistencial	30	Presencial

Tema	Conteúdo Programático	Público Alvo	Carga Horária Mínima	Tipo
Sistema Renal	Hemodiálise, cateterismo vesical, arritmias, mensuração de diurese, fixação de sonda, irrigação vesical, distúrbios eletrolíticos, drogas na insuficiência renal	Assistencial	30	Presencial
Enfermagem Pediátrica	Parada Córdio Respiratória no paciente pediátrico, principais cirurgias pediátricas, ventilação mecânica em crianças, assistência de enfermagem aos pacientes submetidos a cirurgias neurológicas, hemodiálise no paciente pediátrico	Assistencial	30	Presencial
Protocolos	Capacitação quanto aos protocolos aplicáveis ao hospital: dor, insulina, dentre outros	Assistencial	30	Presencial
Assistência de Enfermagem em Situações de Emergência	Triagem, abordagem inicial das arritmias cardíacas, atendimento ao AVC, acidentes domésticos; Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, Suporte de Vida no Trauma e Suporte Avançado de Vida	Assistencial	30	Presencial
Assistência de Enfermagem em Situações de Emergências Ortopédicas e Traumatológicas	Triagem/ Classificação/ Curativos Capacitação para Imobilização Ortopédica/ Suporte de Vida no Trauma e Suporte Avançado de Vida	Assistencial	30	Presencial

9.4. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Avaliação de Desempenho é uma ferramenta de gestão de pessoas, que tem como objetivo medir o nível da performance de um colaborador ou de uma equipe em relação ao conjunto da empresa. É um processo que engloba etapas de identificação, diagnóstico e análise do comportamento de um colaborador durante certo intervalo de tempo.

São analisados aspectos como sua postura profissional, seu conhecimento técnico, sua relação com os parceiros de trabalho, comportamento, dentre outros pontos estratégicos para o cargo e para a empresa como um todo. Com os resultados, gestores e colaboradores podem traçar, inclusive, Planos de Desenvolvimento Individual (PDI) e trocar feedbacks para o desenvolvimento e alcance de melhores resultados.

Durante a Avaliação de Desempenho, o gestor deve avaliar diferentes critérios de performance. A partir disso, é possível identificar pontos de melhoria, necessidades de treinamento ou até mesmo a realocação do colaborador para outras funções e áreas em que suas características e competências profissionais possam ser potencializadas.

Para que a avaliação de desempenho seja de fato estratégica, é importante levar em conta, para além de aspectos comportamentais, o alcance das metas organizacionais



estabelecidas. Dessa forma, teremos um equilíbrio e uma visão sistêmica de quais são as características profissionais dos colaboradores e de qual resultado tem sido entregue para a empresa a partir dessas características.

A Avaliação de Desempenho também é uma forma de alimentar a área de RH com informações que auxiliam a tomada de decisão sobre práticas de bonificação, aumento de salários, demissões, necessidades de treinamento etc. Vale lembrar, que, nesse caso, é importantíssimo adotar um sistema que se adeque às necessidades da empresa e que seja compatível e coerente com a política organizacional interna, como é o caso do Plano de Cargos e Salários, caso a empresa possua um.

Ela visa identificar o nível de competência, eficiência e contribuição dos colaboradores para o sucesso da Unidade. O processo pode envolver feedbacks de supervisores, autoavaliações, análise de metas atingidas, e pode ser realizado de forma anual, semestral ou até continua.

Um dos principais objetivos do RH é garantir um clima organizacional saudável, promovendo o desenvolvimento contínuo dos colaboradores e assegurando a retenção dos talentos.

Além das funções descritas nos itens anteriores, o setor de RH agora também se posiciona de maneira estratégica dentro das organizações, buscando otimizar o desempenho dos colaboradores e fomentar um ambiente de trabalho positivo.

A Gestão de Recursos Humanos prioriza a eficácia e a satisfação no ambiente de trabalho, implementando Políticas que visam o desenvolvimento contínuo dos colaboradores.

Nessa área, processos como a definição de Cargos e Salários servem para assegurar que a remuneração esteja de acordo com as responsabilidades, possibilitando uma descrição clara das vagas disponíveis.

A retenção de talentos é uma tarefa desafiadora que exige iniciativas constantes do RH para engajar e motivar colaboradores. Isso ajuda a evitar as altas taxas de rotatividade, economizando custos com processos de contratação e demissão.

A Avaliação de Desempenho permite identificar fatores que influenciam o rendimento dos colaboradores e promover os ajustes necessários.

Funcionários que passam por Avaliações de Desempenho regulares tendem a ser mais eficientes, já que essas avaliações ajudam a identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento. Com o passar do tempo, a Gestão de Talentos se tornou cada vez mais analítica, passando a incluir Indicadores que medem o clima organizacional, aprendizado e



retenção de talentos; além de servirem como parâmetro para as Gratificações por Desempenho.

Portanto, a importância do RH é inegável, pois seu impacto não só afeta o clima organizacional, mas também se alinha diretamente às metas estratégicas, garantindo que as empresas se mantenham competitivas e preparadas para enfrentar os desafios do mercado.

A Avaliação de Desempenho permite que:

- O colaborador entenda onde pode melhorar e se desenvolver de maneira eficiente;
- O RH e os gestores obtenham resultados precisos e úteis para tomar decisões assertivas;
- A Unidade tenha clareza de quais são as características dos seus colaboradores e de quais têm sido os resultados alcançados.

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Além de ser uma estratégia para desenvolver a equipe e reforçar os comportamentos valorizados pela empresa, a Avaliação de Desempenho pode ter diversos objetivos, tais quais:

- Mostrar de forma objetiva quais são os pontos que o colaborador precisa melhorar e auxiliar o gestor a implementar um programa de treinamento e de mudança de hábitos;
- Possibilitar aos funcionários a oportunidade de realizar uma discussão frequente com seu gerente sobre seus comportamentos, seu desempenho e suas competências no período;
- Proporcionar ao gerente uma forma de visualizar os pontos fortes e de melhoria de cada colaborador;
- Efetuar um histórico de desempenho do empregado para que seja usado como base para bonificações e reajustes de salário e para embasar possíveis mudanças de função ou promoções;
- Melhorar a interação do gerente com sua equipe e motivar os colaboradores;
- Gerar mais engajamento com as atividades que estão sendo executadas, mostrando o quanto elas se encaixam nos objetivos da empresa;
- Adequar O perfil do colaborador em termos comportamentais para que ele gere um maior impacto na empresa;
- Fugir de um alto índice de rotatividade e absenteísmo dos colaboradores para impedir desgastes de equipe e manter a credibilidade com os clientes.

10. SAÚDE DO TRABALHADOR

O gerenciamento da Saúde do Trabalhador nas Unidades se dará por meio da implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

10.1. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (PCMSO)

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional deverá obedecer ao disposto nas Normas Regulamentadoras (NRs) Nº 7 e Nº 9, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), aprovadas pela Portaria Nº 3.214 de junho de 1978, que determina que as empresas públicas ou privadas elaborem anualmente o PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

O Programa irá considerar as questões individuais e as coletivas no ambiente de trabalho. Terá caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos possíveis danos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou problemas irreversíveis para a saúde dos trabalhadores.

COMPETÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO

- Garantir a elaboração e efetiva implantação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;
- Custear sem ônus para o funcionário todos os procedimentos relacionados ao PCMSO;
- O médico coordenador do SESMT será responsável pela execução do PCMSO.

O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

- a) Admissional;
- b) Periódico;
- c) De retorno ao trabalho;
- d) De mudança de função;
- e) Demissional.

O PCMSO deverá obedecer a um Planejamento em que estejam previstas as Ações de Saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de Relatório Anual.

O Relatório Anual deverá discriminar, por Setores da Unidade, o número e a natureza dos Exames Médicos, incluindo Avaliações Clínicas e Exames Complementares, estatísticas de resultados considerados anormais; assim como o Planejamento para o próximo ano, tomando como base a NR-7.

LAUDO TÉCNICO DE CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE TRABALHO (LTCAT)

O Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho será realizado de acordo com o disposto na Instrução Normativa INSS/PRES Nº 20, de 11 de outubro de 2007, que obriga as empresas a elaborarem o LTCAT, atendendo também à Portaria Nº 3.311, de 29 de novembro de 1989. Os LTCATs devem avaliar qualitativa e quantitativamente os riscos dos ambientais discriminados; estabelecendo o enquadramento das atividades em: salubres; insalubres; perigosas e geradores de aposentadoria especial. Inclusive verificando os Equipamentos de Proteção Individuais e Coletivos (EPI e EPC), necessários e existentes.

O objetivo da avaliação será pautado na expressão da extensão dos trabalhos executados, necessariamente, em Laudos distintos, abrangendo a caracterização das ocorrências de trabalhos em condições insalubres ou perigosas, em conformidade com as NRs 15 e 16 da Portaria MTE Nº 3.214/78 e do Decreto Nº 93.214, de 14 de outubro de 1986, abrangendo Análise dos Riscos Físicos, Químicos, Biológicos, Ergonômicos e de Acidentes; bem como as legislações vigentes, quando da celebração da prestação dos serviços.

Deve prever o controle/aferição da insalubridade e periculosidade por meio de Levantamento dos Riscos Ambientais no local de trabalho.

As ações do LTCAT irão contemplar os seguintes Serviços:

- Descrição por extenso do título do documento e identificação da entidade emitente, cujos dados devem ser emitidos separadamente do PPRA e do PCMSO, em formulário próprio;
- Identificação do estabelecimento indicando CNPJ, endereço, nome fantasia, atividade, grau de risco, número de empregados (quantificação de homens e mulheres) e horário de trabalho;
- Objetivo da avaliação expressando a extensão dos trabalhos executados, necessariamente abrangendo a caracterização das ocorrências de trabalhos em condições insalubres ou perigosas, em conformidade com as legislações vigentes quando da celebração da prestação dos serviços;
- Descrição fotográfica e análise detalhada das dependências e instalações periciadas de cada atividade exercida, do ambiente de trabalho, abrangendo a função e o quantitativo dos empregados periciados, e das máquinas e equipamentos utilizados;
- Análise qualitativa e quantitativa dos agentes de riscos (Químicos, Físicos, Biológicos, Ergonômicos e de Acidentes), necessariamente descrevendo a metodologia de ação e critérios técnicos adotados, identificados nos ambientes de trabalho, bem como o tempo de exposição ao risco identificado, quando necessário;

- Identificação dos respectivos Riscos Ocupacionais e seus agentes nocivos;
- Medições dos agentes nocivos identificados, com equipamentos adequados e devidamente calibrados, bem como análises laboratoriais;
- Análise qualitativa e quantitativa dos agentes acima citados, contendo a descrição da metodologia de ação, critérios técnicos e a instrumentação utilizada, necessariamente abrangendo para os estabelecimentos de armazenamento, a medição de ruídos, calor, concentração de poeiras e dos agentes químicos originados de produtos inseticidas empregados nos tratamentos fitossanitários, quando necessário;
- Todos os instrumentos utilizados deverão ser descritos com o mínimo (marca, modelo, número de série, calibração);
- Registro fotográfico de toda avaliação (foco no ambiente, profissional e colaborador);
- Medida de proteção individual e coletiva existentes, contendo identificação dos Equipamentos de Proteção Individual – EPIs utilizados mediante consignação do número do Certificado de Aprovação (CA) e da avaliação do nível de eficácia de proteção; indicando, inclusive, se o EPI e o EPC são eficazes na proteção aos agentes de risco detectados, concluindo com “sim” ou “não”;
- Fundamentação científica e abordagem sobre a legislação pertinente acerca dos riscos identificados na apresentação explicitadas conclusões sobre os efeitos dos agentes classificados como insalubres ou perigosos e os valores dos correspondentes adicionais, descrevendo os efeitos da exposição aos agentes de risco e a fundamentação legal;
- Proposição de Medidas de Controle para o ambiente avaliado, estipulando prazos para adoção do controle dos riscos, bem como acompanhamento sistemático da eficácia das medidas;
- Qualificação da Insalubridade e/ou Periculosidade (se houver), respectivo percentual de pagamento e enquadramento com relação à aposentadoria especial (INSS ou Fundo Próprio);
- Nome e identificação profissional do responsável pela elaboração do Laudo, informando NIT, PIS/PASEP, o Número de Registro no respectivo Conselho e a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) do serviço prestado.

10.2. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

FINALIDADE

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Unidade será um Serviço que tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho; realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores.

Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

O SESMT está estabelecido no Artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

Este Serviço terá suas ações compartilhadas com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Princípios Básicos do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)

- A integração da atividade preventiva ao processo produtivo, abrangendo todos os aspectos relacionados ao trabalho;
- O Planejamento das Ações de Prevenção, através da implementação dos Programas de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalhador;
- A participação dos trabalhadores no planejamento, execução e avaliação das medidas adotadas pela Unidade;
- O emprego de técnicas atualizadas de prevenção.
- Serão implantadas Normas de Atendimento a Acidentes Biológicos, fornecidos Equipamento de Proteção Individual (EPI), pela equipe gestora da Unidade, e Programa de Proteção de Riscos Ambientais (PPRA) junto aos profissionais; conforme Portarias e Resoluções da ANVISA e Ministério do Trabalho.

PRESUPOSTOS

- A adaptação do trabalho ao homem, especialmente, na concepção dos postos de trabalho, escolha de equipamentos e métodos de produção, incluindo a atenuação do trabalho monótono e repetitivo;
- O conhecimento das condições de cada atividade e posto de trabalho em relação à organização, ao meio ambiente de trabalho, às relações sociais e às inovações tecnológicas;
- A Avaliação dos Riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores em todas as fases do processo de produção;
- O combate aos riscos na sua origem, priorizando as medidas de proteção coletiva, incluindo aquelas derivadas da substituição de matérias primas ou insumos que exponham a saúde dos trabalhadores;
- A adoção de medidas destinadas a assegurar o adequado controle à saúde dos trabalhadores;
- A análise de acidentes e doenças do trabalho, de forma participativa, mantendo adequados registros de informação;
- O acompanhamento das atividades de trabalho, que tenham causado acidentes ou doenças, avaliando, na normalidade, os determinantes desses eventos;
- O desenvolvimento de atividades educativas em prevenção para todos os trabalhadores, inclusive, para os ocupantes de cargos de direção e chefia;
- A implementação dos Programas de Prevenção previstos nas NR.

PROGRAMAS E ROTINAS DO SESMT

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): previsto na legislação específica Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e Norma Regulamentadora NR-7, que compreende o conjunto de procedimentos que visam à preservação da saúde e bem estar do servidor: exames Pré-Admissional, Periódico, Mudança de Função, Retorno ao Trabalho, Demissional, Readaptação Profissional e Atendimento a Acidentes de Trabalho. Nesses Exames, busca-se fundamentalmente adequar o indivíduo ao trabalho, otimizando suas aptidões.

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA): estabelecido pela Norma Regulamentadora NR-9, este Programa tem como objetivo propor ações que garantam a saúde e integridade dos trabalhadores, minimizando os possíveis riscos de acidentes e doenças profissionais, além de contribuir para a melhoria das condições e ambiente de trabalho.

CONSTITUIÇÃO BÁSICA

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da Unidade deverá incluir os seguintes profissionais, conforme a Norma Reguladora Nº 4 do Ministério do Trabalho.

1. Médico do Trabalho;
2. Enfermeiro do Trabalho;
3. Técnico de Enfermagem do Trabalho;
4. Engenheiro de Segurança do Trabalho;
5. Técnico de Segurança do Trabalho.

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

CAPÍTULO I: DA FINALIDADE, ORGANIZAÇÃO, COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Art. 1º – O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da Unidade visa promover a Saúde do Trabalhador e proteger sua integridade dentro do ambiente de trabalho, tendo como base legal a Lei Federal Nº 6.514/77; Portaria Nº 3.214/78 e Norma Regulamentadora 4 – NR4.

Art. 2º – Os profissionais do SESMT devem sempre utilizar seu conhecimento técnico para zelar pela saúde e segurança dos demais profissionais no ambiente de trabalho, aplicando soluções para redução e eliminação dos riscos ali existentes. Suas ações irão diminuir os Acidentes e Doenças do Trabalho.

Art. 3º – A definição dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que devem ser usados, seu Controle Documental de Entrega e treinamento dos usuários é também importante atribuição do SESMT.

Art. 4º – O SESMT promove a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais; tanto através de Campanhas, quanto de Programas de duração permanente.

Art. 5º – Cabe aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a CIPA, criando uma Rede de Prevenção de Acidentes entre os colaboradores.

Art. 6º – A elaboração de estatísticas sobre Acidentes e Doenças do Trabalho pelo SESMT é uma atribuição prevista na NR 04 e os dados, que devem ser também entregues ao Ministério do Trabalho.



Art. 7º – O SESMT é responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros. Nessas situações, o caráter prevencionista dos profissionais está na elaboração de Planos de Emergência, formação e treinamento de Brigadas e Socorristas.

Art. 8º – Este Serviço consiste num grupo de pessoas especializadas em ações para prevenir problemas com os funcionários dentro do ambiente de trabalho, visando garantir a total integridade física e mental dos trabalhadores durante sua jornada de trabalho.

Art. 9º – Para cada atividade existe uma Denominação e um Grau de Risco, que deve ser levado em conta para se estabelecer um número mínimo de especialistas em SESMT para prover tais ações a favor da Saúde dos Trabalhadores. Este dimensionamento do SESMT é feito para garantir que haja sempre algum especialista da instituição atuando dentro do projeto, de acordo como risco que a atividade exercida ali tem sobre os trabalhadores.

Art. 10º – A própria Norma Reguladora 4, dentro da CLT, a qual trata do SESMT e de suas atribuições dentro da Lei Trabalhista, indica como deve ser feito o dimensionamento do SESMT.

Art. 11º – Para saber o dimensionamento do SESMT, então, deverá ser consultado o Quadro Anexo I da NR 4, que faz o cruzamento do nível de risco do projeto com a quantidade de funcionários que ele possui.

Art. 12º – O SESMT será composto pelos seguintes profissionais:

1. Médico do trabalho;
2. Engenheiro de Segurança do Trabalho;
3. Enfermeiro do Trabalho;
4. Técnico de Segurança do Trabalho
5. Auxiliar de Enfermagem do Trabalho.

Art. 13º – São atribuições do Médico do Trabalho

- Planejar, coordenar e supervisionar as atividades da equipe, visando assegurar que todas as tarefas sejam executadas dentro das Normas e Políticas estabelecidas pela Instituição;
- Coordenar e executar o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), por meio de Exames Clínicos e Avaliações de Exames Complementares, promovendo a proteção/prevenção da saúde de todos os colaboradores da Instituição;
- Elaborar os Planos e definir os procedimentos de Medicina do Trabalho, visando garantir ao funcionário condições adequadas de saúde, de forma a permitir um melhor rendimento no trabalho, reduzindo o absenteísmo e a rotatividade;

- Realizar Exames Admissionais, visando garantir a admissão de pessoas fisicamente capacitadas para as funções;
- Realizar Exames Médicos Periódicos e Especiais, visando avaliar as condições de saúde dos funcionários;
- Recomendar remanejamento de funcionários, em função de suas condições de saúde, visando compatibilização com a função exercida;
- Analisar e validar Atestados Médicos, visando manter controle sobre os casos de faltas ao trabalho, por motivos relacionados com a medicina do trabalho;
- Atender os colaboradores fazendo diagnósticos e tratamentos, quando possível, ou encaminhando para tratamento especializado;
- Solicitar Perícias Médicas junto ao INSS, em casos de suspeita de Doenças Profissionais, ou em Processos Trabalhistas ou na Área Cível.

Art. 14º – São atribuições do Enfermeiro do Trabalho

- Elaborar e executar planos e programas de proteção à saúde dos empregados, identificando e analisando as causas de absenteísmo, levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas;
- Elaborar relatórios com informações e dados estatísticos, visando fornecer subsídios para decisões e correções de Políticas ou Procedimentos da Instituição;
- Planejar e executar Programas de Educação, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis;
- Registrar dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, mantendo Cadastros atualizados, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais;
- Garantir a realização das atividades de assistência de Enfermagem aos trabalhadores, proporcionando-lhes atendimento ambulatorial, no local de trabalho, controlando sinais vitais, coletando material para exame laboratorial, vacinações e outros tratamentos;
- Realizar o controle vacinal de colaboradores e prestadores de serviços e acompanhar de maneira efetiva a adesão por parte de todos;
- Assegurar a realização de exames Periódicos, Admissional, Demissional e de Mudança de Função dos colaboradores;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados.

Art. 15º – São atribuições do Técnico de Enfermagem do Trabalho:

- Acolher colaborador e atender as solicitações, esclarecer dúvidas e questionamentos, garantindo o atendimento humanizado;
- Auxiliar o Médico e o Enfermeiro do Trabalho nas atividades da saúde ocupacional;
- Realizar o pré-atendimento na aferição dos sinais vitais;
- Controlar Agenda Médica de Atendimento de Consultas Ocupacionais;
- Auxiliar na realização de Exames Ocupacionais (Pré-Admissional, Periódico, Demissional, CAT, INSS, etc);
- Preencher Relatórios de Atividades do Ambulatório dos Serviços Médicos e de Enfermagem do Trabalho;
- Auxiliar na execução de atividades relativas às Campanhas Educativas e preventivas para saúde e segurança do colaborador;
- Controlar os Atestados Médicos entregues pelos colaboradores e arquivar no Prontuário;
- Organizar e manter atualizado os Prontuários Médicos dos colaboradores.

Art. 16º – A quantidade de profissionais do SESMT do hospital poderá sofrer alterações de acordo com o número de trabalhadores e o risco da atividade.

Art. 17º – O trabalho do SESMT é preventivo e de competência dos profissionais exigidos. Estes profissionais devem garantir a aplicação de conhecimentos técnicos de Engenharia de Segurança e de Medicina Ocupacional no Ambiente de Trabalho, para reduzir ou eliminar os riscos à saúde dos trabalhadores.

Art. 18º – Faz parte das atividades dos SESMT, definidas pela NR 4: a análise de riscos e a orientação dos trabalhadores quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, assim como o registro adequado de eventuais acidentes de trabalho.

CAPÍTULO II: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art. 20º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo Regimento.

CRONOGRAMA DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

Atividades	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Planejar e divulgar Programas de Educação												
2. Elaborar e executar Planos e Programas de Proteção à Saúde dos Trabalhadores												
3. Desenvolvimento de Atribuições												
4. Elaborar Relatórios com dados estatísticos												
5. Elaboração de Orientações aos funcionários												
6. Realizar reuniões com objetivo de disseminar informações, integrar e divulgar resultados												
7. Realizar exames periódicos, Admissional, Demissional e de Mudança de Função dos colaboradores												
8. Registrar dados estatísticos de Acidentes e Doenças Profissionais												

11. MODELO ASSISTENCIAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O atendimento no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga acontecerá por demanda espontânea e/ou referenciada. O fluxo de atendimento no Pronto Socorro deverá seguir as seguintes orientações:

A **Classificação de Risco** é a ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de Protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizada por profissionais capacitados (Médicos e/ou Enfermeiros), com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes.

O usuário acessará o Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga por meio da Sala de Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR e posteriormente será encaminhado para a Recepção ou Sala de Emergência conforme a necessidade avaliada. Pacientes em condição crítica, com risco iminente de morte ou instabilidade vital evidente, poderão ser direcionados diretamente à Sala Vermelha, devendo esse fluxo ser documentado e comunicado à equipe responsável pelo ACCR para registro e posterior avaliação.

O profissional responsável pelo acolhimento administrativo deverá, sempre que possível, coletar os dados do usuário ou de seus acompanhantes, verificando no Prontuário Eletrônico se há cadastro prévio no Cartão Nacional de Saúde (CNS).

O fluxo interno geralmente inclui: Acolhimento / Classificação de Risco, Atendimento Médico, Sala de Medicação, Sala de Procedimentos, Observação (curta permanência) e Encaminhamento (alta, internação, transferência via CROSS/SIRESP).

Em situações de suspeita de doenças de transmissão respiratória ou condições infectocontagiosas, os pacientes deverão ser identificados precocemente e receber máscaras cirúrgicas já na etapa de Acolhimento, conforme Protocolos de Precaução Padrão e Normas da ANVISA.

O ISHP adotará o **Manual para Organização das Unidades de Urgência e Emergência** em conformidade com o **Dispositivo de Acolhimento e Classificação de Risco** abaixo.

*Manual para organização
das unidades de Urgência e Emergência
em conformidade com o dispositivo*

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. INTRODUÇÃO

No início dos anos de 2000, através da XI Conferência Nacional de Saúde, pode-se discutir pela primeira vez: Acesso, Qualidade e Humanização da Saúde. A partir desse marco histórico, o tema ganhou um novo direcionamento trazendo intensos debates e enfrentamentos sobre as condições em que se construíam o SUS. Tal tema ganha fundamento através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, que deu lugar a Política Nacional de Humanização - PNH.

A PNH se coloca como uma "política" e constitui-se com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos, buscando outras maneiras e novos modos de fazer que contribuam para solução de problemas que impedem a implementação efetiva do SUS.

Operando com o princípio da transversalidade, o HUMANIZASUS utiliza-se de ferramentas e dispositivos para consolidar Redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, acreditando que ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2004).

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não significa um local, um espaço ou profissional específico para fazê-lo, mas sim uma postura ética, que não pressupõe hora, implica

compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Desse modo, é que o diferenciarmos de Triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2012). Esta diretriz traduz-se na recepção do usuário nos Serviços de Saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele; implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização.

Diante disto, é necessária a qualificação de toda a equipe ligada ao acolhimento ao usuário (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança etc). É importante salientar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; porém, nas “portas de entrada” dos Serviços de Saúde, podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde, visando promover o primeiro contato com o usuário (BRASIL, 2009).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e abraçar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão.

A Classificação de Risco como ferramenta da Diretriz de Acolhimento é um procedimento técnico privativo do enfermeiro, conforme resolução COFEN 423/2012, sendo um instrumento de tomada de decisão baseada em Protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiências do enfermeiro. Tem como objetivo organizar o fluxo e garantir o acesso adequado aos pacientes, que procuram atendimento de urgência ou emergência.

1.1. OBJETIVOS DO ACCR:

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM, entre outros);
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);

- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

2. FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS

O Protocolo de ACCR adulto abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária maior de 18 anos. O protocolo de ACCR pediátrico abrange o atendimento dos usuários com a faixa etária menor de 18 anos, conforme orientações abaixo:

Segundo a Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, Art. 2º considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos; e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, devendo ser atendido pelo Pediatra. Nas unidades que não tem médico pediatra, os adolescentes deverão ser atendidos pelos profissionais de clínica médica.

3. ESTRUTURA NECESSÁRIA DOS CONSULTÓRIOS E ÁREA DE ESPERA

- Acesso e comunicação de forma facilitada entre a área de acolhimento, classificação de risco, sala vermelha e consultórios;
- Área física do acolhimento e salas de espera devem possibilitar a visão e reavaliação dos que esperam pelo atendimento, assim como condições de conforto;
- Consultório médico deverá ser separado da sala de Classificação de Risco;
- Disponibilidade de macas de transporte e cadeiras de rodas em áreas subjacentes;
- Sistema informatizado, computadores, impressora, climatização e bebedouro;
- Aparelho de glicosímetro, aparelho de pressão arterial, estetoscópio, termômetro e monitor de oximetria de pulso;
- Mobiliários: mesas, cadeiras, maca fixa e escada auxiliar.

4. ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE ACCR

O ACCR deverá ser realizado somente pela equipe de enfermagem: técnico e enfermeiro, conforme suas atribuições específicas neste protocolo. Demais profissões da equipe de saúde e administrativos irão colaborar para que o processo do ACCR se realize e deverão ter uma postura acolhedora e corresponsável frente aos casos que buscam atendimento ou informações.

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida. Aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida (BRASIL, 2009).

Enfermeiro:

- Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;
- Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;
- Realizar a Classificação de Risco, segundo o protocolo SES/RJ;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;
- Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;
- Esclarecer e orientar ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;
- Ficará responsável em acionar equipe multiprofissional para atendimento às vítimas de violência;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS para sala do serviço social.

Técnicos de Enfermagem:

- Realizar o acolhimento;
- Registrar os dados do usuário no sistema;
- Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco;
- Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);
- Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;
- Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.



Recepcionistas:

- Realizar o registro de informações do usuário no sistema;
- Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;
- Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social, caso não tenha sido realizado pelo Acolhimento.

Maqueiros:

- Realizar o transporte seguro interno e externo do paciente sempre que necessário;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

Controlador de Acesso:

- Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;
- Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;
- Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;
- Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

OBS: Fica proibido o primeiro contato do usuário ser realizado pelo Controlador de Acesso.

Assistente Social:

- Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQI+;
- Referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

- Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; Idosos e deficientes sem referência familiar;
- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera ou através das ligações em casos específicos);
- Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;
- Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;
- Encaminhar o familiar ou visitante que compareça ao NAF (no caso de hospitais) para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na emergência;
- Participar do atendimento multiprofissional a pacientes vítimas de violência em qualquer equipamento de saúde.

Médico (Clínicos, Socorristas e/ou Pediatras):

- Realizar o atendimento conforme a priorização das cores da classificação de risco;
- Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas e sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;
- Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, para o início do acompanhamento;
- Realizar o redirecionamento do paciente classificado como azul, por escrito (modelo de documento em anexo), para o acolhimento da Unidade Básica de Saúde de Referência;
- Comunicar Notícias Difíceis de forma acolhedora, como preconiza o Manual de Acolhimento à Família.

5. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O FLUXO DE PACIENTES NO ACOLHIMENTO E NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Como definir RISCO ou PRIORIDADE no Acolhimento?

Risco (URGÊNCIA): define **prioridade para o atendimento** no consultório da Classificação de Risco segundo critérios clínicos.

Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam **vulnerabilidades**, porém **NÃO** apresentam risco de agravamento ou de morte (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia, vítimas de violência, pacientes psiquiátricos

em surto, militar em serviço e pacientes que apresentam sintomas de SRAG, pessoas com hemonoglobinopatias, casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19).

Avaliação Inicial

Realizar uma análise sucinta e sistematizada para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes itens:

Complicações das Vias Aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

Grave Esforço Respiratório: Quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

Ausência de Pulso Central entre 5 a 10 segundos de verificação indica parada cardiorrespiratória (PCR).

Hemorragia Exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

Observar **Sinais de Choque** (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

Como acontece a Classificação de Risco?

A Classificação de Risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo e estabelecer prioridades no atendimento de pacientes que procuram as portas de entrada do SUS, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado a todos os pacientes em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza. Além de melhorar o atendimento é um direito de todo cidadão. Ainda sobre a Classificação de Risco podemos definir os seguintes níveis para organização do atendimento:

VERMELHO:Emergência. *Risco iminente de morte ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico.* Necessitam de atendimento imediato. Deverão ser acompanhados imediatamente para o atendimento médico na sala vermelha.

LARANJA:Muito Urgente. *Potencial risco de morte.* Necessitam de atendimento em até 10 minutos. Deverão ser priorizados para a sala de Classificação de Risco e em seguida, acompanhados para o atendimento na sala vermelha. Nas UPAS obrigatoriamente deverão ser atendidos na sala amarela. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 5 minutos.

OBS: Pacientes Vítimas de Violência deverão ser acompanhados até a sala multiprofissional (hospitais) e consultório médico (UPA). Pacientes com suspeita ou confirmados de COVID-19 deverão ser avaliados e direcionados para atendimento em consultório ou salas correspondentes, conforme a gravidade apresentada no momento. Em casos de pandemia e endemias a cor laranja poderá ser utilizada para priorização dos sintomas relacionados.

AMARELO: Urgente. Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento em até 60 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento prioritário em consultório médico. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 30 minutos.

VERDE: Pouco Urgente. Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento. Necessitam de atendimento médico em até 120 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento médico em consultório. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 60 minutos.

AZUL: Não Urgente. São casos de baixa complexidade, portanto não justifica atendimento médico no mesmo dia. Necessitam de atendimento ambulatorial, conforme pactuado previamente com a atenção básica.

Passo a passo do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento

1ª ETAPA:

Ao chegar à Unidade, o usuário e seu acompanhante devem ser imediatamente recebidos por um profissional de enfermagem no **Acolhimento**. Podem chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento.

Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade.

Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – **RISCO OU PRIORIDADE**. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA:

O usuário irá para o Registro/Recepção complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da Classificação de Risco, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA:

O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA:

- O usuário classificado na cor vermelha deverá ser acompanhado até a sala vermelha.
- Classificado na cor laranja deverá ser priorizado e acompanhado para o atendimento na sala amarela.
- Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade.
- Classificado na cor verde/ cor azul deverão ser orientados sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os consultórios médicos.

5ª ETAPA:

Os médicos deverão obrigatoriamente atender os usuários seguindo a ordem prioritária da cor de classificação de risco, conforme preconizado neste protocolo, respeitando os tempos de atendimento.

OBS: Nas Unidades Pré-hospitalares (UPAS) com atendimento em PEDIATRIA, os pacientes classificados como vermelho deverão ser acompanhados até a sala vermelha. Já na classificação laranja deverão ser direcionados para sala amarela de observação pediátrica. Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade. Classificado na cor verde deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico, conforme fluxo e protocolo de atendimento. Classificado na cor azul será encaminhado para atenção básica, por escrito. Sempre com seu respectivo acompanhante ou responsável, nas situações em que o acompanhante for menor de idade não responsável pelo paciente (excetua-se pai ou mãe) deverá ser imediatamente comunicado ao Serviço Social.

6. SITUAÇÕES ESPECIAIS DE ATENDIMENTO

Pacientes Idosos:

Segundo a Lei N.º 10.741/2003 no art. 1.º é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes com Deficiência:

Segundo o Estatuto de pessoas com deficiência Lei no 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Devem ser priorizados nas unidades de saúde, respeitando os critérios de gravidade conforme este protocolo.

Pacientes em Acidentes de Trabalho:

Caso ocorra a necessidade de abertura de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), classificar conforme grau de risco ou situação/queixa, realizar o atendimento, orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias, Autismo e Transtornos Mentais:

Caso seja previamente identificado durante o Acolhimento, os pacientes portadores de Hemoglobinopatias, Autismo e Transtornos Mentais, deverão ser atendidos com prioridade, conforme determina a Lei Nº 8.964, de 03 de agosto de 2020.

Situações Especiais em Unidades de Pronto Socorro:

Paciente que faça administração de medicamentos de uso contínuo, em posse de receita para continuidade de tratamento será encaminhado para a equipe de enfermagem, em casos onde as UBS não estiverem em funcionamento, como nos finais de semana e feriados, a unidade deverá realizar administração medicamentosa, após avaliação do médico plantonista.

8. AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ADULTOS

- Deve ser realizada por enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação;
- Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, acompanhando os casos graves para a sala vermelha;



- Reconhecer a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próxima da fala do usuário);
- Relacionar a queixa do usuário aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- Ser um ouvinte paciente, porém impor limites aos relatos, para não atrapalhar a dinâmica do processo, criando filas desnecessárias;
- Verificar os sinais vitais (temperatura, pressão arterial, dor, frequência respiratória e cardíaca) e realizar exame físico de forma simplificada, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada à pelo menos uma alteração de sinais vitais.
- Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a cor da classificação;
- Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- Realizar busca ativa dos casos que ainda não foram atendidos pelo médico e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do Protocolo do MS.

OBS: Sempre que houver demora no atendimento médico após a classificação de risco ou mesmo antes do usuário ser classificado, um segundo enfermeiro deverá realizar Busca Ativa, para diminuir o risco de morte evitáveis em possíveis salas de espera lotadas ou filas de atendimento. Lembrando que os casos mais graves são priorizados, independente do lugar que ocupe nesta fila de espera.

Roteiro para a Consulta de Enfermagem:

- A.** QPD: Queixa principal e duração;
- B.** Antecedente mórbido e medicamentoso;
- C.** Sinais vitais e exame físico simplificado;
- D.** Exames de apoio (oximetria de pulso, ECG, HGT);
- E.** Conduta: Classificação de Risco - definição da COR, baseada em Protocolo do MS.



Observações Importantes

- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;
- O protocolo constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;
- O protocolo constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- O protocolo não se constitui como instrumento de diagnóstico médico;
- O protocolo é baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;
- O protocolo determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;
- Devem ser considerados a subjetividade dos pacientes e seus familiares.

9. AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

- Deve ser realizada por Enfermeiro, em consultório que garanta privacidade durante a avaliação, atendendo a criança sempre com um responsável legal, na ausência deste comunicar imediatamente ao Serviço Social;
- Identificar os fatores de risco ou sinais de alerta, incluindo os sinais observados no acompanhante, acompanhando os casos graves diretamente para a sala vermelha;
- Perguntar ao acompanhante a situação/queixa/sintoma e registrar no sistema (com escrita mais próxima da fala do usuário), observando sempre o estado geral da criança;
- Relacionar a queixa relatada pelo acompanhante aos parâmetros/determinantes da classificação de risco, descritos no protocolo, através da coleta de um breve histórico e contextualização – realizar escrita técnica e com dados objetivos;
- Enquanto ouvinte, ser acolhedor, de resolutividade aos problemas, objetivando a eficácia e o desperdício de tempo, para não haver aumento do tempo de espera;
- Realizar a aferição da: pressão arterial, temperatura (registrar temperatura referida pelo acompanhante, se houver essa informação), frequência cardíaca e respiratória (verificar



durante 01 minuto, devido à irregularidade da frequência) e peso corporal para registrá-los no sistema;

- Verificar os sinais vitais e o exame físico de forma simplificada, aguardando os menores se acalmarem, preferencialmente no colo do acompanhante, com base nas queixas/situação ou sintomas para direcionar o processo e definir a cor da classificação de risco daquele usuário;
- Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada à pelo menos uma alteração de sinais vitais, em caso de RNs e Lactentes a avaliação deve ser realizada de forma mais subjetiva, avaliando posturas, estado mental, agitação e ou irritabilidade, aceitação de dieta, apatia entre outros;
- Determinar o local de atendimento da criança de acordo com a cor da classificação, comunicando ao acompanhante;
- Comunicar o acompanhante sobre a dinâmica do atendimento na unidade e importância do fluxo conforme a cor da classificação;
- Realizar busca ativa dos casos, principalmente em RNs Lactentes e Crianças, com queixas febris e respiratórias, que ainda não foram atendidos pelo profissional e que necessite ser reclassificado, conforme tempo de atendimento do Protocolo do MS.

Observações Importantes para Atendimento em Crianças em Situações de Emergência

- No atendimento em Pediatria deve ser considerada que a MORTALIDADE INFANTIL por causas clínicas na faixa etária entre 01 e 04 anos são as doenças infecciosas, em destaque as gastroenterites e as respiratórias, portanto, as crianças com queixas relacionadas devem ser reavaliadas se o tempo de espera exceder ao preconizado;
- Deve se atentar no atendimento de crianças vítimas de acidentes, principalmente os acidentes externos, em destaque o de trânsito que é a 1ª causa de mortalidade, seguido do afogamento, cuja dinâmica de asfixia tardia, por afogamento secundário deve ser valorizada;
- A PCR em criança é secundária a falência respiratória, portanto é necessário a avaliação rápida e reconhecimento de sinais de aumento de frequência respiratória, batimento de asa de nariz, retrações torácicas, cianose, demência e alterações de nível de consciência;
- A criança possui menor quantidade de tecido adiposo, o que deixa os órgãos mais próximos uns dos outros, o que aumenta o risco de traumas abdominais e politraumas, do que os adultos;

- As perdas líquidas agudas como diarreia, vômitos e sangramentos são proporcionalmente mais significativas que nos adultos, levando rapidamente à desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos, e no caso dos lactentes podem levar a hipoglicemia;
- Observar as crianças que se apresentam muito retraídas, que tem dificuldade de permitir o exame físico, ou que apresentam alterações de comportamento na presença ou ausência do responsável, podem ser potenciais vítimas de abusos e maus tratos, aos sinais de abuso físico e ou mental, esses devem ser relatados no prontuário e comunicados ao assistente social;
- Devem ser considerados sempre a subjetividade dos pacientes e seus familiares nas informações, bem como o contexto social em que se inserem, avaliando assim o grau de vulnerabilidade em que o núcleo familiar está inserido.

10. DESCRITORES E FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO

10.1. DESCRITORES DE ATENDIMENTO ADULTO

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES	
VERMELHO	• Perda cardiocirculatória • Insuficiência da pressão cardiocirculatória • Bradicardia (FC < 40 bpm) • Hipertensão (PA qualquer valor) com sinais de má perfusão ou dispnéia ou alteração neurológica • Hipertensão (PA > 180x120 mmHg) associada a risco agudo de órgão-alvo (sinais de má perfusão) • Hipertensão (PA > 90 mmHg e/ou > 140x90) com sinais de má perfusão ou dispnéia ou alteração neurológica
LARANJA	• Bradicardia (FC < 45 e/ou 50 bpm) com sinais de má perfusão ou alteração neurológica • Dor torácica, pressão sistólica sistêmica inferior a 90 mmHg ou "baixa", alteração respiratória para pneumonia, insuficiência respiratória, embolia ou membro superior esquerdo (MUSE)
AMARELO	• Bradicardia (FC < 50 bpm < 60) ou hipertensão (FC < 140 bpm) com sinais mentais preservados, sem sinais de má perfusão ou dispnéia ou alteração neurológica • Hipertensão (PA > 160x100 mmHg), sem sinais agudos de órgão-alvo ou sinais de risco (assintomático)
VERDE	• Hipertensão < 170x90 mmHg (assintomático)
AZUL	• Hipertensão PA < 160 x 100 e < 90 mmHg (assintomático)
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	
VERMELHO	• Perda ou deterioramento do nível de consciência (comatose ou supinose) • Comatose ou não resposta aos estímulos • Cefaleia ou dor de cabeça aguda, insucesso de tratamento sintomático agudo e deficit motor/sensorial agudo transiente (ex. hemiparesia, hemiparesia) • Perda súbita da visão • Cefaleia intensa, insucesso em 24h, agudo de início, fotofobia • Ataxia aguda • Insucesso no manejo com alteração do nível de consciência e/ou sinais vitais alterados • Sinais neurológicos focais (como paralisia, déficit sensorial, motor parietal, motor parietal) com tempo maior que 4.5h
LARANJA	• Alteração do nível de consciência (comatose ou supinose) • Alterações cognitivas e comportamentais (agressividade, perda de memória recente) • Perda súbita da visão aguda • Insucesso no manejo com alteração do nível de consciência • Deficit cognitivo crônico por sequelas de demência com agudização • Isquemia • Cefaleia ou dor de cabeça ou deficit motor/sensorial nos últimos 24h • Ataxia aguda (insucesso, motor e sensorial) • Sinais neurológicos focais (como paralisia, motor parietal, motor parietal) com tempo maior que 4.5h
AMARELO	• Resultado da consulta não satisfatório, sem sinais de deterioração, com sinais vitais normais
VERDE	• Deficit cognitivo crônico por sequelas de demência, sem alterações neurológicas agudas • Resultado da consulta não satisfatório, sem sinais de deterioração, com sinais vitais normais
AZUL	• Foco de atenção para monitoramento de um indivíduo • Resultado da consulta não satisfatório, sem sinais de deterioração, com sinais vitais normais
ATENÇÃO	Alterações graves, alterações intencionais, alterações inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, alterações metabólicas, desidratação, infecção aguda e doenças autoimunes (auto agudização)

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

VERMELHO

- Construção de vias aéreas
- Dispneia associada à alteração do nível de consciência (alergias, Confusão mental, intoxicação, Agonia)
- Vozado
- Dispneia associada a taquicardia FC > 100 bpm ou bradicardia FC < 60 bpm
- FR > 30 RPM
- Cianose, edematoso capilar > que 2+, com uso de musculatura acessória a SpO₂ < 90 %
- Ausculto adventícios ausíveis sem uso do estetoscópio
- Murmúros vesiculares extremamente diminuídos

LARANJA

- Risco de obstrução de vias aéreas
- Sinais respiratórios com estímulos vagotônicos, fase subcorada
- Círculo de saturação SpO₂ < 90 a 94%
- Sinais adventícios ausíveis à palpação com uso do estetoscópio
- FR > 20 RPM
- Murmúros vesiculares parcialmente abafados associado a dispneia
- Hemoptise (sangramento das vias aéreas baixas) com ou sem tosse

AMARELO

- Saturação SpO₂ entre 90 a 94 %, com frequência respiratória de 20 a 24 RPM
- Tosse produtiva com escarro hemoptóico ou com ruídos adventícios
- Murmúros vesiculares parcialmente abafados sem dispneia

VERDE

- Tosse produtiva
- Dor de garganta com sinais de infecção (apex purulenta, febre)
- Saturação SpO₂ entre 90 a 94 %, espontânea

AZUL

- Cianose
- Dor de garganta, sem sinais de infecção no feixe
- Tosse seca
- Sinais gripais, sem febre

ATENÇÃO

Assessar nível de gravidade dos sintomas com suporte de Cálculo M

ALTERAÇÕES TRAUMA

VERMELHO

- Suspeita de trauma crânio encefálico (TCE), trauma cervical, trauma do abdômen (TAb), trauma do tórax (TTo), trauma do membro superior
- Postura em mais de 2 segmentos corpóreos
- Trauma torácico a/ou abdominal, com repercussão hemodinâmica e ventilatória
- Trauma aberto: contusão, laceração, abrasão e/ou perfuração
- Amputação, desmembramento, amputação de extremidades
- Perfuração por arma de fogo ou por arma branca
- Sangue de 3 a 5
- Afogamento potencial para trauma respiratório - TRe
- Ferimento com hemorragia não compressível ou amarração
- Astenia por corpo estranho
- Lesões provocadas por armas pessoais, com repercussão hemodinâmica e ventilatória
- Empalamento

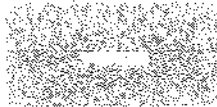
LARANJA

- Trauma torácico, abdominal e pélvico, com repercussão hemodinâmica e ventilatória no momento de avaliação
- Suspeita de fratura fechada de extremidades, com deformidade aparente
- Suspeita de fratura aberta de extremidades
- Edema com deformidade e limitação funcional em membros por trauma em até 48h, com dor moderada (6 a 10)
- Dor leve por trauma, com dor intensa (8 a 10)
- Sangue de 9 a 14
- Ferimento com sangramento não compressível
- Risco de infecção de ferida, sexual e no intestino
- Cordeiro exposto em TALS, sem comprometimento respiratório
- Lesões provocadas por armas pessoais ou venenosas, sem repercussão ventilatória e ou hemodinâmica
- Lesões abertas

AMARELO

- Edema, limitação funcional por trauma, com dor moderada (6 a 7) em até 48h
- Cefaleia, fadiga ou trauma, com dor moderada (6 a 7) secundária ao trauma
- Ferimento traumático (fratura provocada) na pele após contato com objeto durante o trauma
- Corpo estranho no canal auditivo, nasal ou ocular
- Ingestão de corpo estranho
- Suspeita de fratura fechada de extremidades, com deformidade aparente

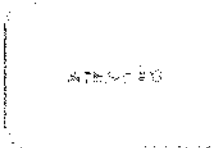
Handwritten signature



Acesso à Saúde é um livro que trata da importância da saúde para a sociedade e da necessidade de acesso a serviços de saúde para todos. O livro aborda a questão da equidade no acesso à saúde e a importância da atenção primária à saúde.



Acesso à Saúde é um livro que trata da importância da saúde para a sociedade e da necessidade de acesso a serviços de saúde para todos. O livro aborda a questão da equidade no acesso à saúde e a importância da atenção primária à saúde.



Acesso à Saúde é um livro que trata da importância da saúde para a sociedade e da necessidade de acesso a serviços de saúde para todos. O livro aborda a questão da equidade no acesso à saúde e a importância da atenção primária à saúde.



Acesso à Saúde é um livro que trata da importância da saúde para a sociedade e da necessidade de acesso a serviços de saúde para todos. O livro aborda a questão da equidade no acesso à saúde e a importância da atenção primária à saúde.



Acesso à Saúde é um livro que trata da importância da saúde para a sociedade e da necessidade de acesso a serviços de saúde para todos. O livro aborda a questão da equidade no acesso à saúde e a importância da atenção primária à saúde.



Acesso à Saúde é um livro que trata da importância da saúde para a sociedade e da necessidade de acesso a serviços de saúde para todos. O livro aborda a questão da equidade no acesso à saúde e a importância da atenção primária à saúde.

DSO

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

AMARELO

- Eritema purpúreo, petéquias, vasculites sem rigidez de nuca.
- Cefaleia Moderada, súbita ou rapidamente progressiva.
- Anúria.
- HGT entre 200mg/dL e 300mg/dL assintomático.
- Febre entre 38°C a 38,9°C associados a outros sinais e sintomas.

VERDE

- Tontura, náusea, cansaço excessivo.
- Náuseas/ vômitos sem sinais de desidratação.
- Queixa de oligúria.
- Queda do estado geral crônica.
- Sinais flogísticos no globo ocular (vermelhidão, prurido, lacrimejamento e/ou secreção).
- HGT $\geq$ 200mg/dL assintomático.
- Caquexia.

AZUL

- Cefaleia leve e persistente com ou sem secreção nasal.
- Renovação de prescrição de medicamentos.
- Aquisição de insumos para tratamento contínuo.

ATENÇÃO

Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, choque pirogênico, choque anafilático, intoxicação exógena e acidentes com animais peçonhentos.

QUEIMADURAS E FERIDAS

VERMELHO

- Queimadura elétrica, química e/ou inalatória em qualquer percentual.
- Queimadura de 2º Grau $>10\%$ em SCQ.
- Queimadura de 3º Grau.
- Queimadura de 2º Grau em perineo/face.

LARANJA

- Sinais de intermação (bradipneia, taquicardia, febre $> 40^\circ$).
- Queimadura de 2º Grau até 10% em SCQ.

AMARELO

- Queimadura de 1º Grau com agravos*
- Ferida em cabeça, tronco ou genitália, com presença de miase.
- Lesão cutânea com sinais flogísticos (Erisipela, celulite, abscessos, úlceras e pés diabéticos).

VERDE

- Queimaduras em fase de epiteliação, com infecção local.
- Lesão cutânea infectada com febre (foliculite e furunculose).
- Dermatites alérgicas.
- Queimadura de 1 grau sem agravos.
- Ferida em cabeça, rosto ou em cavidades com miase, com ou sem doença de base.

AZUL

- Lesão cutânea infectada sem febre (foliculite e furunculose).
- Afecções cutâneas: impetigo, escabiose, micoses.
- Retirada de pontos.
- Pediculose.
- Ferida em membros superiores ou inferiores, com presença de miase, sem outra doença de base.
- Qualquer troca de curativos de rotina (exceto situações especiais).
- Dermatites eritemato- descamativas (psorise e dermatite de contato).
- Dermatoses em geral.

ATENÇÃO

Áreas críticas para queimaduras - Face, pescoço, axilas, mãos, pés, genitálias e grandes articulações.
*Agravos: sinais de desidratação, prostração, vômito, Cefaleia, tontura, sudorese intensa e diarreia.

YPP



DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DIARRÉIA AGUDA

VERMELHO	- Hematemese, enterorragia e/ou melena, com instabilidade hemodinâmica. - Hematuria maciça com instabilidade hemodinâmica. - Dor abdominal intensa à palpação. - Sangramento vaginal ativo (com instabilidade hemodinâmica). - Qualquer dor abdominal com icterícia e/ou sangramento ativo.
AMARELO	- Diarreia com presença de sangue e sinais de desidratação. - Retenção urinária aguda, anúria ou oligúria (Atentar para troca de CVD em casos de obstrução). - Lombalgia refratária a analgesia. - Hematemese, enterorragia e/ou melena, sem instabilidade hemodinâmica. - Rápido em pacientes com hemorrotobulopatias.
VERDE	- Dor abdominal e/ou distensão moderada, com febre. - Sangramento vaginal ativo (sem instabilidade). - Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, com febre. - Diarreia com sinais de desidratação e/ou febre. - Vômitos com sinais de desidratação.
AZUL	- Dor abdominal leve sem outros sinais/sintomas. - Diarreia sem sinais de desidratação. - Disúria associada a lombalgia ou a gravidez, sem febre.
ATENÇÃO	Diarreia aguda = acima de 6 episódios, com evacuações líquida ou pastosa.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DIARRÉIA CRÔNICA

VERMELHO	- Intoxicação exógena com alteração do nível de consciência e/ou sinais vitais alterados. - Autoflagelação com lesões contundentes e/ou profundas; Sangramento ativo incontrolável. - Tentativa de suicídio com ou sem agitação psicomotora.
AMARELO	- Sinais de impregnação medicamentosa com: - Diluição, hipotonia ou hipertonia muscular; - Tremores; - Agitação psicomotora; - Alucinações. - Autoflagelação com lesões contundentes e sangramento ativo compressível. - Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência: auto ou hetero agressão. - Dellium (síndrome de abstinência moderada a grave).
VERDE	- Crise de pânico ou ansiedade. - Pensamento suicida. - Autoflagelação com lesões superficiais. - Histeria. - Euforia.
AZUL	- Histórico psiquiátrico com leve ou moderada alteração comportamental. - História de depressão auto, reação adaptativa. - Relato de insônia.
ATENÇÃO	- Etilismo crônico sem alterações sistêmicas agudas. - Troca de receita para prescrição medicamentosa. - Encaminhamentos para especialidades médicas. Hipoxemia e hipoglicemia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental. Avaliar a história clínica, medicamentosa e relato familiar. Caso esteja sem acompanhante, priorizar atendimento.

23/10

SÍNDROMES NEUROMOTORAS**VERMELHO**

- Dor intensa, aguda ou crônica agudizada (EVA 8 a 10).
- Paresia/Plegia aguda.
- Dor em segmentos com sinal de isquemia.

LARANJA

- Dor intensa, aguda ou crônica agudizada (EVA 8 a 10).
- com imobilidade ou,
- com sinais flogísticos em articulação.

AMARELO

- Dor moderada, aguda ou crônica (EVA 4 a 7).
- Lombalgia com imobilidade e/ou edema local.
- Parestesia em segmentos.

VERDE

- Dor leve (EVA 1 a 3) aguda ou crônica, sem isquemia, sem déficit motor, com diminuição da capacidade motora.
- Lombalgia sem déficit motor ou que irradia para os membros inferiores.
- Artralgia sem sinais de flogose.
- Edemas em articulações dos MMSS OU MMII.

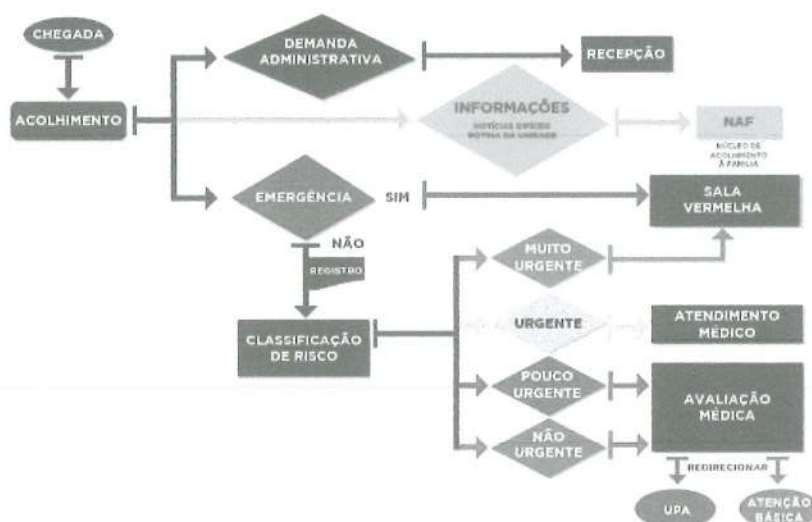
AZUL

- Dores crônicas sem outros sinais/sintomas (tendinites, bursites, sinovites).

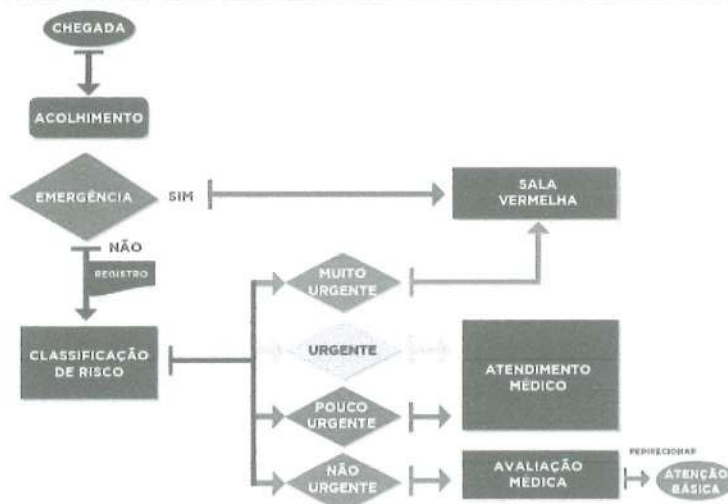


Fluxogramas de Atendimento Adulto

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

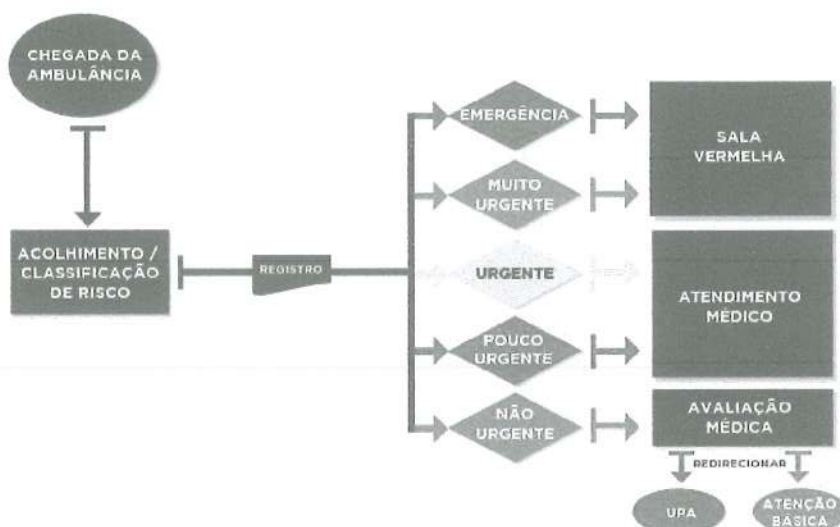


FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO UPA

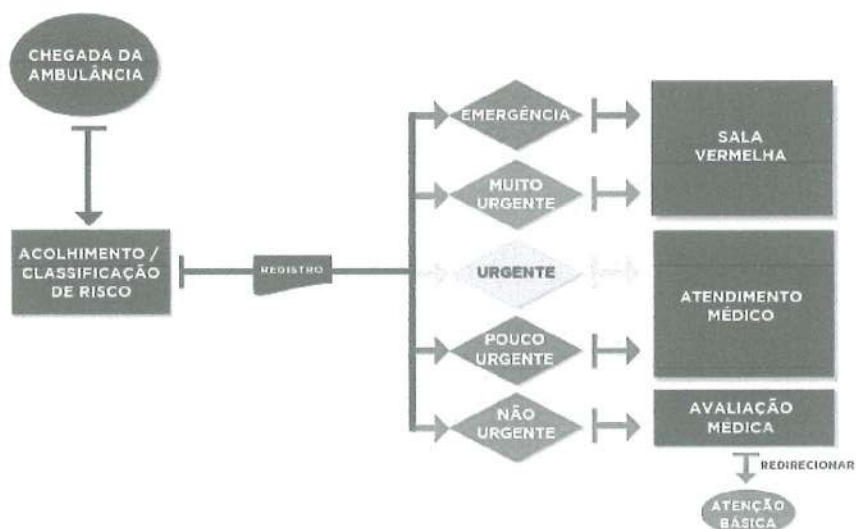


723

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - AMBULÂNCIA



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO UPA - AMBULÂNCIA



Descritores de Atendimento Pediátrico

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

VERMELHO

- Letargia ou agitação.
- Estridor em repouso (corpo estranho).
- Apnéia ou bradpneia / gemência no lactente.
- Sinais de desconforto respiratório grave.
- Tiragem subcostal intensa, taquipneia (Retração de fúrcula externa).
- Cianose ($SO_2 < 90\%$).
- Choque.

LARANJA

- Taquipneia sem esforço ou com tiragem intercostal leve.
- Estridor ao choro sem cianose (criança menor de 3 anos).
- Fala entrecortada ou choro entrecortado com SO_2 acima de 91%.
- Cianose ao choro.

AMARELO

- Desconforto respiratório leve.
- Taquipneia com tiragem intercostal leve, estridor ao choro, sem cianose.

VERDE

- Sintomas gripais.
- Dor de garganta, tosse produtiva.
- Otorreia.
- Otitis.

AZUL

- Resfriado sem febre.
- Coriza, obstrução nasal sem dificuldade respiratória.
- Ausência de sinais de desconforto respiratório.

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

VERMELHO

- Parada cardiorrespiratória.
- Perda do nível de consciência, bradpneia, gasping (padrão respiratório irregular).
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.
- Bradicardia ($FC < 40$ bpm).
- Sincope, lipotímia, sudorese, extremidades frias e pegajosas, cianose.
- Taquicardia, pulso periférico fino.
- Pele e extremidades frias.
- Cardiopatia congênita cianótica.

LARANJA

- Com alterações de sinais vitais.
- Sudorese fria.
- Cardiopatia congênita acianótica.
- Cianose periférica.

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

VERMELHO

- Convulsão no momento.
- Pós-comicial não responsivo.
- Perda nível consciência.
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.

LARANJA

- Relato de crise convulsiva ou estado pós-comicial responsivo.
- Escala de Coma de Glasgow - 9 a 13.
- Cefaleia intensa (escala de dor - 8 a 10).
- Sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela).
- Letargia ou hipoatividade.
- Irritabilidade (choro incontrolável) em criança menor de 3 meses.

AMARELO

- Hipotonia, flacidez, déficit focal na criança lúcida.
- Escala de Coma de Glasgow - 14 a 15.
- Dor moderada (4 a 7).

VERDE

- Dor leve (1 a 3).

AZUL

- Diagnóstico anterior de doença neurológica para adequação de medicamentos.

ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

VERMELHO

- Letargia, inconsciência.
- Desidratação grave com sinais de choque.
- Escala de Coma de Glasgow - 3 a 8.
- Hipotermia ou Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 37,8C no RN.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 40,5C.
- Anafilaxia grave (edema de glote e angioedema).

LARANJA

- Dor intensa (8 a 10).
- Taquicardia, olhos fundos, boca seca e fontanela deprimida no lactente.
- Sangramento vaginal.
- Distensão abdominal e vômitos no RN.
- Dor abdominal intensa.
- Urticária gigante.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 39,5C a 40,4C.

AMARELO

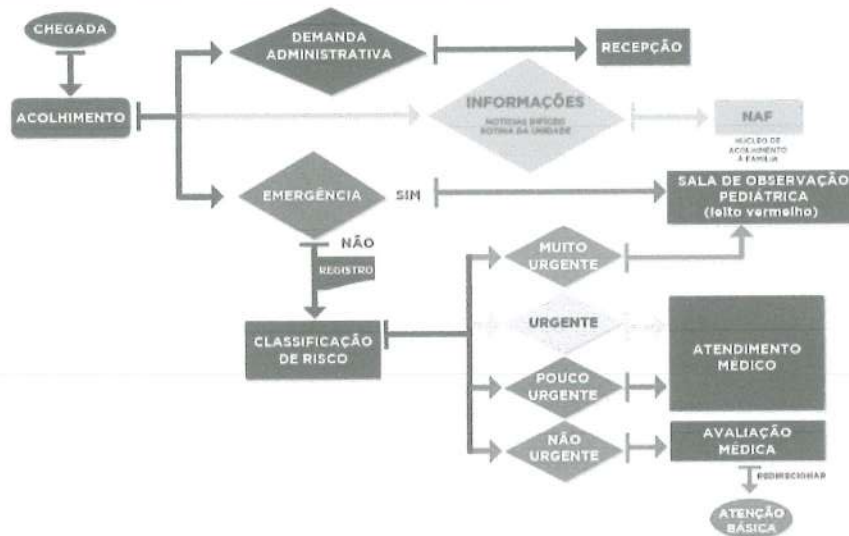
- Dor moderada (4 a 7).
- Desidratação sem choque.
- Icterícia extensa no recém-nascido.
- Diarreia com presença de sangue.
- Desnutrição grave sem hipotermia e/ ou hipoglicemia.
- Dor abdominal moderada (4 a 7).
- Distensão abdominal moderada.
- Placas urticariformes.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou > que 39,4C a 38,9C.

VERDE

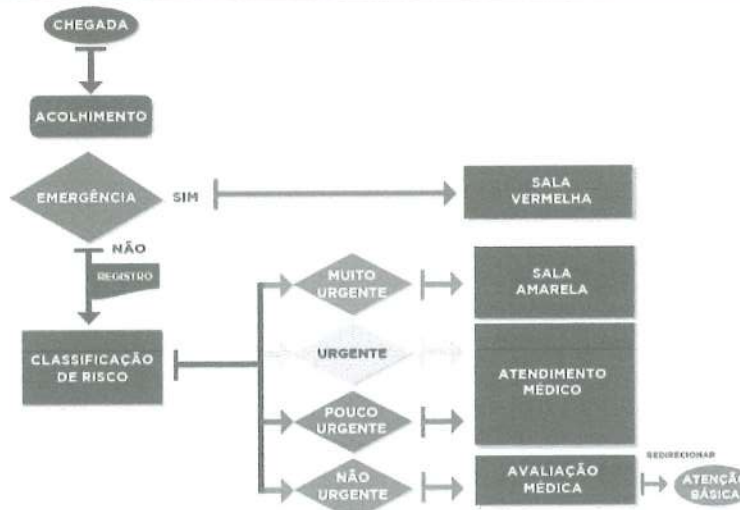
- Dor leve (1 a 3).
- Diarreia e vômitos sem desidratação.
- Dor abdominal leve (1 a 3).
- Disúria.
- Odinofagia (dor para engolir).
- Icterícia persistente no lactente < 3 meses.
- Eliminação de vermes.
- Prurido.
- Febre aferida ou referida (nas últimas 24hr) = ou < que 38,8C.

Fluxogramas de Atendimento Pediátrico

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PEDIÁTRICO

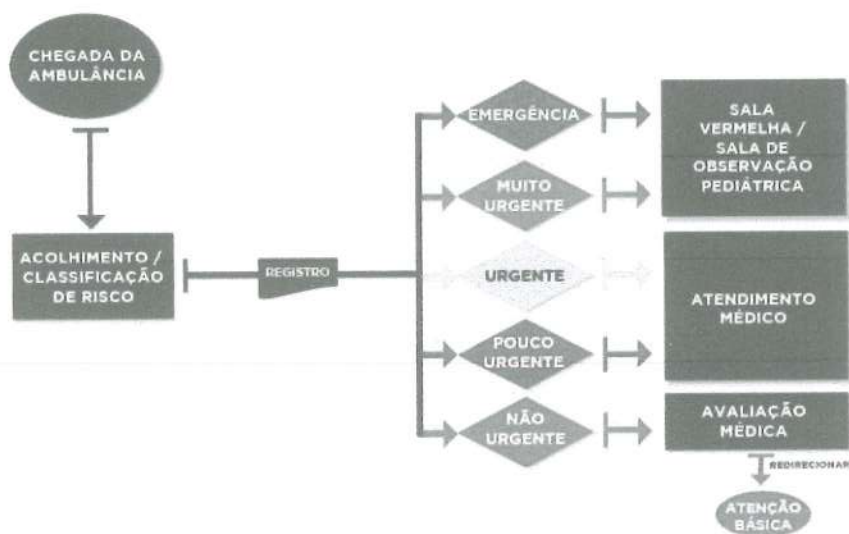


FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO UPA PEDIÁTRICA E MISTA



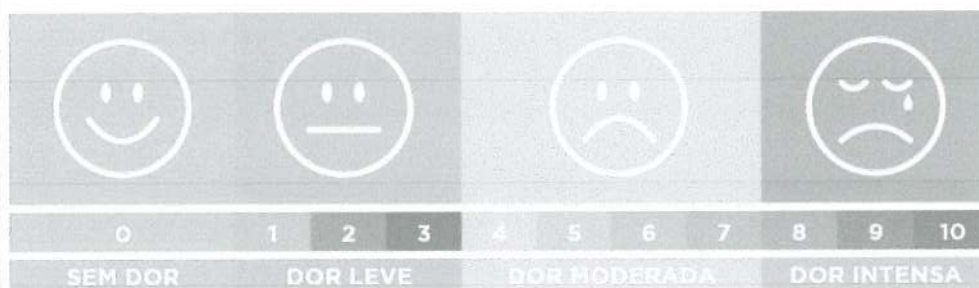
DJP

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO - AMBULÂNCIA



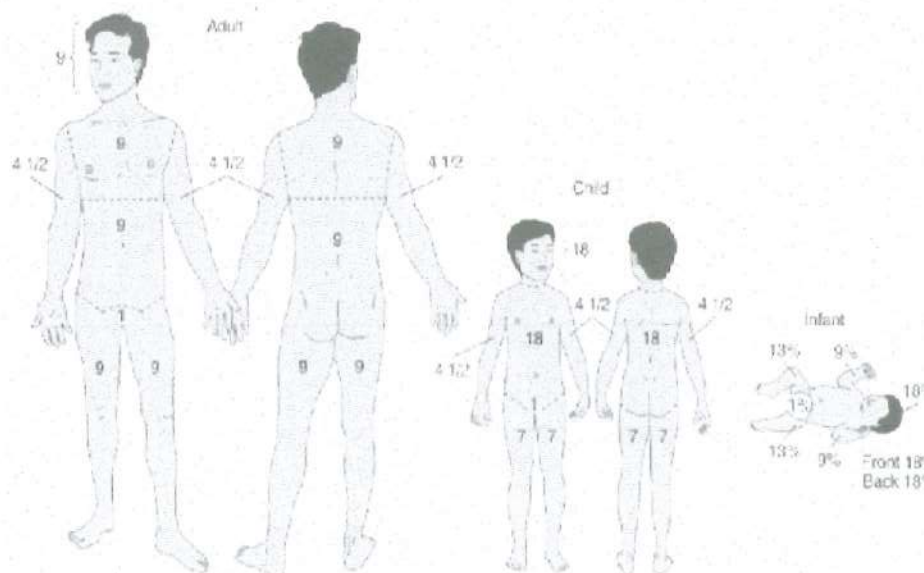
Ferramentas para Avaliação da Enfermagem

Escala Numérica e Visual de Dor



Fonte: Carvalho, 2006. Adaptado SES/RJ 2021

Classificação de Superfície Corporal Queimada



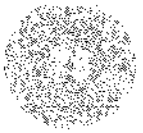
Fonte: <http://www.ufirj.br/institutos/it/de/acidentes/queima.htm>

277

REFERÊNCIAS

- ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018.
- ABEN- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente, Ciclo 4, Modulo 3, (LEITE, Maria M.J. Porto Alegre; Artmed/Panamericana, Editora 2006.p 176; ISSN 1809-9521.
- ANDRADE, Francisco Alves de; PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276, Abril, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010411692006000200018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 Set. 2019.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em
- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Maio 2019.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Bherens- MG.
- BRANDOW AM, CARROLL CP, CREARY S, EDWARDS-ELLIOTT R, GLASSBERG J, HURLEY RW, KUTLAR A, SEISA M, STINSON J, STROUSE JJ, YUSUF F, ZEMPSKY W, LANG E. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain. *Blood Advances*, vol. 4, n. 12, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de quadros de procedimentos: AIDIPi Criança: 2 meses a 5 anos. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Brasília. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico Adulto e Criança. MS, 2016.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

- Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha de Ambiência - 2.^a edição - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - DF - 2006.
- Portaria N^o 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 12 nov. 2002.
- Portaria GM 1.600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 2011.
- Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Portaria GM/MS N^o 3.390 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.
- Presidência da República Casa Civil. Lei no 10.741, de 1^o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
- Presidência da República Casa Civil. Lei N^o 8.069, de 13 de julho de 1990.
- Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 86 p.: II
- CARVALHO, C. R. R. Fisiopatologia Respiratória. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- CARVALHO DS, KOWACS PA. Avaliação da intensidade de dor. Migrâneas cefaléias, 2006; v.9, n.4, p.164-168.
- COFEN. Resolução COFEN 423/2012. Normatiza no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.



- COREN SP. PARECER COREN-SP 024/2013 – CT PRCI nº 101.023 e Tickets nº 288.389, 289.295, 297.749 e 299.751. Competência para aplicação e avaliação de escalas da dor.
- COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de *Manchester*. *Rev Médica de Minas Gerais*. MG, 2012. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101> Acesso em: 24 de janeiro de 2022.
- Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. Segunda Edição Brasileira, 2017.
- KASPER... (et al); tradução: Ademar Valadares Fonseca...et al.; revisão técnica; Alessandra Finkelsztejn... et al. Medicina interna de Harrison. 19ª edição. Porto Alegre; AMGH, 2017.
- LINK, Mark S., BERKOW, Lauren C.; et al. AHA Guidelines Uptodate for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care. Nov. 2015. *Circulation* 2015; 132:S444- S464
- MAFRA, A. A. et al. Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Municipal Odilon Behrens em Belo Horizonte, 2006.
- PADUÁ, A. I, ET AL. Insuficiência Respiratória. Simpósio: Urgências e Emergências Respiratórias. Cap. I, Ribeirão Preto, 2003.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. O serviço de urgência: recomendações para os cuidados urgentes e emergentes, 2004.
- RIO DE JANEIRO. LEI Nº 8.964, DE 03 DE AGOSTO DE 2020. Obriga os estabelecimentos de saúde públicos e privados a priorizar o atendimento de urgência e emergência aos pacientes com imunodeficiências, hemoglobinopatias, incluindo pessoas com autismo e/ou transtorno mental, e dá outras providências.
- Secretaria Estadual de Saúde. Procedimento Operacional Padrão - Organização de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco, 2009.
- Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo estadual de saúde para Prevenção de Violência. Protocolo de Atendimento aos usuários em Situação de Violência. SES-RJ, 2021.
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Manual de acolhimento e classificação de risco nos serviços de Urgência e emergência – SMSDC, 2015.

729



- SILVA CRA, LUNARDI Filho WD, BACKES DS, SILVEIRA RS, Lunardi VL, Silva APA. Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. *Ciência Cuidado Saúde*. 2011.
- SIMON E, LONG B, KOYFMAN A. Emergency Medicine Management of Sickle Cell Disease Complications: An Evidence-Based Update. *J Emerg Med*. 2016. Epub 2016 Aug 20. PMID: 27553919.
- SZPILMAN David, Afogamento. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*; Vol. 6, Nº 4 – Jul/Ago, 2000 acesso em <https://www.scielo.br/rbme/a/QsYqrfCKQT5vYbs8XPNCm4z/?format=pdf&lang=pt>
- TORRE, J.L. Fernández. Auras epiléticas; classificação, fisiopatologia, utilidade prática, diagnóstico diferencial e controvérsias. *Revista de neurologia* vol.34 (número 10), Barcelona, 2002. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2001259/> por, acessado em: 11/01/2021.

12. FLUXOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE (EIXO VERDE, EIXO VERMELHO, SALA DE OBSERVAÇÃO E LEITOS DE OBSERVAÇÃO)

Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação em Áreas Restritivas, Externas e Internas

A definição dos fluxos operacionais contempla aspectos peculiares dos processos de trabalho e acesso do usuário à unidade, com vistas à qualidade do atendimento.

Para a utilização adequada dos diferentes níveis de complexidade do Sistema de Saúde é necessário estabelecer Fluxo Regionalizado, atendendo às necessidades dos usuários de maneira organizada. Fluxos inexistentes ou inadequados, a duplicidade de Serviços para o mesmo fim e o acesso facilitado nos níveis de maior complexidade geram distorções que comprometem a integralidade, a universalidade, a equidade e racionalidade de gastos.

O objetivo do INSTITUTO DE SAÚDE HUMANIDADE E PESQUISA na gestão do Pronto Atendimento Municipal de Jacupirangaé sempre prestar um atendimento de qualidade e eficiência, para que isso aconteça os objetivos para organização do fluxo dos usuários em atendimento são:

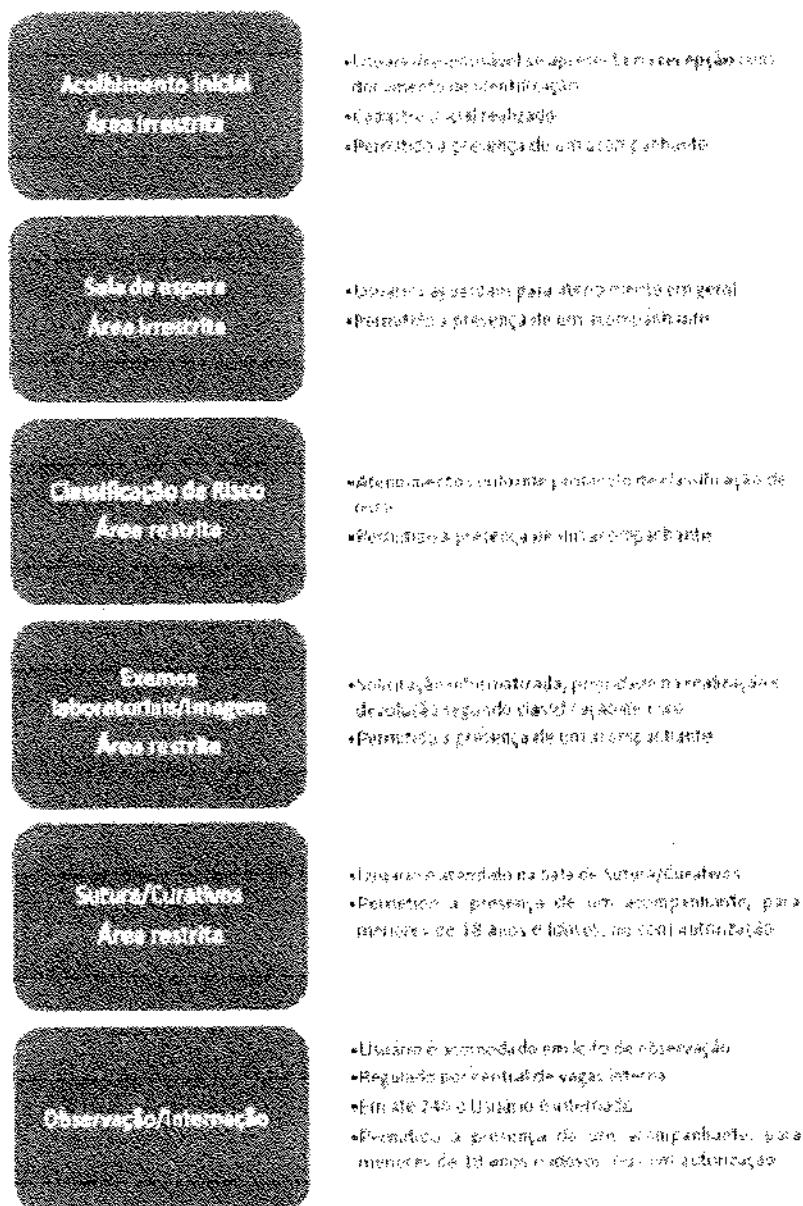
- Orientar as pessoas que passam pelas portarias que se destinam à Unidade de Saúde gerida, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de crachás (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes



comerciais autorizados pelo Setor de Compras);

- Respeitar os horários de visitas, troca de acompanhantes e outros serviços afim de não prejudicar o atendimento ao usuário;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, entre outros;
- Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa ser utilizado na troca de plantão e para verificação de sua liderança. Durante a troca de plantão deverá ser passado aos respectivos porteiros que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações;
- Serão acrescentados aos procedimentos descritos anteriormente, os que serão executados de acordo com as características do Pronto Socorro, conforme constam nesse deste Plano de Trabalho.
- Organização do Fluxo de Usuários e Acompanhantes para Áreas Irrestritas e Restritas da Unidade de Pronto Atendimento.

Organização do Fluxo de Usuários e Acompanhantes para Áreas Irrestritas e Restritas da Unidade de Pronto Atendimento



FLUXO PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento é realizado com Acolhimento e Classificação de Risco (PCACR), uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos. O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos Serviços de Emergência. O objetivo desse Fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PADRÃO DE ACESSO AO PRONTO SOCORRO – PACIENTE

Porta de Entrada Recepção:

O paciente chega à Unidade pela Recepção Central, onde fará sua Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), após é realizada a Estratificação de Risco pelo enfermeiro que classificará o risco do paciente, determinando o tempo adequado e a prioridade para o atendimento médico. O médico plantonista (clínico geral, ortopedista e/ou pediatra) em consulta realiza o diagnóstico e determina o tipo de atendimento a ser prestado ao paciente dentro da Unidade.

Paciente com Alto Risco:

Deverá ser encaminhado imediatamente para a Sala de Reanimação. O tempo para os casos classificados como Alto Risco é Zero, não devendo aguardar na recepção ou em qualquer outra dependência da Unidade que não esteja apta para qualquer intervenção de caráter emergencial.

Pacientes em Risco com Potencial de Gravidade:

Quando em risco com potencial de gravidade encaminhará diretamente ao consultório, sala de observação da Unidade e/ou Sala de Reanimação e Estabilização (seguindo os Protocolos instituídos). Solicitará consulta para os médicos da unidade com maior agilidade afim de que não aumente os riscos ao usuário.



Pacientes Não Urgentes:

Os casos não urgentes e/ou estabilizados que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas (como os portadores de agravos crônicos agudizados ou de patologias agudas graves) serão “contrareferenciados”, ou seja, direcionados para a Atenção Básica ou Rede Especializada de Atendimento.

Paciente com Necessidade de Avaliação Especializada e Exames Diagnósticos:

1. Os pacientes que apresentem suspeitas ou patologias de alta complexidade ou que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis na Unidade após acolhimento e estabilização do quadro clínico, deverá ser solicitado avaliação e conduta das especialidades multiprofissionais por meio de Interconsulta ou solicitação de exames para melhor diagnóstico e avaliação do caso;
2. Os pacientes que apresentem suspeitas ou patologias de alta complexidade ou que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos NÃO disponíveis na Unidade após acolhimento e estabilização do quadro clínico, deverá ser emitido Solicitação/Relatório Médico, via Central de Regulação, buscando a transferência com garantia de recursos e recebimento do paciente pela Unidade de Destino.
3. Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde: Compete a Unidade de Urgência e Emergência o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida. Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Reanimação/Estabilização para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro para posteriormente ser encaminhado a outras acomodações caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no posto de enfermagem enquanto o paciente permanecer na Unidade.

O Macrofluxo de Atendimento na Urgência/Emergência é apoiado pelos seguintes Fluxos, que serão discutidos com toda a equipe do Pronto Socorro para sua efetiva implantação e será operacionalizado e monitorado pela equipe de enfermagem:

- Fluxo interno para realização de exames diagnósticos, por meio de solicitação informatizada com prioridade na realização e devolução, segundo a classificação do ACCR;
- Fluxo do usuário para atendimento médico: será definido o local de espera, onde o usuário aguardará pelo atendimento médico em local específico, de acordo com a classificação do seu agravo;
- Fluxo de consulta médica: o usuário será chamado de acordo com a Classificação do ACCR na seguinte ordem: Amarelo, Verde e Azul (vermelho e laranja deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência);
- Fluxo do usuário para o atendimento de enfermagem: será discutida com a equipe de enfermagem a implantação da Consulta de Enfermagem e, desta forma, após abertura da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) o usuário será encaminhado à Consulta de Enfermagem;
- Fluxo da Sala de Observação, da Sala de Inalação e Medicação e Sala de Suturas, conforme exemplos abaixo, a serem readequados, em conjunto com as equipes de atendimento, após o início das atividades na unidade. Todos os locais de atendimento deverão ter seus fluxos redesenhados e pactuados internamente.

Handwritten signature

[illegible]

13. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

A Gestão da Clínica abrange não apenas os procedimentos internos da Unidade, mas todos aqueles necessários ao adequado fluxo do paciente entre as unidades da Rede de Urgência e Emergência, no âmbito municipal e regional. O fluxo adequado do paciente constitui elemento crítico e deve ser um dos pilares para alcançar a efetividade e eficiência dos serviços. O transporte Inter Hospitalar e a atenção domiciliar integram os serviços oferecidos pela Rede de Urgência e Emergência, devendo-se adotar nestes espaços as boas práticas preconizadas nos demais pontos de atenção da Rede.

A inserção formal da Unidade de Saúde na Rede Assistencial e no Sistema de Regulação Municipal e Estadual é realizada por meio do **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, estrutura técnica administrativa, instituída pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por meio da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, em seu Art. 6º, Inciso IV.

O NIR deve funcionar 24h por dia e 07 dias por semana, sendo responsável pelo monitoramento do paciente durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta.

O NIR deve ser composto por um enfermeiro e um assistente administrativo sob a coordenação técnica do médico (Staff) da Urgência e Emergência, Responsável Técnico pela Unidade no momento da movimentação de pacientes.

O NIR deve dispor de pelo menos duas estações de trabalho, ligadas em rede com unidades internas (intranet) e para unidades externas (web); meios de comunicação interna com postos de enfermagem; acesso ao Sistema Informatizado de Gestão de Leitos; entre outros recursos necessários a um funcionamento ágil e eficiente.

ATRIBUIÇÕES DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR):

- A) Realizar interlocução direta com a Central de Regulação, cabendo a ele disponibilizar por meio eletrônico, em tempo real a quantidade de leitos disponíveis na unidade para internação;
- B) Realizar a interface com as Centrais de Regulação;
- C) Solicitar leitos de internação, em tempo real para as referências locais, segundo critérios pré-estabelecidos, capacidade instalada das unidades assistenciais e protocolos estabelecidos pela secretaria de saúde;

- D) Buscar vagas de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico fora da Unidade para os pacientes, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito estadual;
- E) Implantar procedimentos técnico administrativos internos às unidades assistenciais, de acordo com as regras estabelecidas pela SMS Juquiá/SP para regulação de pacientes no âmbito municipal e estadual.

Apresentamos a seguir um Modelo de Encaminhamento para Unidades Básicas de Saúde.

ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

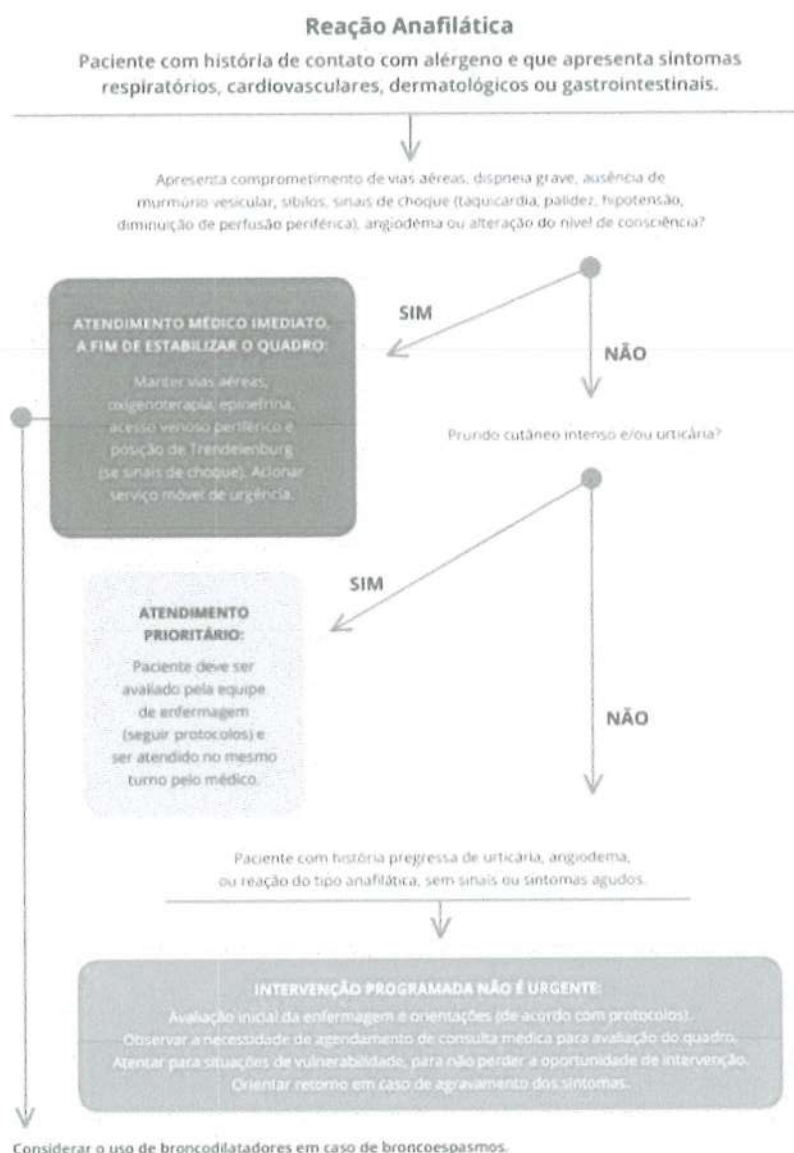
Baseando-se no protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da SES-AL, este usuário foi classificado na cor AZUL e, portanto, segue encaminhado para atendimento à Unidade de Atenção primária para transferência do cuidado. Data do atendimento:	
Nome completo:	
Número do cartão do SUS:	
Data de nascimento:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
Telefone:	
Queixa principal:	
Sinais vitais e aferições de apoio	
PA: ____ / ____ mmHg FR: ____ irpm FC: ____ bpm Tax: ____ °C	
SatO ₂ : ____ % HGT: ____ mg/dL	
Avaliação médica/Condutas	
Exames complementares	
CID 11 principal:	
Nome da Unidade de Atenção Primária	
Localização	

DD

13.1.FLUXOS DAS PRINCIPAIS DEMANDAS QUE CHEGAM ÀS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Apresentamos a seguir os Fluxos para as principais queixas que chegam às Unidades de Pronto Atendimento, para as quais o ISHP apresenta no próximo Item os Procedimentos Operacionais Padrão e Protocolos Clínicos que orientarão as Linhas de Cuidado.

QUEIXAS COMUNS NO ATENDIMENTO: DEMANDA ESPONTÂNEA EM URGÊNCIAS EMERGÊNCIAS



Handwritten signature

Cefaleia

Paciente com queixa de cefaleia



Atualizar o histórico recente da vida real, com ênfase nos estudos e no trabalho, de modo a avaliar possíveis causas psicossomáticas e/ou orgânicas da ocorrência de crises de dor, e identificar as principais atividades da rotina do paciente.

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Mantém vasodilatadores (nifedipina, epinefrina, acetilsalicílico parietal) e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Ativar serviço móvel de urgência.

SIM



NÃO



Atualizar o histórico recente da vida real, com ênfase nos estudos e no trabalho, de modo a avaliar possíveis causas psicossomáticas e/ou orgânicas da ocorrência de crises de dor, e identificar as principais atividades da rotina do paciente.

SIM



NÃO



Atualizar o histórico recente da vida real, com ênfase nos estudos e no trabalho, de modo a avaliar possíveis causas psicossomáticas e/ou orgânicas da ocorrência de crises de dor, e identificar as principais atividades da rotina do paciente.

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Mantém vasodilatadores (nifedipina, epinefrina, acetilsalicílico parietal) e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Ativar serviço móvel de urgência.

SIM



NÃO

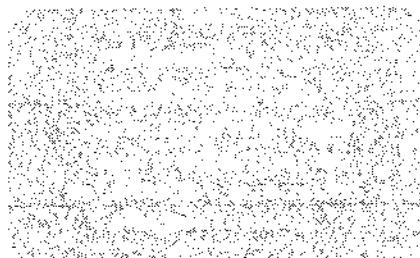


Atualizar o histórico recente da vida real, com ênfase nos estudos e no trabalho, de modo a avaliar possíveis causas psicossomáticas e/ou orgânicas da ocorrência de crises de dor, e identificar as principais atividades da rotina do paciente.

SIM



NÃO



Atualizar o histórico recente da vida real, com ênfase nos estudos e no trabalho, de modo a avaliar possíveis causas psicossomáticas e/ou orgânicas da ocorrência de crises de dor, e identificar as principais atividades da rotina do paciente.

Alterações Glicêmicas

Paciente diabético com queixas relacionadas a alterações glicêmicas

Apresenta comormentamento de vias aéreas, dispnéia grave, assímetria de murmúrio vesicular, rúlos, sinais de choque (taquicardia, pulsoz, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), engordento ou alteração do nível de consciência?

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter vias aéreas,
oxigenoterapia, epinefrina,
acesso venoso periférico
e posição de Trendelenburg
(se sinais de choque). Ativar
serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

Hipoglicemia associada a vômitos, fraqueza muscular,
dor abdominal, com defesa, sinais de desidratação,
hipotensão, taquicardia, tórto cetônico, fraqueza,
tontura, alteração da consciência? Leve?

SIM

NÃO

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Paciente deve ser avaliado pela
equipe de enfermagem
(segur protocolos), reavaliar,
reorientação oral e orientações gerais.
Avaliação médica no mesmo turno,
verificar se há necessidade de chamar
serviço de urgência. Solicitar retorno
breve para reavaliar o quadro.

Hiperglicemia sem sinais ou sintomas associados?
Vômitos persistentes?

SIM

NÃO

Vômitos/ Algum outro problema
agudo no momento?

SIM

NÃO

Diarreia e/ou vômito

Paciente com queixa de diarreia e/ou vômito

1. Qual o tempo de duração da diarreia e/ou vômito? (Se o tempo de início da diarreia e/ou vômito for maior que 24 horas, não se trata de uma infecção aguda, mas de uma infecção crônica. Nesse caso, o paciente deve ser encaminhado para o serviço de gastroenterologia para avaliação e tratamento específico.)

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Mantém a hidratação
intravenosa, se necessário
acesso venoso periférico
e posição de Trendelenburg
(se sinais de choque). Acionar
serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

2. O paciente está com febre?
Se sim, qual o grau da febre? (Se a febre for maior que 38,5°C,
o paciente deve ser encaminhado para o serviço de
gastroenterologia para avaliação e tratamento.)

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO:

Realizar a devida avaliação
pelos serviços de enfermagem,
realizar procedimentos de
hidratação oral e coleta de amostras
para análise. Avaliação médica no
pré-atendimento, com a finalidade
de verificar a necessidade de acionar o serviço
de urgência. Se não houver
necessidade, encaminhá-lo para o serviço de
gastroenterologia.

SIM

NÃO

3. O paciente está com dor?
Se sim, qual o tipo de dor? (Se a dor for
difusa, o paciente deve ser encaminhado para o
serviço de gastroenterologia para avaliação e
tratamento.)

SIM

NÃO

JPB

Dor Abdominal

Paciente com queixa de dor abdominal

Apresenta dor abdominal aguda e localizada, com início súbito, de intensidade moderada a grave, com ou sem sinais de irritação peritoneal, com ou sem sinais de obstrução intestinal, com ou sem sinais de sangramento, com ou sem sinais de infecção, com ou sem sinais de trauma, com ou sem sinais de doença sistêmica.

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, A FIM DE ESTABILIZAR O QUADRO:

Manter via aérea, oxigenoterapia, analgesia, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (e sinais de choque). Ativar serviço móvel de urgência.

SIM

NÃO

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Avaliar o atendimento do serviço de urgência, avaliar a necessidade de transferência para o hospital de referência, realizar o atendimento de urgência, retornar o paciente para a rede de atenção primária.

SIM

NÃO

Se o paciente não apresentar sinais de choque, com ou sem sinais de infecção, com ou sem sinais de trauma, com ou sem sinais de doença sistêmica.

SIM

NÃO

770

Protocolo Analgésico Adulto

DOR	PROTOCOLO ANALGÉSICO EM ENFERMARIA
Intensa	Contatar clínica de tratamento da dor ou serviço de anestesia ou clínico de plantão
Forte	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h - 6/6h e/ou AINH + Clonidrato de Tramadol 100mg VO - SC - EV 6/6h ou Nalbuprina 10mg EV 4/4h diluído em 20ml - infundir lentamente + medicações coadjuvantes
Moderada	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h - 6/6h e/ou AINH + Clonidrato de Tramadol 50mg VO - SC - EV ou Codeína + Paracetamol 30mg VO 4/4h + medicações coadjuvantes
Leve	Dipirona ou Paracetamol 500mg - 1g VO /EV 4/4h - 6/6h e/ou AINH + medicações coadjuvantes
Sem dor	Observar

IMPORTANTE: as medicações devem ser aplicadas em intervalos diferentes, visando o menor tempo analgésico. Nunca usar AINH e Opióide com Opióide

Anti-inflamatório (AINH)

Cetoprofeno: 50mg VO 12/12h - 100mg EV 12/12h

Ibuprofeno: 300 a 600mg VO 12/12h

Etoricoxib: 90mg VO 12/12h

Celecoxibe: 200mg VO 12/12h

Pacientes > 60 anos: somente por 72h e outras faixas, observar o menor tempo possível

Medicação coadjuvante em dor miofascial

Ciclobenzopriloxil 5 a 10mg VO 8/8h

Baclofeno: 10mg VO 4/8h até 80mg/dia

Medicação coadjuvante em dor neuropática

Amipetrina: 12,5mg a 75mg/dia

Carbamazepina: 100 a 600mg/dia

Gabapentina: 300mg VO 4/4h até 2400mg/dia

Pregabalin: 75mg VO 12/12h até 450mg/dia

Profilaxia da hemorragia digestiva alta

Omeprazol: 20mg VO ou EV 24/24h

Ranitidina: 150 a 300mg VO 12/12h

Idosos: uso imediato: adultos e jovens > 14 anos mais de 2 dias de AINH

Handwritten signature

POSOLOGIA DE ANALGÉSICOS E MEDICAMENTOS ADJUVANTES EM ADULTO

Analgésico / Adjuvantes	Dose	Via de administração	Dose máxima Eficácia
Dipirona	1g VO/IV 4/4h ou 1/6h	IV ou VO	4g/4h gta (4x dia)
Paracetamol	1g VO/IV 4/4h ou 6/6h	VO	4g/4h gta (4x dia)
Amitriptilina	12,5 a 75mg/dia	VO	Pode ser aumentada a cada 2 dias até 75mg
Carbamazepina	100 a 600mg/dia	VO	2000mg
Codeína		VO	230mg
Tramadol	50 a 400mg/dia	IV / SC / VO	400mg
Metadona		VO / IV	
Morfina		VO	Não há
Ibuprofeno	200 a 600mg/dia	VO / GTS	1200mg
Dipirona	30mg/Kg dose 6/6h 4/4h	IV ou VO ou VR	50mg
Paracetamol	10mg/Kg dose 4/4h	VO	10mg
Amitriptilina	0,2 a 0,5mg/Kg dose 24/24h	VO	Até 45Kg - 0,5mg
Carbamazepina	< 6 anos 5 a 10mg/Kg/dia divididos em 2 doses	VO	2000mg
Codeína	0,5 a 1mg 4/4h	VO	1mg
Tramadol	0,5 a 1mg 6/6h	IV / SC / VO	1mg
Metadona	0,1 a 0,2mg/Kg 6 a 12h	VO	0,2mg
Morfina	0,1mg/Kg 6/6h a 8/6h	VO	0,1mg
Ibuprofeno	10mg/kg	VO / GTS	40gts (200mg)

740

14. GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

14.1. NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE

A criação do Núcleo de Qualidade visa à criação da cultura de Melhoria Contínua das práticas pela definição dos processos prioritários nas readequações de padrões, procedimentos e instrumentos elevando o padrão da qualidade da organização da instituição.

Além disso, o ISHP implantará Sistema de Monitorização da qualidade e desempenho dos Setores Assistências com interface com as Áreas Técnicas da SMS Maricá/RJ; implantará Pesquisa de Satisfação Contínua que atenda todos os perfis de usuários seguindo as diretrizes estabelecidas pela SMS Maricá/RJ.

O Instituto elaborará Relatório de Análise e Plano de Ação Mensal, tendo como base os Resultados da Pesquisa de Satisfação Contínua e estruturar mecanismos de controle para monitoramento dos Planos de Ação. Realizará análise dos Relatórios Gerenciais, de Demandas à Ouvidoria e das providências relacionadas considerando os seguintes critérios:

Planejamento:

1. Levantamento dos principais assuntos das manifestações;
2. Motivos para que tais manifestações ocorressem;
3. Alvos das manifestações (setor/categoria profissional/serviço);
4. Ações que serão aplicadas e justificativas.

Plano de Ação:

1. Ações realizadas de acordo com o planejamento previamente elaborado;
2. Avaliação das Ações;
3. Resultados obtidos e as justificativas possíveis;
4. Avaliação da eficácia das medidas previstas.

Propostas de Melhorias:

1. Determinar alteração, prorrogação ou encerramento de ações tomadas;
2. Confeccionar e apresentar Relatórios Trimestrais de Satisfação dos usuários contendo a avaliação dos indicadores da Pesquisa de Satisfação Contínua e Planos de Ação;
3. Elaborar e submeter à apreciação da SMS Maricá/RJ o Relatório Anual de Autoavaliação da Gestão e Plano de Melhorias de acordo com as diretrizes e metodologias emanadas do Programa de Excelência em Gestão – PEG/MS;

4. Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho dos setores assistenciais com interface com as áreas técnicas da SMS Maricá/RJ;
5. Apresentar resultados de indicadores com o atingimento das metas estabelecidas e justificativas do não alcance;
6. Executar indicadores contratuais e não contratuais, de acordo com as solicitações oriundas das áreas técnicas da SMS Maricá/RJ.

Perfil Profissional do Coordenador do Núcleo da Qualidade:

1. Ser profissional com formação em ensino superior de qualquer área da saúde;
2. Experiência comprovada de 2 anos em coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública ou gestão da qualidade;
3. É obrigatório título de Pós Graduação em uma das áreas: Gestão da Qualidade, Gestão Pública ou Segurança do Paciente;
4. Desejável: conhecimento de informática, ferramentas de gestão, planejamento e informação em Saúde.

Composição Mínima do Núcleo da Qualidade: Equipe mínima de 03 profissionais, sendo 01 Coordenador.

14.2. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve seguir as diretrizes técnicas estabelecidas na Resolução Nº 529/2013 e RDC Nº 036/2013.

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa com o objetivo de monitorar, aprimorar e fornecer à SMS Jacupiranga/SP ferramentas para análise de desempenho organizacional, apresentará mensalmente o levantamento de informações e acompanhamento do alcance de metas e justificativas de não alcance, subsidiando a elaboração de planos de ação e revisão estratégias se necessário usando a metodologia da Coordenação de Monitoramento e Avaliação – CMA.

O setor realizará a implementação da Cultura de Segurança do Paciente, colocará em prática o Plano de Segurança do Paciente nas unidades de saúde da SMS Maricá/RJ, desenvolverá ferramentas e estratégias de Gestão de Risco. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.

Cabe ao Diretor Geral do serviço de saúde constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde. Com

o objetivo de monitorar, aprimorar e fornecer à SMS Maricá/RJ ferramentas para análise do desempenho organizacional, a Instituição prestará informações à SMS/SE junto da Superintendência de Monitoramento e Avaliação da Qualidade das Unidades Próprias, com a frequência mensal através de metodologia elaborada pela Coordenação de Monitoramento e Avaliação – CMA, possibilitando o levantamento de informações e acompanhamento do alcance de metas e justificativas do não alcance, a fim de subsidiar a elaboração de Planos de Ação e revisão de estratégias se necessário.

Quanto à Operacionalização:

- Apoiar à Superintendência de Monitoramento da Qualidade das Unidades de Saúde (SMQUS) na implementação e monitoramento dos Protocolos e ações pertinentes à prática do Plano de Segurança do Paciente nas Unidades de Saúde da SMS/SE;
- Desenvolver ações de Segurança do Paciente para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Conduzir, de forma participativa, a interação dos gestores e demais profissionais nas práticas necessárias à implementação da Cultura de Segurança do Paciente na organização como um todo;
- Desenvolver mecanismos e ferramentas para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização e qualidade de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas no que se refere às práticas de Segurança do Paciente;
- Desenvolver ferramentas e estratégias de Gestão de Risco nas práticas de Segurança do Paciente, onde devem ser envolvidas as áreas de maior risco no serviço de saúde;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente nas Unidades de Saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Consolidar resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Perfil profissional do coordenador do NSP:
- Ser profissional com formação em ensino superior de qualquer área da saúde;

- Experiência comprovada de 2 anos em coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública.

É obrigatório Título de Pós Graduação em uma das áreas: Qualidade e Segurança do Paciente ou Gestão Pública.

Desejável: conhecimento de informática, conhecimento das ferramentas de Gestão, planejamento e informação em Saúde.

Composição Mínima do Núcleo de Segurança do Paciente: Equipe mínima de 03 profissionais de nível superior, sendo 01 coordenador.

14.3. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA

O Núcleo de Vigilância – NV será constituído pelas seguintes Comissões: CCIH, Comissão de Investigação de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Vigilância Epidemiológica. Será responsável pela detecção oportuna de doenças de notificação compulsória, agravos e eventos de importância em todas as esferas da saúde.

Este setor fundamenta-se nos POPs e Protocolos Clínicos, que permitem detectar; consolidar e analisar as informações acerca do processo saúde-doença; gerar indicadores de acompanhamento; articular com outros setores estratégicos da Unidade; contribuir para qualificação do cuidado em saúde; e por fim, melhorar a qualidade da informação para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O gestor deverá ter formação de nível superior com especialização Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Ressaltamos que a equipe técnica deverá ter dedicação total ao setor. O NV funcionará em horário comercial, sendo sábado e domingo de sobreaviso para realizar a comunicação ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) imediatas de 24 horas.

14.4. PROPOSTAS DE ATIVIDADES VOLTADAS À QUALIDADE

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE NA PRESTAÇÃO OS SERVIÇOS

As propostas de atividades voltadas à qualidade têm por objetivo obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes.

Nas últimas décadas, em vários países, houve uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde, com o objetivo de maximizar o desempenho gerencial e melhorar a eficiência destes serviços.

Dentro deste contexto, desenvolveu-se no Brasil, há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde, utilizando-se um conjunto de critérios que os hospitais deveriam preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total (Quinto Neto, 2000).

Hoje, o termo qualidade faz parte do contexto das organizações de saúde e sua concepção evoluiu sob a influência de paradigmas vigentes em diferentes etapas da trajetória da humanidade, por isso seu significado é mutável e se adapta aos valores sociais e aos conhecimentos científicos disponíveis e acessados em cada organização.

O crescimento dos custos da assistência, quando comparados ao gasto total em saúde, obrigaram as organizações do setor saúde a adotarem programas de qualidade, como uma alternativa de se manterem nesse mercado tão competitivo, através da gestão e da melhoria contínua dos processos. Nos últimos anos, a agenda mundial de reforma do setor saúde tem adotado um conjunto de ações com o objetivo de reduzir os custos da assistência, dentro de uma política de atenção administrada.

Por outro lado, há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade na administração de uma Unidade de Saúde, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende da equipe multiprofissional e de um conjunto de serviços de apoio.

Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), as comissões institucionais, o serviço de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde, enfim, todas as áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como "amortecedores", seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores operacionais finalísticos desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Além disso, argumenta-se ainda que o instrumental estatístico desenvolvido pelos autores da qualidade, aliado ao instrumental da epidemiologia de serviços de saúde, utilizada na rotina da administração, constitui-se numa importante ferramenta de gestão, podendo contribuir significativamente para melhoria da qualidade da assistência.

Na atualidade, a qualidade é encarada como um conjunto de atributos essenciais à sobrevivência das organizações, num mercado altamente competitivo, objeto da gerência

estratégica, líder do processo, que envolve planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e mobilização de toda organização. É o clímax de uma tendência que teve início no começo do século 20 (Garvin, 1992), e que envolve, também na atualidade, a responsabilidade social das instituições com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia e mais notadamente no setor de serviços.

Atualmente, as instituições de saúde, seguindo a tendência mundial pela humanização, revêem e redimensionam sua visão e sua missão, estabelecendo parâmetros da qualidade pretendidos na gestão, ainda que tenha a compreensão de que eles são mutáveis e, muitas vezes, imprevisíveis.

SETE PILARES DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Eficácia: É a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.

Efetividade: É a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação.

Eficiência: É a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico.

Otimização: É o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde.

Aceitabilidade: É a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade; relação médico-paciente; amenidades; preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência; e preferências do paciente quanto aos custos da assistência.

Legitimidade: É a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.

Equidade: É a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por instituições públicas.

A Gestão da Qualidade será um importante instrumento de apoio à Política de Gestão da instituição, ao promover a interação harmônica e sinérgica dos diferentes setores da unidade, incluindo a área médica, tecnológica, administrativa, assistencial, de ensino e de pesquisa, que terá como objetivo avaliar, medir e readequar, sistematicamente, todos os processos de atendimento, garantindo, assim, a melhoria contínua da qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

Por meio desse instrumento, também são sustentadas as demais políticas estabelecidas pela instituição, o que possibilita atender o compromisso da direção e das lideranças de oferecer um atendimento de excelência aos pacientes.

Como metodologia para obter e garantir uma assistência de qualidade com os recursos e tecnologia disponibilizados na instituição, torna-se obrigatória uma gestão participativa e integrada, com o envolvimento dos colaboradores das diversas áreas, discutindo os problemas e apresentando soluções.

INTERAÇÕES DE PROCESSOS

Objetivos:

Estabelecer o método, as responsabilidades e autoridades para tomar ações que eliminem uma não conformidade através de ações corretivas de forma a prevenir suas recorrências, visando à manutenção e a melhoria contínua das áreas/processos.

Processos Relacionados:

- Apoio ao Cliente;
- Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Diagnóstico por Imagem;
- Assistência Diagnóstica e Terapêutica – Laboratório;
- Assistência Farmacêutica;
- Assistência Nutricional;
- Atendimento em Emergência;
- Educação Permanente;
- Enfermagem;
- Esterilização de Materiais;

- Gestão da Informação – Assessoria de Imprensa;
- Gestão da Informação – SAME;
- Gestão da Informação – TI;
- Gestão de Equipamentos Engenharia Clínica;
- Gestão de Pessoas;
- Gestão de Segurança;
- Gestão de Suprimentos;
- Gestão Financeira;
- Gestão Patrimonial;
- Higienização;
- Manutenção;
- Saúde e Segurança Ocupacional;
- Serviço Social.

METAS INTERNACIONAIS DA QUALIDADE

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Neste mesmo ano, a *The Joint Commission*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”. É papel desse Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente.

As seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência:

Metas Internacionais de Segurança:

Meta 1 – Identificar os pacientes corretamente.

Meta 2 – Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência.

Meta 3 – Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications).

Meta 4 – Cirurgia Segura.

Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (Lavagem das Mãos).

Meta 6 – Reduzir o risco de queda e prevenir lesão por pressão.

15. COMISSÕES A SEREM IMPLANTADAS

15.1. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

DEFINIÇÃO

Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Para a adequada execução do PCIH os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

LEGISLAÇÃO

Lei Nº 9431 de 06 de janeiro de 1997

Portaria Nº 2616, de 12 de maio de 1998

REGIMENTO INTERNO DA CCIH

Artigo 1º – A comissão de Controle de Infecção Hospitalar é órgão de assessoria da Direção, sendo de sua competência:

- I. Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar contemplando ações relativas a:
 - Implantação de Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções;
 - Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - Atualização dos profissionais da instituição no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - Uso racional de antimicrobianos.
- II. Avaliar as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle proposta pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH.
- III. Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas de controle.
- IV. Elaborar e divulgar relatórios sobre a instituição do controle das infecções hospitalares e promover seu amplo debate na Instituição.

- V. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de medidas de precaução e isolamento visando limitar a disseminação de agentes causadores de infecções hospitalares.
- VI. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação das medidas de prevenção e o tratamento das infecções hospitalares.
- VII. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- VIII. Fornecer, quando solicitado, informações epidemiológicas as autoridades competentes, bem como notificar a Vigilância Epidemiológica e Sanitária casos e surtos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.
- IX. Promover ensino e pesquisa.
- X. Promover o controle ambiental em todos os setores do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL.

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 2º – A comissão de Controle de Infecção Hospitalar é assim composta:

- I. Um coordenador.
- II. Membro consultores representantes do Serviço Médico, do Serviço de Enfermagem, do Serviço de Farmácia, do Laboratório de Microbiologia e da Administração.
- III. Membros Executores que constituirão o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH:
 - Um médico;
 - Três enfermeiros;
 - Um farmacêutico/bioquímico ou fisioterapeuta ou cirurgião dentista ou nutricionista ou o outro profissional de nível superior da área de saúde.
- IV. Um secretário.

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 3º – Do Coordenador:

- I. Convocar e presidir as reuniões da CCIH
- II. Estabelecer a ordem do dia para as reuniões;
- III. Dirigir os trabalhos da comissão;
- IV. Assinar todas as documentações da comissão;

V. Delegar responsabilidade e atribuir tarefas para os membros da comissão.

Artigo 4º – Dos Membros Consultores

- I. Participar das reuniões convocadas pelo Presidente da Comissão.
- II. Aprovar programas e prioridades do controle de infecção.
- III. Avaliar a execução do programa de controle de infecção hospitalar pelos membros executores.
- IV. Notificar às instancias superiores as taxas e eventos considerados significativos.

Artigo 5º – Dos membros Executores – CCIH.

I. Médicos Infectologistas:

- Participar da elaboração do Guia Farmacoterápico, de modo a garantir que contenha os antimicrobianos necessários para o tratamento dos processos infecciosos dos pacientes tratados nos serviços;
- Definir os antimicrobianos de uso restrito em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Avaliar as solicitações de antimicrobianos de uso restrito e sugerir modificações nos esquemas terapêuticos, sempre que necessário, em conjunto com a equipe médica responsável pelo paciente;
- Os casos onde a equipe médica discorde das modificações apresentadas, deve ser discutida com a diretoria técnica para a decisão final da conduta.

II. Enfermeiros:

- Buscar ativamente os casos suspeitos de infecção hospitalar;
- Estabelecer rotinas de vigilância nos setores de internação, farmácia, laboratório e SAME;
- Preencher os impressos próprios do Sistema de Vigilância Epidemiológicas das Infecções Hospitalares;
- Colaborar com médicos e enfermeiros dos setores de internação na realização de curativos nas infecções de Sítio Cirúrgico;
- Promover atualização científica referente às infecções hospitalares em colaboração com o Serviço de Educação Continuada.

III. Farmacêutico/Bioquímico ou Fisioterapeuta ou Cirurgião Dentista ou Nutricionista ou o outro profissional de nível superior da área de saúde:

- Colaborar com os médicos e enfermeiros em todas as ações referentes à prevenção e controle das infecções hospitalares.

Artigo 6º– Do Secretário:

- Receber, registrar, distribuir, expedir e arquivar papéis e processos;
- Manter o arquivo e a biblioteca em ordem;
- Auxiliar os membros da comissão na aquisição, digitação e elaboração de documentos e produção científica
- Fazer as correspondências da Comissão.

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º – A CCIH se reunirá, no mínimo, mensalmente, em sessões abertas com a Diretoria Técnica e/ou Administrativa, para a discussão e promoção de ações para o cumprimento do Artigo 1º.

Artigo 8º– As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Coordenador, através de memorando protocolado.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 9º – A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente regimento.

Artigo 10º – Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. [online] 1996. [acesso 20 março 2014] Disponível: conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 13 maio, 1998.

CINTRA, E. DE A; PINTO, A. C; DE SOUSA, E. O; ROSA, E. V; LIMA, I. A; RODRIGUES, S. O.
Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *J Health Sci Inst.* 28(1):29-34, 2010

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES CCIH

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar												
Cronograma Anual												
Atividades	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação dos Membros												
Elaboração do Regimento Interno												
Aprovação do Regimento Interno												
Periodicidade de Reuniões												
Atualização do Regimento Interno												
Capacitações												
Elaborar proposta de melhoria contínua dos processos da Comissão												
Elaborar relatório com resultados avaliados												

15.2. COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

DEFINIÇÃO

Composto pela Comissão de Segurança do Paciente que tem por finalidade a discussão, identificação, monitoramento, análise, notificação e prevenção dos riscos relacionados à ocorrência de eventos adversos (incidentes que resultam em danos à saúde, ou seja, comprometimento da estrutura ou função do corpo).

LEGISLAÇÃO

Portaria N° 529, de 1º de abril de 2013.

Resolução - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013

Handwritten signature/initials

CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 4º – A Direção do Serviço de Saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A Direção do Serviço de Saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de Serviços Públicos Ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º– Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

- I – Recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;
- II – Um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º– O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- I – A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II – A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III – A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV – A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º– Compete ao NSP:

- I – Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II – Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III – Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV – Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V – Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

- VI** – Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII** – Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII** – Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX** – Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X** – Compartilhar e divulgar a Direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI** – Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII** – Manter sob sua guarda e disponibilizar a Autoridade Sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII** – Acompanhar os Alertas Sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 8º– O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I** – Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II** – Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III** – Implementar Protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV** – Identificação do paciente;
- V** – Higiene das mãos;
- VI** – Segurança cirúrgica;
- VII** – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

- VIII** – Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX** – Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X** – Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI** – Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII** – Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII** – Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV** – Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV** – Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI** – Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII** – Promoção do ambiente seguro.

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art.9º – O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP.

Art. 10º – A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo Único – Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 11º– Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I** – Monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II** – Divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;
- III** – Acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A Unidade terá o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir do início da gestão.

O descumprimento da Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 constitui infração sanitária.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Manual para regularização de implantes ortopédicos na Anvisa/Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Brasília: ABDI;2010.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Manual técnico de hemovigilância: investigação de reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas Brasília; 2007.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Diário Oficial da União 2010; 17 dez. Alterada por Resolução RDC nº 51, de 7 de novembro de 2013. Diário Oficial da União, 13 nov. 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Tecnovigilância. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. Pré-qualificação de artigos médico-hospitalar: estratégia de vigilância sanitária de prevenção. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2010.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Tecnovigilância. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde no Brasil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos hemoterápicos relacionados a TRALI (Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão). Medidas para redução do risco. Série F. Comunicação e

Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União, 13 nov. 2013.

Brasil. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.965, de 25 de outubro de 2010. Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialistas quando houver conflito. Brasília; 2010.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 out. 2010.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Comissão de Segurança do Paciente												
Cronograma Anual												
Atividades	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação dos Membros												
Elaboração do Regimento Interno												
Aprovação do Regimento Interno												
Periodicidade de Reuniões												
Atualização do Regimento Interno												
Capacitações												
Elaborar proposta de melhoria contínua dos processos da Comissão												
Elaborar relatório com resultados avaliados												

15.3. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

DEFINIÇÃO

De acordo com a resolução CFM 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina, considerando o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002, a criação das Comissões de Revisão de Prontuários é obrigatória nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

LEGISLAÇÃO

Portaria Nº 279, de 08 de outubro de 2010

DS

OBJETIVO

Esta Comissão parte dos seguintes pressupostos:

- I. O médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no Art. 69 do Código de Ética Médica;
- II. O Prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de se constituir num instrumento de defesa legal;
- III. É responsabilidade da instituição de saúde, a guarda do prontuário e sua disponibilização nos ambulatorios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;
- IV. As instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;
- V. Para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médicos-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;
- VI. Obediência à legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Artigo 1º: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)

FINALIDADE:

Artigo 2º: Atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Artigo 3º: A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Técnica das Unidades sob gestão do ISHP.

Artigo 4º: Os serviços prestados pela CRP não serão remunerados, sendo considerado de relevante interesse público.

COMPOSIÇÃO

Artigo 5º: A composição mínima da Comissão deverá ser de 02 (dois) membros médicos, 1 (um) membro da Alta Gestão e 2 (dois) membros enfermeiros, que serão nomeados pelo Responsável Técnico da unidade, cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um médico.

Artigo 6º: A Comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

MANDATO

Artigo 7º: O mandato da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses e poderá ser renovado por decisão do Responsável Técnico.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 8º: A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

Artigo 9º: A ausência de um membro em 03 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação da CRP.

Artigo 10º: Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

Artigo 11º: As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 12º: Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido, não superior a 15 (quinze) dias. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais habilitados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 13º: As reuniões da Comissão deverão ser registradas em Ata resumida e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 14º: Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela CRP.

Artigo 15 °: Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Responsável Técnico, Alta Gestão, pelo Coordenador Hospitalar, pelo Presidente ou Vice Presidente da CRP.

Artigo 16 °: As informações e os indicadores operacionais deverão ser enviados para a Direção Técnica, bem como para o Administrador da unidade, cuja periodicidade será trimestral para as informações concernentes ao prontuário e semestral para os indicadores operacionais.

ATRIBUIÇÕES

Artigo 17 °: São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

- I – Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
 - a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
 - b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
 - c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;
 - d) Preenchimento completo do sumário de alta;
 - e) Ordenação do prontuário.
- II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.
- III – Assessorar a Alta Gestão em assuntos de sua competência.
- IV – Manter estreita relação com as demais Comissões da Unidade.
- V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- VI – Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

VII – Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

Artigo 18º: São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente;
- III. Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta; e
- V. Fazer cumprir o Regimento.

Artigo 19º: Nas decisões da comissão, havendo empate, sem prejuízo de seu voto, o Presidente exercerá o voto de qualidade.

Artigo 20º: Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente, que assumirá as atividades deste.

Artigo 21º: São atribuições e competências da secretária da Comissão:

- I. Organizar a Ordem do Dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço; e
- VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22º: Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com a Alta Gestão e submetidos ao Responsável Técnico a quem competirá a palavra final.

Artigo 23º: Este regimento deverá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 24º: O Regimento entrará em vigor após aprovação do Responsável Técnico.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Resolução CFM nº 1.638/02, de 09 de Agosto de 2002.

Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acesso em 26 de Fevereiro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Funcionamento das Comissões Hospitalares Metropolitanas que funcionam sob a gestão do IMIP. Processo-Consulta CFM nº 45/11, Parecer CFM nº 04/13, de 10 de Janeiro de 2013.

Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/4_2013.pdf. Acesso em 18 de Fevereiro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados. Parecer CFM nº 20/15, de 22 de Maio de 2015.

Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2015/20_2015.pdf. Acesso em 18 de Fevereiro de 2016.

CARVALHO, L. F. Serviços de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital. São Paulo, LTr, Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

MARTINS, C. et al. Comissões Hospitalares: A Produção de Indicadores de Gestão Hospitalar. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS. São Paulo, v. 1, no. 1, p. 97-107, jan/jun 2012.

MEZZOMO, A. A. Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1982.

MALTA, D.C et al. Atualização da Lista de causas mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 19, no. 2, p. 173-176, abr/jun, 2010.

WATSON, J. A. Role of a multimodal educational strategy on health care workers handwashing. American Journal of Infection Control. Huntington, v. 15, dez, 2015.

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Comissão de Revisão de Prontuários												
Cronograma Anual												
Atividades	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação dos Membros												
Elaboração do Regimento Interno												
Aprovação do Regimento Interno												
Periodicidade de Reuniões												
Atualização do Regimento Interno												
Capacitações												
Elaborar proposta de melhoria contínua dos processos da Comissão												
Elaborar relatório com resultados avaliados												

15.4. COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

DEFINIÇÃO

A Comissão de Verificação de Óbitos tem como finalidade a análise das condutas realizadas pelos profissionais envolvidos na assistência de um paciente que evoluiu a óbito, sendo um órgão de assessoria à Diretoria Geral da instituição.

A comissão deverá ser composta por representantes médicos de cada setor da unidade, além da presença de um profissional da área de enfermagem (Enfermeiro).

A seguir apresentaremos a proposta de Regimento Interno para a comissão:

LEGISLAÇÃO

Resolução Nº 2.171, de 30 de outubro de 2017.

OBJETIVO

A Comissão de Verificação de Óbitos tem como finalidade a análise das condutas realizadas pelos profissionais envolvidos na assistência de um paciente que evoluiu a óbito, sendo um órgão de assessoria à Diretoria Geral da instituição.

A comissão deverá ser composta por representantes médicos de cada setor da unidade, além da presença de um profissional da área de enfermagem (Enfermeiro).

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

Artigo 1º - Comissão de Revisão de Óbito (COREOB)

FINALIDADE:

Artigo 2º- Atender a resolução CRM Nº 138/2009 e as seguintes Portarias:

- Portaria Nº 1.119/GM/MS, de 05 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância do óbito materno.
- Portaria Nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que torna obrigatória a vigilância do óbito Infantil e Fetal em todos os serviços de saúde integrantes do SUS.

Artigo 3º - Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A Comissão será integrada exclusivamente por médicos e enfermeiros, em número de 02 (dois) médicos e 01 (um) enfermeiro que se reunirão a cada dois meses, podendo, a critério da Comissão, ser convidados outros profissionais de saúde a participar de reuniões específicas ou rotineiras de acordo com a Resolução Nº 138/2009 do CRM.

Artigo 5º - O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pelo Responsável Técnico, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. Ao critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

MANDATO

Artigo 6º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição do Responsável Técnico. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em portaria interna a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Artigo 7º - O Presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Responsável Técnico. O cargo de Vice-Presidente poderá ser definido pela comissão.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 8º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 9º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 10º - A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Revisão de Prontuário da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Responsável Técnico.

Artigo 11º - Na ausência do presidente os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º - Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Responsável Técnico e Presidente da Comissão.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um Relatório e enviá-lo ao Responsável Técnico.

Artigo 18º - O envio de informações e Indicadores Operacionais deverá ser mensal.

ATRIBUIÇÕES

Artigo 19º - São atribuições da Comissão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- VIII. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- IX. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado;
- X. Assessorar o Responsável Técnico da Instituição em assuntos de sua competência;
- XI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- XII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
- XIII. Promover melhoria da qualidade de preenchimento da declaração de óbito;
- XIV. Elaborar relatórios que permitam identificar o perfil de mortalidade da unidade.

ÓBITOS A SEREM INVESTIGADOS

Artigo 20º - Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de 70% dos óbitos ocorridos na Unidade, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

Artigo 21º - Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação os demais:

- I. Óbitos de mulheres em idade fértil – 10 a 49 Anos
- II. Óbitos por causas indefinidas

III. Óbitos Fetais e Infantis

Artigo 22º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II. Indicar seu vice-presidente;
- III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- IV. Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- V. Fazer cumprir o regimento.

Artigo 23º- Nas faltas e impedimentos legais do Presidente assumirá seu Vice-Presidente.

Artigo 24º - As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 25º- Será determinado pelo presidente da comissão a fim de se realizar as seguintes atribuições:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Solicitar ao SAME os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Investigação de Óbitos, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

BIBLIOGRAFIA

Portaria Ministério da Saúde MS nº 3123 de dezembro de 2006;

Portaria MS nº 170 de 17.12.1993;

Portaria Interministerial MS/MEC nº 1000 de 15.04. 2004;

Portaria MS/GM nº 1405 de 29.06. 2006;

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

Brasil. Ministério da Saúde. Cartaz sobre Segurança do Paciente. Acesso em 10 out 2013.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/cartaz_segurancadopaciente_46x64.jpg;

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. Capucho HC, Ricieri MC. Gestão de riscos sanitários e segurança do paciente. In: Carvalho FD; Capucho HC; Bisson MP. (Org.). Farmacêutico hospitalar: conhecimentos, habilidades e atitudes. 1ed. Barueri-SP: Manole, 2013, v. 1, p. 179- 184

CRONOGRAMA ANUAL COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

Comissão de Investigação de Óbitos												
Cronograma Anual												
Atividades	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação dos Membros												
Elaboração do Regimento Interno												
Aprovação do Regimento Interno												
Periodicidade de Reuniões												
Atualização do Regimento Interno												
Capacitações												

15.5. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO

A principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades da Unidade e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou

eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente.

FINALIDADES

1. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o Mapa de Riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT da Unidade;
2. Elaborar Plano de Trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de Segurança e Saúde no Trabalho;
3. Participar da implementação e do Controle da Qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
4. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
5. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das Metas fixadas em seu Plano de Trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
6. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à Segurança e Saúde no Trabalho;
7. Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à Segurança e Saúde dos Trabalhadores;
8. Requerer ao SESMT ou a Direção da Unidade, a paralisação de máquina ou Setor onde considere haver risco grave e iminente à Segurança e Saúde dos Trabalhadores;
9. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros Programas relacionados à Segurança e Saúde no Trabalho;
10. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como Cláusulas de Acordos e Convenções Coletivas de Trabalho, relativas à Segurança e Saúde no Trabalho;
11. Participar, em conjunto com o SESMT ou com o empregador, da análise das Causas das Doenças e Acidentes de Trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
12. Requisitar à Unidade e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na Segurança e Saúde dos Trabalhadores;
13. Requisitar à Unidade as cópias das CAT emitidas;
14. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
15. Participar anualmente, em conjunto com a Unidade das Campanhas de Prevenção;

Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa

institutoaudehumanidade.org.br / contato@institutoaudehumanidade.org.br

Avenida das Américas 7935. Sala 334 / Barra da Tijuca (RJ) CEP: 27.793-081

CNPJ: 17.517.805/0001-00



16. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como Cláusulas de Acordos e Convenções Coletivas de Trabalho, relativas à Segurança e Saúde no Trabalho;
17. Promover Campanhas Humanitárias – Doação de Sangue, alimentos, etc para entidades carentes, entre outras.

CONSTITUIÇÃO BÁSICA E REGIMENTO INTERNO

A constituição da CIPA na Unidade deverá atender as Normas e Regulamentadoras e manter o regular funcionamento. As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couberem, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de Setores Econômicos específicos.

A Unidade estabelecerá, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Membro titulares;
- V. Membro suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

Tem como base legal a Lei Federal Nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, Portaria Nº 3214 – Norma Regulamentadora 5 (NR-5).

CAPÍTULO I DO OBJETIVO

Art. 1º – A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador e poderá atuar em conjunto com o SESMT.

CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º – São Atribuições:

- I. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
- II. Elaborar Plano de Trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de Segurança e Saúde no Trabalho;
- III. Participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos profissionais da Unidade;
- V. Realizar verificações nos Laboratórios de Pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;
- VI. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das Metas fixadas em seu Plano de Trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VII. Divulgar, aos demais servidores, informações relativas à Segurança e Saúde no Trabalho;
- VIII. Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionadas à Segurança e Saúde dos profissionais;
- IX. Participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;
- X. Propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

DB

- XI. Verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;
- XII. Garantir a emissão e requisitar à Administração da Unidade as cópias das CATs emitidas;
- XIII. Colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros Programas relacionados à Segurança e Saúde no Trabalho;
- XIV. Promover anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;
- XV. Promover anualmente, em conjunto com a Direção da Unidade, Campanhas de Prevenção da AIDS, IST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;
- XVI. Acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho, efetuadas por Instituições de Saúde e Segurança do Trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º – A CIPA terá a seguinte composição:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Membros Titulares;
- V. Membros Suplentes.

Art. 4º – O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5º – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6º – A Diretoria da Unidade designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7º – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um Secretário e seu substituto.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Art. 8º – A convocação das eleições será feita por Edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

- I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
- II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
- III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

§ 1º – A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração da Unidade, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

§2º – Os membros das Comissões Eleitorais serão designados pela Administração da Unidade para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos; realização das eleições; apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos Editais.

§ 3º – Poderão se candidatar os profissionais, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal da Unidade.

§ 4º – Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas Comissões Eleitorais.

Art. 09º – Os membros da CIPA eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10º – Empossados os membros da CIPA, a Administração da Unidade, deverá protocolar, em até dez dias, nas Unidades Descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das Atas de Eleição e de Posse e o Calendário Anual das Reuniões Ordinárias.

Art. 11º – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

§ 1º – Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço na Unidade.

§ 2º – Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na Ata de Eleição e Apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art. 12º – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO V DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º – Compete aos profissionais, servidores e funcionários:

- I. Participar da eleição de seus representantes;
- II. Colaborar com a Gestão da CIPA;
- III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à Administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
- IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 14º – Compete ao Presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da Comissão;
- III. Manter a Administração da Unidade, informada sobre os trabalhos da CIPA;
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades da Secretaria;
- V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 15º – Compete ao Vice-Presidente:

- I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
- II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 16º – Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

- I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
- II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
- VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Art. 17º – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

- I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as Atas, apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

- II. Preparar as correspondências;
- III. Outras que lhe forem conferidas.

Art. 18º – Compete a todos os membros titulares e suplentes da CIPA:

- I. Participar do Planejamento do trabalho e da organização do Calendário Anual da CIPA;
- II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento;
- III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;
- IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Art. 19º – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 20º – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o Calendário pré-estabelecido, durante o expediente normal da Unidade, em local apropriado.

Art. 21º – Será previsto um período mensal de no mínimo 06 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Art. 22º – As reuniões terão as Atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 23º – As Atas ficarão na respectiva Diretoria da Unidade.

Art. 24º – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

§ 1º – Dada a relevância dos assuntos relativos à Saúde e Segurança dos Trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

§ 2º – Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Art. 25º – As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Art. 26º – Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na Ata da reunião.

Art. 27º – O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 04 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Art. 28º – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na Ata de Eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

§ 1º – No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria da Unidade indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2º – No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VII DO TREINAMENTO

Art. 29º – A Administração da Unidade deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo Único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração da Unidade, ouvindo os membros da CIPA.

Art. 30º – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
- II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
- III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
- IV. Noções e medidas de prevenção para IST/AIDS, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
- V. Noções sobre Legislação Trabalhista e Previdenciária relativas à Segurança e Saúde no Trabalho;
- VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Art. 31º – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da Unidade.

Art. 32º – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VIII DO REGISTRO

Art. 33º – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Art. 34º – A Unidade reconhecerá, através de Portaria, as CIPAs eleitas e empossadas.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.35º – As disposições da NR05deverãoserutilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art. 36º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo Regimento.

CRONOGRAMA ANUAL COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

Atividades	Meses											
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
1. Edital de Convocação para as Eleições												
2. Formação da Comissão Eleitoral												
3. Início das inscrições dos candidatos												
4. Eleição												
5. Curso para Cipeiros												
6. Realização da Posse												
7. Elaborar Mapa de Riscos												
8. Elaborar Cronograma de Atividades e ações emergenciais com o intuito de eliminar ou minimizar os riscos existentes												
9. Aplicar ações de prevenção												
10. Definição de temas, palestras e outras atividades da programação da SIPAT												
11. SIPAT												
12. Relatório e emissão de Certificados												
13. Acompanhar juntamente com o SESMT, todos os Programas relacionados à Saúde do Trabalhador												

16. LOGÍSTICA DE INSUMOS

O ISHP implementará a Logística de Insumos adequada aos Perfil Assistencial do Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, e em consonância com a Relação de Medicamentos e Insumos constantes no Edital.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME – Jacupiranga/SP) é base estruturante para a implantação, acompanhamento e avaliação da Política de Assistência Farmacêutica. É o instrumento técnico-normativo que reúne todo o elenco de Medicamentos, Saneantes, Antissépticos, Vacinas e Insumos padronizados para uso nas Unidades da SMS Jacupiranga/SP.

A REMUME – Jacupiranga/SP deve ser norteadora das prescrições de medicamentos nos Serviços de Saúde do SUS sob gestão municipal. Está majoritariamente amparada pela Relação Nacional de Medicamentos de 2022 (RENAME-2022), salvo por algumas especificidades municipais e foi efetivada segundo os critérios a seguir:

- I. Medicamentos de valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre as atividades terapêuticas e farmacológicas;
- II. Medicamentos de composição perfeitamente conhecida, priorizando-se aqueles com apenas um princípio ativo e evitando-se, sempre que possível, as associações de dois ou mais princípios ativos em uma única formulação;
- III. Medicamentos de menor custo, considerando-se o esquema terapêutico idôneo, o armazenamento, a distribuição e o controle, resguardada a qualidade;
- IV. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagens, considerando-se:
 - a) Comodidade para administração aos pacientes;
 - b) Faixa etária;
 - c) Facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
 - d) Facilidade de fracionamento ou multiplicação.

Às Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Unidade caberá o desenvolvimento e a supervisão de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos na instituição ou no seu âmbito de atuação, com o objetivo de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, observando-se critérios de economicidade e ética.

O Edital organizou a Relação de Medicamentos e Insumos e serem utilizados no Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga da seguinte forma:

1. Medicamento de Uso Interno;
2. Insumos Médicos e de Enfermagem;
3. Insumos de Ortopedia;
4. Insumos de Raio X;
5. Insumos de Laboratório;
6. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).

Cabe destacar que a REMUME – Jacupiranga/SP poderá ser alterada pela SMS Jacupiranga/SP, em qualquer período do Contrato e, se assim ocorrer, o ISHP acatará todas as alterações.

Medicamentos de Uso Interno

Item	Medicamento
1	ACEBROFILINA 10 MG/ML XAROPE (USO ADULTO)
2	ATENOLOL 50MG COMP
3	ATROPINA, SULFATO DE 0,25MG/1ML AMP
4	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML AMP
5	FENITOINA 50MG/ML AMP 5ML
6	GLICONATO DE CÁLCIO 10% AMP
7	ISOSSORBIDA DINTRATO, 5MG COMP (SUB LINGUAL)
8	LOSARTANA 50MG COMP
9	ACEBROFILINA 5 MG/ML XAROPE (USO PEDIÁTRICO)
10	ACETILCISTEINA 100mg/ML AMP 3ML
11	ACIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMP
12	ACIDO ASCORBICO 100MG/ML (VITAMINA C) AMP 5ML
13	ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML AMP 5ML / 250MG
14	ACIDOS GRAXOS + VIT E + LECITINA DE SOJA FRC (OLEO DE GIRASSOL)
15	ADENOSINA 3MG/ML AMP 2 ML
16	AGUA DESTILADA AMP 10ML
17	AMBROXOL 15MG/5ML INFANTIL XPE
18	AMBROXOL 30MG/5ML ADULTO XPE FRC
19	AMICACINA SULFATO 250MG/ML AMP 2ML
20	AMINOFILINA 24MG/ML AMP 10 ML
21	AMIODARONA CLORIDRATO 200MG COMP
22	AMIODARONA CLORIDRATO 50MGML AMP 3ML
23	AMOXICILINA 250MG/5ML SUSPENSAO ORAL
24	AMOXICILINA 500MG CAPS
25	AMOXICILINA+CLAVULANATO 250 MG/ML
26	AMPICILINA SODICA 500MG F/A
27	ANLODIPINO 5MG COMP
28	AZITROMICINA 500 MG COMP
29	AZITROMICINA 600 MG/ SUSP 200mg/5ml
30	BENZILPENICILINA 600.000 UI F/A
31	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI F/A
32	BETAMETASONA, DIPROPIONATO + FOSFATO (5+2) MG/ML AMP
33	BIPERIDENO 5MG/ML, LACTATO DE
34	BROMOPRIDA 10MG/ML 2 ml E/OU 5MG/ML /2ml (AMPOLA)
35	BROMOPRIDA 4MG/ML -GOTAS- 20 ML FRC
36	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 4 MG/ML + 500 MG/ML 5 ML
37	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10MG COMP
38	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10MG/ML GOTAS 20ML FRC
39	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML AMP 1ML
40	CAPTOPRIL 25MG COMP
41	CARVAO ATIVADO 50G
42	CARVEDILOL 6,25 MG COMP
43	CEFALEXINA 250MG/5ML, SOLUÇÃO ORAL 100 ML, FRC
44	CEFALEXINA 500MG COMP
45	CEFALOTINA SODICA 1G F/A

Item	Medicamento
46	CEFAZOLINA 1G EV
47	CEFTRIAXONA 1G EV F/A
48	CETOPROFENO 100MG EV F/A
49	CETOPROFENO 50MG/ML AMP 2ML (IM)
50	CINARIZINA 75MG CP
51	CIPROFLOXACINO 2 MG/ML 200 ML
52	CIPROFLOXACINO 2MG/ML BOLSA 100ML
53	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500MG COMP
54	CLOPIDOGREL 75MG COMP
55	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMP DE 10ML
56	CLORETO DE SÓDIO 0,9% AMP 10ML
57	CLORETO DE SÓDIO 20% AMP 10ML
58	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 100ML
59	CLORPROMAZINA 5MG/ML AMP 5ML
60	COLAGENASE+CLORANFENICOL (0,6U+0,01G) /G POMADA 30G
61	COLIRIO OFTÁLMICO (TETRACAINA CLORIDRATO +FENILEFRINA 1% +0,1%) FRC 10ML
62	DESLANOSIDEO 0,2MG/ML AMP 2ML
63	DEXAMETASONA 0,5MG/5ML XPE FRC
64	DEXAMETASONA 1MG/G CREME 10G TB
65	DEXAMETASONA 4MG/ML AMP 2,5ML
66	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2MG/5ML FRC
67	DIAZEPAM 10MG COMP
68	DIAZEPAM 10MG/2ML AMP 2ML
69	DICLOFENACO SÓDIO 75MG AMP 3ML
70	DIMENIDRATO 25MG + PIDIROXINA 5MG/ML (DRAMN B6) FRASCO
71	DIMENIDRATO 50MG+ CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 50MG/ML (B6) - AMPOLA 1 ML
72	DIMENIDRATO+PIRIDOXINA+FRUTOSE+GLICOSE B6 (DL) - AMPOLA 10ML
73	DIPIRONA 500MG - GOTAS - 20ML
74	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML- AMPOLA -2ML
75	DOBUTAMINA CLORIDRATO 250MG AMP 20ML
76	DOPAMINA CLORIDRATO 5MG/ML AMP 10ML
77	ENALAPRIL 10MG COMP
78	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/ 0,4 ML (SERINGA)
79	EPINEFRINA 1MG AMP 1ML (OU ADRENALINA)
80	ETILEFRINA 10MG/ML 1ML AMP
81	FENITOINA 50MG/ML AMP 5ML
82	FENOBARBITAL 200MG/ML AMP
83	FENOTEROL, BROMIDRATO 5MG/ML FRC- 20ML
84	FENTANILA 50 MCG/ML 2 ML
85	FENTANILA CITRATO 0,05MG/ML 10ML F/A
86	FITOMENADIONA 10MG/ML AMP 1ML IM
87	FLUMAZENIL 0,1MG/ML AMP 5ML
88	FUROSEMIDA 10MG/ML AMP 2ML
89	FUROSEMIDA 40MG COMP

77

Item	Medicamento
90	GENTAMICINA 40MG/ML AMP 1ML
91	GLIBENCLAMIDA 5MG COMP
92	GLICOSE 25% AMP 10ML
93	GLICOSE 50% AMP 10ML
94	HALOPERIDOL 5MG/ML AMP 1ML
95	HALOPERIDOL DECANOATO 70,52 MG/ML -AMPOL
96	HEPARINA SODICA 5.000U/ML 5ML F/A
97	HIDRALAZINA CLORIDRATO 20MG/ML AMP 1 ML
98	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMP
99	HIDROCORTISONA SUCCINATO 100MG F/A
100	HIDROCORTISONA SUCCINATO 500MG F/A
101	HIDROXIDO de ALUMINIO 60 MCG/ML - FR 150ML
102	HIPOCLORITO DE SÓDIO 1% 1000ML
103	IBUPROFENO 300 MG/ COMP
104	IBUPROFENO 50 MG/ML GOTAS FRC
105	IBUPROFENO GOTAS 100 MG/ML - FRC
106	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANT-D 300 MCG
107	INSULINA HUMANA NPH 100U/ML 10ML F/A
108	INSULINA HUMANA REGULAR FRASCO 10ML F/A
109	IPRATROPIO BROMETO 0,25MG/ML - GOTAS 20ML FRC
110	ISOSSORBIDA DINITRATO 10MG COMP
111	ISOSSORBIDA MONONITRATO 10MG/ML AMP 1ML
112	LEVOFLOXACINO 500MG COMP
113	LEVOFLOXACINO 5MG/ML BOLSA 100ML
114	LIDOCAINA 10%, SOLUÇÃO SPRAY 100MG/ML
115	LIDOCAINA CLORIDRATO 2% - S/VASO- 20 ML - FRASCO/AMP
116	LIDOCAINA CLORIDRATO 2% GEL TB
117	LORATADINA 1MG/ML XAROPE FRC
118	LOSARTANA 50MG COMP
119	METFORMINA 850MG COMP
120	METILDOPA 250MG COMP
121	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML GOTAS 10ML FRC
122	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG/2ML - AMPOLA
123	METOPROLOL, TARTARATO 1 MG/ML 5 ML
124	METRONIDAZOL 250MG- COMP
125	METRONIDAZOL 5MG 100ML- BOLSA
126	MIDAZOLAM CLORIDRATO 5 MG/ML AMP 3 ML
127	MIDAZOLAM CLORIDRATO 50MG/10ML AMP 10ML
128	MINILAX, SORBITOL+LAURILSULFATO
129	MORFINA SULFATO 10MG/ML AMP 1ML
130	NALOXONA, CLORIDRATO DE 0,4 MG/ML

Item	Medicamento
131	NEOMICINA+BACITRACINA 15G TB
132	NIFEDIPINO 20MG COMP
133	NIMESULIDA 50MG/ML SUSPENSÃO GOTAS
134	NITROGLICERINA 5MG/ML 5ML-AMPOLA
135	NITROPRUSSATO DE SÓDIO 25MG/ML AMP
136	NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2MG/ML AMP 4ML
137	OLEO MINERAL 100ML FRC
138	OMEPRAZOL 20MG CAPS
139	OMEPRAZOL 40MG + DIL F/A
140	ONDASETRONA 2MG/ML
141	PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS 15ML FRC
142	PARACETAMOL 500MG COMP
143	PETIDINA, CLORIDRATO 50JMG/ML AMP 2ML
144	POLVITAMÍNICO (COMPLEXO B) AMP 2ML
	POMADA OFTAMOLOGICA (RETINOL AC 10.000UI+AMINOACIDOS
145	25MG+METIONINA 5MG+CLORANFENICOL 3,5G) TB
146	PREDNISOLONA FOSFATO SODICO 3MG/ML XAR FRC
147	PROMETAZINA 50 MG/ 2 ML
148	PROPATILNITRATO 10 MG
149	PROPRANOLOL 40MG COMP
150	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL - ENVELOPES 27,9G
151	SALBUTAMOL, SULFATO DE 100 MCG / (JATO-DOSE) AEROSSOL
152	SIMETICONA 75MG/ML 15ML FRC
153	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 1000 ML
154	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 100ML
155	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 250ML
156	SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 500ML
157	SOLUCAO GLICERINADA 12% 500ML
158	SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA 250ML
159	SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA 500ML
160	SOLUCAO GLICOSADA 5% 250ML
161	SOLUCAO GLICOSADA 5% 500ML
162	SOLUÇÃO MANITOL 20% 250 ML
163	SOLUCAO RINGER C/ LACTO 500ML
164	SULFADIAZINA DE PRATA BSN 50G
165	SULFAMETOXAZOL 200MG/5ML+TRIMETROPINA 40MG/5ML - SUSPENSÃO FRC
166	SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETROPINA 80MG- COMPRIMIDO
167	SULFATO DE MAGNESIO 10% AMP 10ML
168	SUXAMETONIO 100 MG AMP
169	TENOXICAM 20MG F/A
170	TERBUTALINA, SULFATO 0,5MG/ML AMP
171	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG/2ML AMP 2ML

Fonte: Edital

Insumos Médicos e de Enfermagem

Item	Insumo
1	AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES (1 LITRO)
2	SONDA RETAL N. 12
3	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 4.5MM
4	TUBO ENDOTRAQUEAL S/ BALAO N. 2.5MM
5	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 7,0MM (ARAMADA)
6	ABAIXADOR DE LINGUA (PCT C/ 100 UNID)
7	ABSORVENTE MULTIUSO
8	AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES 100ML
9	AGULHA HIPODERMICA 13 X 4,5 (CX C/ 100 UNID) 1 ML
10	AGULHA HIPODERMICA 20 X 5,5 (CX C/ 100 UNID)
11	AGULHA HIPODERMICA 25 X 7 (CX C/ 100 UNID)
12	AGULHA HIPODERMICA 25 X 8 (CX C/ 100 UNID)
13	AGULHA HIPODERMICA 30 X 7 (CX C/ 100 UNID)
14	AGULHA HIPODERMICA 30 X 8 (CX C/ 100 UNID)
15	AGULHA HIPODERMICA 40 X 12 (CX/100 UNID)
16	ALGODAO HIDROFILO 500G
17	APARELHO MEDIDOR DE GLICEMIA
18	APARELHO PARA BARBEAR DESCARTÁVEL
19	APARELHO PARA BARBEAR DESCARTÁVEL
20	APARELHO PRESSÃO S/ ESTETOSCÓPIO (ESFIGMOMANÔMETRO)
21	BOLSA COLETORA DE URINA SIST. FECHADO COM VALVULA 2L
22	CANULA DE GUEDEL ESTÉRIL Nº1
23	CANULA DE GUEDEL ESTÉRIL Nº3
24	CANULA DE GUEDEL ESTÉRIL Nº4
25	CANULA DE GUEDEL ESTÉRIL Nº5
26	CATETER INTRAVENOSO 14 G
27	CATETER INTRAVENOSO 16G
28	CATETER INTRAVENOSO 18G
29	CATETER INTRAVENOSO 20G
30	CATETER INTRAVENOSO 22G
31	CATETER INTRAVENOSO 24G
32	CATETER NASAL P/ OXIGENIO -TIPO OCULOS
33	CLAMP UMBILICAL
34	CLOREXIDINA AQUOSA 0,2% ALM 100ML
35	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 100ML
36	CLOREXIDINE 2% DEGERMENTE- 100ML
37	COLETOR DE URINA INFANTIL UNISSEX ESTERIL
38	COLETOR DE URINA UNIVERSAL ESTERIL C/ TAMPA - 70 a 80ML
39	COLETOR PERFUROCORTANTE DE PAPELÃO 13L
40	COLETOR PERFUROCORTANTE DE PAPELÃO 7L
41	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 13F ESTERIL
42	COMPRESSA DE GAZE CIRURGICA 23 x 25 cm (PCT C/50)
43	COMPRESSA DE GAZE CIRURGICA (CAMPO OPERATORIO) 45X50 C/50
44	CONECTOR (OCLUSOR) MACHO/FEMEA
45	CURATIVO CURE AID COR DA PELE

DB

Item	Insumo
46	DETERGENTE ENZIMÁTICO 1 LITRO
47	DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA
48	EL P/ULTRASSOM 1KG
49	ELETRODO DESCARTÁVEL ECG
50	ELETRODO DESCARTAVEL ECG PCT C/ 50 UNID
51	ENVELOPE PARA ESTERILIZAÇÃO 10 X 25 A/S C/ 100 UNID
52	EQUIPO MACROGOTAS DE INFUSÃO (COMPLETO)
53	EQUIPO MICROGOTAS
54	EQUIPO MULTVIAS C/ CLAMP 2 VIAS - LUER LOCK
55	EQUIPO NUTRIÇÃO ENTERAL FLEXVEL
56	EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSAO FOTOPROTETOR
57	EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSAO SIMPLES
58	ESPAÇADOR INALATÓRIO (INFANTIL E ADULTO)
59	ESPARADRAPO 10 CM X 4,5 M
60	ESTETOSCÓPIO DUPLO
61	FIO DE SUTURA, CATEGUTE 3/0 SIMPLES AGULHA 30MM
62	FIO NYLON 2/0 PRETO AGULHA 20MM
63	FIO NYLON 2/0 PRETO AGULHA 30MM
64	FIO NYLON 3/0 PRETO AGULHA 20 CM
65	FIO NYLON 4/0 PRETO AGULHA 2,0 CM
66	FIO NYLON 4/0 PRETO AGULHA 30MM
67	FIO NYLON 4/0 PRETO AGULHA 45 CM
68	FIO NYLON 5/0 PRETO AGULHA 25MM
69	FIO NYLON 6/0 PRETO AGULHA 25MM
70	FITA ADESIVA CREPE 16 MM X 50 M
71	FITA AUTOCLAVE 19MM X 30 M
72	FITA MICROPOROSA HIPOALERGICA 25M M X 10M
73	FITA MICROPOROSA HIPOALÉRGICA 50MM X 10M "BRANCA"
74	FLUXOMETRO
75	FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL EG
76	FRALDA DESCARTÁVEL INFANTIL G
77	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL M
78	FRALDA DESCARTAVEL INFANTIL P
79	FRALDA GERIÁTRICA M (PCT C/ 8)
80	FRALDA GERIÁTRICA G (PCT C/ 8 UNID)
81	FRALDA GERIÁTRICA EG
82	FRALDA GERIÁTRICA EG
83	FRALDA GERIÁTRICA P (PCT C/ 10 UNID)
84	FRASCO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL 300ML "NÃO ESTERIL"
85	GARROTE - TUBO DE LATEX - 45 A 50 CM
86	GEL PARA ULTRASSOM 300 G
87	IODOPOLVIDONA 1% DEGERMANTE 100ML
88	IODOPOLVIDONA SOLUÇÃO AQUOSA 10% (100 ML)
89	IODOPOLVIDONA SOLUÇÃO AQUOSA 10% (1000 ML)

73

Item	Insumo
90	LAMINA DE BISTURI Nº 15
91	LAMINA DE BISTURI Nº 23
92	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA
93	LENÇOL DE PAPEL HOSPITALAR 50X50
94	LENÇOL DE PAPEL HOSPITALAR 70X50
95	MASCARA PARA INALAÇÃO ADULTO
96	MASCARA PARA INALAÇÃO INFANTIL
97	MASCARA PARA OXIGÊNIO ALTA CONCENTRAÇÃO ADULTO
98	MASCARA PARA OXIGÊNIO ALTA CONCENTRAÇÃO PEDIÁTRICA
99	ONDA FOLEY 2 VIAS Nº 6 C/ BALÃO
100	OXIMETRO
101	PAPEL PARA ECG 216 X 30 (ELETRO)
102	RALDA GERIÁTRICA G (PCT C/ 8 UNID)
103	REANIMADOR MANUAL (AMBU)
104	SACO COLETOR DE URINA ADULTO C/ CORDAO -2000 ML (C/ 100 UNID)
105	SACOS DE DESPOJO (OBITO)
106	SCALP 21
107	SCALP 23
108	SCALP 25
109	SERINGA 1 ML C/ AGULHA 13 X 4,5 (P/ INSULINA)
110	SERINGA 10ML
111	SERINGA 20ML
112	SERINGA 3ML
113	SERINGA 5 ML
114	SERINGA 60 ML
115	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VALVULA Nº20
116	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 10
117	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 12
118	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 14
119	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 16
120	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 18
121	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VÁLVULA Nº 8
122	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VALVULA Nº8
123	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 10
124	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 12
125	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 14
126	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 16
127	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 20
128	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 4
129	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 6
130	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL S/ VÁLVULA Nº 8

Item	Insumo
131	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 08 C/ BALAO
132	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 10 C/ BALAO
133	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 12 C/ BALAO
134	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 14 C/ BALAO
135	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 18 C/ BALAO
136	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 20 C/ BALAO
137	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 22 C/ BALAO
138	SONDA FOLEY 2 VIAS N. 16 C/ BALAO
139	SONDA FOLEY 3 VIAS N. 16 C/ BALAO
140	SONDA FOLEY 3 VIAS N. 18 C/ BALAO
141	SONDA FOLEY 3 VIAS N. 20
142	SONDA FOLEY 3 VIAS N. 22
143	SONDA FOLEY 3 VIAS N. 24
144	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 10
145	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 12
146	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 14
147	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 16
148	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 18
149	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 20
150	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 22
151	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 24
152	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 4
153	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 6
154	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 8
155	SONDA RETAL N. 06
156	SONDA RETAL N. 08
157	SONDA RETAL N. 10
158	SONDA RETAL N. 14
159	SONDA RETAL N. 16
160	SONDA RETAL N. 18
161	SONDA RETAL N. 20
162	SONDA URETRAL N. 04
163	SONDA URETRAL N. 06
164	SONDA URETRAL N. 08
165	SONDA URETRAL N. 10
166	SONDA URETRAL N. 12
167	SONDA URETRAL N. 14
168	SONDA URETRAL N. 16
169	SONDA URETRAL N. 18
170	SONDA URETRAL N. 20
171	TERMÔMETRO CLINICO DIGITAL

DB

Item	Insumo
172	TIRAS P/ TESTE DE GLICEMIA
173	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 3.0MM
174	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 3.5MM
175	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 4.0MM
176	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 5.0MM
177	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 5.5MM
178	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 6.0MM
179	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 7.0MM
180	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 7.5MM
181	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 8.0MM
182	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 8.5MM
183	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 9.0MM
184	TUBO ENDOTRAQUEAL C/ BALAO N. 9.5 MM
185	TUBO ENDOTRAQUEAL S/ BALAO N. 2.0MM
186	TUBO ENDOTRAQUEAL S/ BALAO N. 3.0MM
187	TUBO ENDOTRAQUEAL S/ BALAO N. 3.5MM
188	TUBO ENDOTRAQUEAL S/ BALAO N. 5.5MM
189	UMIDIFICADOR PARA OXIGENOTERAPIA- FRASCO -250ML

Fonte: Edital

Insumos de Ortopedia

Item	Insumo
1	ATADURA DE ALGODÃO 10CM (PCT C/ 12 UNID)
2	ATADURA DE ALGODÃO 15CM (PCT C/ 12 UNID)
3	ATADURA DE ALGODÃO 20CM (PCT C/ 12 UNID)
4	ATADURA DE CREPE 13F 8CM X 1,8M (PCT C/ 12 UNID)
5	ATADURA DE CREPE 13F 10CM X 1,8M (PCT C/ 12 UNID)
6	ATADURA DE CREPE 13F 15CM X1,8M (PCT C/ 12 UNID)
7	ATADURA DE CREPE 13F 20CM X 1,8M (PCT C/ 12 UNID)
8	ATADURA DE CREPE 13F 6CM X 1,8M (PCT C/ 12 UNID)
9	ATADURA GESSADA 15CM X 3M
10	ATADURA GESSADA 20CM
11	MALHA TUBULAR 06CM X 15M
12	MALHA TUBULAR 10CM x 15M
13	MALHA TUBULAR 15CM x 15M
14	MALHA TUBULAR 20CM
15	MALHA TUBULAR 4CM
16	TALA METALICA C/ ESPUMA 300 mm X 80 mm TAM PP
17	TALA METALICA C/ ESPUMA 530mm X 80 TAM P
18	TALA METALICA C/ ESPUMA 16 X 18

Fonte: Edital

Insumos de Raio X

Item	Insumo
1	FILME DRYSTAR DT 2B 25X30 CX C/ 100 UNIDADES
2	FILME DRYSTAR DT 2B 20X25 CX COM 100 UNIDADES

Fonte: Edital

Insumos de Laboratório

Item	Insumo
1	COLETOR DE URINA INFANTIL UNISSEX ESTERIL
2	COLETOR DE URINA UNIVERSAL ESTERIL C/ TAMPA 70 A 80 ML
3	TUBO PARA COLETA AMARELO OU VERMELHO 3,5ML A 4ML
4	TUBO PARA COLETA AZUL
5	TUBO PARA COLETA ROXO

Fonte: Edital

Equipamentos de Proteção Individual

Item	Insumo
1	AVENTAL MANGA LONGA C/10 unid
2	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,0 C/2 UNID
3	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,5 C/2 UNID
4	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 8,0 C/2 UNID
5	LUVA DE PROCEDIMENTO "G" C/ 100 UND
6	LUVA DE PROCEDIMENTO "M" C/ 100 UND
7	LUVA DE PROCEDIMENTO "P" C/ 100 UND
8	LUVA DE PROCEDIMENTO VINIL -TAM G SEM PO CX C/ 100 UND
9	LUVA DE PROCEDIMENTO VINIL -TAM M SEM PO CX C/ 100 UND
10	LUVA DE PROCEDIMENTO VINIL -TAM P SEM PO CX C/ 100 UND
11	MASCARA N95
12	MASCARA CIRURGICA TRIPLA C/ ELASTICO (CX C/ 50 UND)
13	PROPÉ C/ ELASTICO 20 GR PCTS C/ 100 UNIDADES
14	TOUCA DESCARTAVEL C/ ELASTICO SANFONADA

Fonte: Edital

16.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE INSUMOS

A Logística de Insumos é o Setor responsável pela compra; armazenamento e dispensação de materiais e medicamentos pela Farmácia e Almoxarifado; além de estabelece os Modelos de Especificação; Seleção; Padronização; Classificação e Codificação de Medicamentos adotados pelas organizações de saúde.

Toda a Cadeia de Suprimentos necessita de cuidados para sua otimização. Isso é essencial, não só para melhorar a produtividade de ponto a ponto, mas também para evitar futuros problemas que possam prejudicar o andamento do atendimento.

CADEIA DE SUPRIMENTOS

O Setor de Abastecimento integra-se como um subsistema para atender às necessidades de insumos e de equipamentos. A Seleção de Materiais e a Gestão de Estoques, nas quais se definem os materiais utilizados e as formas de acompanhar os Níveis de Consumo que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos. São processos críticos para a organização, destacando a interface entre os profissionais da Clínica e o Setor de Abastecimento, como crítica para a organização do abastecimento.

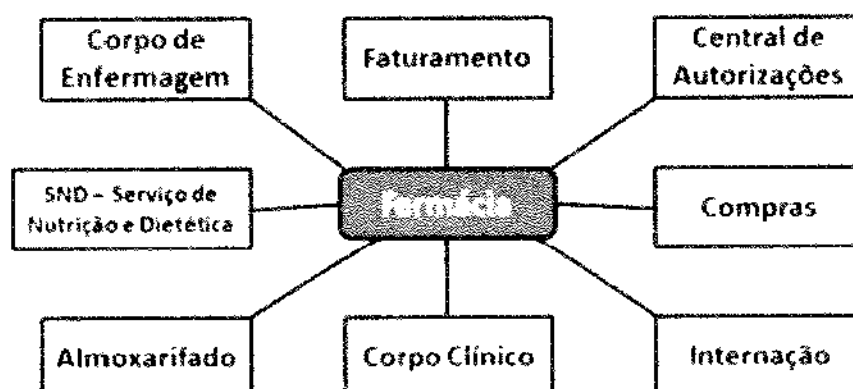
O ambiente de saúde é um sistema complexo, com grande Fluxo Físico (medicamentos, materiais; pacientes; documentos), grande Fluxo de Informações (Prescrição Médica; Prontuários de Pacientes, Registros Médicos) e grande Fluxo Financeiro (Contas de Pacientes e Transações Financeiras de Recebimento e Pagamento).

O Gerenciamento dos Estoques garantirá o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da Unidade de Saúde; atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos.

A Logística será responsável pelo uso equilibrado dos itens; devendo questionar aumentos de consumo; uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as Unidades de Enfermagem, o Corpo Clínico e a Farmácia.

O Fluxo Logístico será integrado com todos os Departamentos da Unidade de Saúde, fazendo a interface com o processo de Dispensação de Medicamentos e Insumos.

Fluxo Logístico Hospitalar



CRITÉRIOS A SEREM ADOTADOS NA LOGÍSTICA DE INSUMOS

- Padronização de Produtos; compra de produtos não-padronizados e Compra de Emergência;
- Estabelecimento de critérios técnicos e multidisciplinares para a Padronização de Suprimentos;
- Disponibilização de suprimentos atendendo a necessidade dos processos;
- Controle de Materiais Críticos, especialmente os Medicamentos, Produtos de Nutrição e Dietética, Kits Reagentes, Produtos Químicos, Equipamentos, entre outros;
- Estabelecimento de mecanismos de rastreabilidade de materiais e medicamentos;
- Avaliação dos Serviços Terceirizados com base na Política de Fornecedores de Serviços e Produtos;
- Definição de Planos de Contingências: emergências; faltas; indisponibilidade no mercado; suspensão;
- Falhas em refrigerador de armazenamento de produtos;
- Falhas no Sistema Gerador;
- Estabelecimento de critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos;
- Estabelecimento de critérios de Recebimento e Armazenamento de materiais, insumos e medicamentos.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE RECEBIMENTO

- Quantidade;
- Validade;
- Condições do produto;
- Lote do produto x Lote da Nota Fiscal;
- Temperatura para Termolábeis;
- Critérios para não recebimento;
- Critérios para quarentena.

A Análise de Riscos e o Tratamento dos Riscos relacionados à Gestão de Suprimentos são feitos com:

1. Controle de Estoque (falta, compra de urgência, perda por validade);
2. Cotação e Compra (compra acima do valor, atraso, compra de fornecedor não qualificado, empréstimo);

3. Recebimento (falha na inspeção, produto degradado, produto falsificado);
4. Fracionamento, Etiquetagem e Unitarização (controle de infecção, troca de produtos ou dose);
5. Armazenamento (umidade, vetores, área para produtos químicos, higiene);
6. Dispensação (atraso, indisponibilidade, contaminação, troca);
7. Devolução (excesso de materiais nos Setores, etc).

GESTÃO DE ESTOQUES

O Gerenciamento de Materiais tem como objetivo satisfazer as necessidades de suprimentos das Áreas Administrativas e Assistenciais do Estabelecimento de Saúde.

O Almoxarifado é o local destinado à fiel guarda e conservação de materiais, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à Política Geral de Estoques da Instituição. Compete à Gestão de Estoques:

1) COMPRAS

- Identificação, Qualificação e Cadastramento de Fornecedores;
- Gestão de Fornecedores;
- Processamento de Compras;
- Negociação;
- Gestão de Desempenho.

2) ALMOXARIFADO

- Receber materiais;
- Guardar materiais;
- Localizar materiais;
- Preservar materiais;
- Entregar materiais.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA LOGÍSTICA DE INSUMOS

O Processo de Compras e Almoxarifado será organizado conforme descrição seguinte:

1) QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

Para o fornecimento de medicamentos; insumos farmacêuticos e correlatos são necessários ainda:

- Cópia Autenticada do Registro no Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União;
- Cartas de Autorização de Comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de Distribuidora ou Representante;
- Certificado de Responsabilidade Técnica, emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o Protocolo de assunção desta Responsabilidade Técnica;
- Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual);
- Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual). Desejável para Fabricante e Distribuidor;
- Cópia Autenticada da Autorização Especial para Medicamentos da Portaria SVS/MS Nº 344/98.

Além dos documentos solicitados para o fornecimento de correlatos, para o grupo de equipamento médico-hospitalar, são necessários também:

- Cópia da Certificação do Equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBRIEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os Certificados devem ser emitidos por Laboratório de Certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros);
- Certificado de Boas Práticas de Fabricação, expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV.

2) CADASTRAMENTO DO FORNECEDOR

O Fornecedor quando qualificado pela área de Compras será automaticamente aprovado e o funcionário responsável indicado na Ficha Pré-Cadastral receberá em seu e-mail A Confirmação da aprovação do Cadastro. A partir desse momento o Fornecedor torna-se apto a participar dos Processos de Cotação.

3) COTAÇÃO E PEDIDO DE COMPRA

As Cotações deverão ser respondidas dentro do prazo solicitado, informando obrigatoriamente a Quantidade na Caixa; Valor Unitário com os impostos inclusos; Condições de Pagamento; Marca ou Procedência do Produto e Prazo de Entrega. No caso de Entregas Parciais, estas deverão ser informadas com Previsão de Entrega dos Itens Pendentes.

O não cumprimento dessas normas gerará uma Notificação de Não Conformidade ao Fornecedor e este será avaliado dentro dos critérios de pontuação da Avaliação da Entrega.

O Contrato de Fornecimento poderá ser celebrado sempre que a Unidade de Saúde julgar conveniente, sendo, da mesma forma, objeto resultante do Processo de Cotação.

4) TRANSPORTE E ENTREGA

Os veículos devem apresentar-se higienizados e em condições adequadas ao transporte de cada mercadoria, a fim de evitar contaminações ou comprometimento da integridade e qualidade dos produtos transportados.

As embalagens deverão ser capazes de garantir o transporte adequado da mercadoria, evitando danos às mercadorias durante o trajeto.

Medicamentos e insumos farmacêuticos devem ser transportados em veículos que garantam a temperatura ideal de armazenamento do produto, não ultrapassando os limites discriminados na legislação em vigor.

5) RECEBIMENTO

A conferência deve ser feita no ato do Recebimento, verificando se o produto entregue está em conformidade com os Aspectos Administrativos e as Especificações Técnicas. Essa conferência consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e foi recebido. Para tanto será preenchido o Formulário de Avaliação de Entrega no momento da baixa do Pedido de Compra.

6) ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E RECEBIMENTO DE MERCADORIAS

Os medicamentos devem ser entregues seguindo as especificações do Pedido de Compra: marca solicitada; medicamentos genéricos ou de referência; forma farmacêutica, concentração; apresentação; quantidade por embalagem; valor unitário; condições de conservação e prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

O mesmo critério deve ser aplicado aos materiais hospitalares que deverão estar em conformidade com a marca, especificação, valor unitário e quantidade do pedido de compra.

Todo medicamento e insumo correlato deverão estar acompanhados do Certificado de Análise do Lote entregue. Os Números dos Lotes dos produtos recebidos devem ser os mesmos constantes da Nota Fiscal.

Baseados nos Artigos N°24, 25 e 26 da Portaria SVS/MS N° 344/98, que fazem referência às Notas Fiscais, determina-se que:

- As Notas Fiscais que contenham Medicamentos Controlados devem apresentar identificação dos mesmos, com a referência da Lista a quem pertencem na Portaria SVS/MS Nº 344/98 entre parênteses, em frente ao nome;
- Medicamentos pertencentes à Lista C3 e o Medicamento Talidomida devem vir em Nota Fiscal separada dos pertencentes às outras listas;
- A Nota Fiscal, Fatura de Venda ou Transferência de Substâncias, deverá distinguir as Listas ao qual cada medicamento faz parte, através de colocação entre parênteses, da letra indicativa da Lista a que se refere, logo após o nome do mesmo.

7) RECEBIMENTO DE EQUIPAMENTOS

Os equipamentos médico-hospitalares devem ser entregues juntamente com a documentação técnica detalhada de todas as partes, itens, subitens e periféricos que compõem o objeto da compra, da seguinte forma: Manual de Serviço e Manual de Operação para cada item distinto do equipamento.

17. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

A Administração de Materiais pode ser definida como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas dentro de uma instituição, de forma centralizada ou não, destinadas a suprir as diversas unidades com os materiais necessários ao desempenho normal das respectivas atribuições.

Nesse sentido, o Almojarifado da Unidade será destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional da Unidade.

Ademais, trata-se de uma Unidade Administrativa responsável pelo controle e pela movimentação de materiais registrados de acordo com as normas vigentes, ocasião em que visa à garantia de existência contínua de um estoque organizado de modo a não faltar itens que o compõem e, concomitantemente, sem tornar excessivo o investimento total.

Dito isso, o ISHP propõe esta Padronização de Procedimentos nas Unidades, com o objetivo regulamentar e uniformizar rotinas e procedimentos de recebimento; armazenagem; distribuição e controle de estoque; e guarda e conservação de materiais de consumo, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimizar de custos de operação.

Ao mesmo tempo, trata do intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas das Unidades, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários e às equipes internas.

Esta proposta de padronização de condutas possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Almoxarifado, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

De forma igual, facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho, e possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado.

As Unidades de Almoxarifado são consideradas estratégicas para as Instituições, e por esse motivo é imprescindível que mantenha processos muito bem definidos fazendo com que sejam executados de maneira correta e eficiente.

O Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga contará com 01 (um) Almoxarifado Central e um Almoxarifado Satélite. Terão ainda, salas para guarda de equipamentos e Depósitos de Material de Limpeza (DML) distribuídos em setores estratégicos.

O Almoxarifado tem por finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo, em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda da Unidade. A estrutura organizacional do Almoxarifado será delineada com base na divisão de atividades. Em síntese, configura-se como um instrumento administrativo para que gestores possam enxergar para onde estão indo os esforços e se todos convergem de acordo com o planejamento da Instituição.

As atividades de Recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor, até a entrada nos Estoques. A função de Recebimento de Materiais será Módulo de um Sistema Informatizado Global integrado com as áreas de Contabilidade, Compras e Transportes, e será caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os Estoques Físico e Contábil.

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no Sistema de Instalação e no layout adotado; proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante Programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de Documento (Registro) para a Solicitação/Retirada de materiais do Almoxarifado.

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, quais sejam, Recebimento, Armazenagem e Distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções aos fornecedores e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda Requisições de Materiais.

A gerência dos bens materiais e patrimoniais do Almoxarifado deve se pautar em controles formais, regras claras e metodologias específicas para o correto dimensionamento dos quantitativos demandados, além de um controle fidedigno de todo o ativo da Unidade.

Ante ao exposto, a Unidade de Almoxarifado possuirá como suas principais funções:

- Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o Documento de Compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal) ou equivalentes;
- Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em Estoque;
- Registrar em Sistema Informatizado as Notas Fiscais dos materiais recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as Notas Fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e Centros de Custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros Relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
- Viabilizar o Inventário Anual dos materiais estocados;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
- Propor Políticas e Diretrizes relativas a Estoques e Programação de Aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer Normas de Armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de Reposição de Estoque, bem como solicitar sua Aquisição.

Os processos e as prestações de serviço atuais são caracterizados por um alto nível de

complexidade, proveniente das rápidas mudanças, da elevada variedade de produtos, do aumento da demanda e da influência de uma sociedade cada vez mais exigente.

Tais características somadas a uma crescente pressão pela redução de custos, aumento de eficiência e aumento dos níveis de serviço nos obrigam a nos reformular e buscar Métodos Gerenciais adequados para a condução dessas atividades.

Com o intuito de servir como base para a tomada de decisões, os objetivos, princípios e valores a serem aplicados na Rotina Diária devem estar claros a todos que estarão diretamente envolvidos na Gestão dos Recursos Materiais e na Logística de Suprimentos.

A correta manutenção das atividades da Unidade possibilita que toda a comunidade de profissionais consiga desempenhar satisfatoriamente suas atividades, entregando, assim, o melhor resultado para a sociedade.

No contexto setorial da Gestão dos Insumos é possível verificar quais são os resultados esperados, sendo a satisfação das necessidades, em quantidades suficientes e em tempo hábil para o pleno exercício das atribuições de cada Setor, o principal propósito desta Unidade Organizacional. Assim sendo, os principais objetivos das Unidades de Almoxarifado serão:

- Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- Impedir que haja divergências de Inventário e perdas de qualquer natureza;
- Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

A eficiência dos Almoxarifados das Unidades irá depender fundamentalmente:

- Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do conseqüente aumento do número das viagens de ida e volta;
- Do aumento do tamanho médio e da quantidade das unidades armazenadas;
- Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

A organização funcional do Almoxarifado das Unidades contemplará em sua fundamentação as principais atribuições:

- Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela Unidade;
- Entregar os materiais aos seus usuários mediante Requisições Eletrônicas Autorizadas;
- Manter atualizados os Registros necessários.

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais diversos e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis estarão imbuídos de realizar inspeções, principalmente em períodos de chuva, no intuito de observar a ocorrência de vazamentos e gotejamentos, além da necessidade de averiguações diversas no que se refere à necessidade de pequenos reparos na Rede Interna de Distribuição de Energia Elétrica (tomadas, interruptores, extensões); troca de lâmpadas; verificações gerais de infraestrutura; vazamento em tubulações; infiltração e rachaduras em paredes; estado da pintura; afundamento do solo; escoamento de água pluvial; condição/limpeza do filtro do ar condicionado e demais aspectos.

A constatação de situações que comprometam a estrutura dos prédios deve ser relatada à Chefia Imediata, mediante a confecção de Documento para fins de posterior acionamento do Setor responsável.

A estrutura física externa do Almoxarifado deve ter espaço suficiente para a manobra dos caminhões e demais veículos que farão a entrega dos produtos; além de conter plataforma e/ou estrutura que possibilite a carga e descarga. De forma igual, esta área de carga e descarga deve ter cobertura, para evitar a incidência direta de luz sobre os produtos durante a descarga e, eventualmente, chuva.

Ademais, o local deve possuir rampas que permitam facilidade de locomoção dos carrinhos contendo os produtos e devem ser estabelecidos procedimentos especiais para o recebimento em dias chuvosos.

A iluminação externa deve ser considerada como medida de segurança. Os locais também devem contar com Serviço de Segurança Patrimonial por 24 (vinte e quatro) horas. O edifício deve apresentar bom estado de conservação, qual seja, isento de rachaduras, pinturas descascadas, infiltrações, dentre outros.

Os arredores devem estar limpos e não devem existir fontes de poluição ou contaminação ambientais próximas ao mesmo. O local deve ter placa de identificação e sinalizadores de entrada e saída de veículos.

As instalações internas do Almoxarifado da Unidade devem ser projetadas de acordo com o volume operacional do Almoxarifado. Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do Almoxarifado:

Estantes: são adequadas para material médico hospitalar desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço são mais indicadas, porque permitem fácil

manuseio. A profundidade ideal é de 60 cm, podendo ser de 40 cm em alguns casos;

Estrados/Pallets: são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120cm no lado maior;

Escadas: para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores;

Empilhadeira: para quando o Almoxarifado fizer uso de Sistema de Armazenagem Vertical (estrados ou pallets). As pilhas não devem ultrapassar a altura de 1,5m ou conforme a informação do fabricante do produto. Assim, evitam-se os desabamentos e as alterações das embalagens por compressões;

Carrinhos para Transporte: a escolha dos mesmos depende do volume operacional do Almoxarifado;

Sistema de Condicionamento de Ar: utilizado para o controle adequado da temperatura. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes. Normalmente as temperaturas se elevam muito no verão, desta forma, a instalação deste Sistema será considerada;

Ventiladores: na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores;

Exaustores: são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente;

Termômetros: são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na Área de Estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das Câmaras Frias ou Refrigeradores, caso haja;

Higrômetro: usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento;

Armários de Aço com Chave: destinados ao armazenamento de materiais de saúde sujeitos a Controle Especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível disponibilizar de sala fechada para este fim;

Extintores de Incêndio: devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga;

Outros: Caixas plásticas para transporte; caixas de isopor para transporte; cesto com tampa; lacres numerados; armários, escrivaninhas e cadeiras; linha de telefone direta; pontos de rede (internet); computadores, Sistema de Gestão e Controle de Estoque; impressoras, dentre outros.

O Almoxarifado terá responsáveis por receber e estocar/alocar as compras dos fornecedores, e proceder à organização e a estocagem dos materiais, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso.

PROCESSOS DE TRABALHO DO ALMOXARIFADO

- Controlar os Estoques, auxiliando a compra dos materiais necessários para reposição, conforme Política e Procedimentos estabelecidos para cada Item; de acordo com as características de cada material, assim como facilitar a sua localização e manuseio, dentre outros;
- Controle dos Estoques através de Registros apropriados em Sistema Informatizado, registrando todas as Entradas e Saídas; solicitando reposição dos materiais quando necessário;
- Realizar a elaboração do Inventário Mensal, visando o ajuste de divergências com os Registros Contábeis;
- Separar materiais para devolução, encaminhando a documentação para os procedimentos necessários;
- Atender as requisições dos usuários, fornecendo em tempo hábil os materiais solicitados;
- Receber, cadastrar, armazenar, separar e distribuir materiais de uso contínuo ou esporádico;
- Recepcionar, conferir e distribuir os materiais no almoxarifado ou setor responsável.

As Unidades terão responsáveis para a recepção das mercadorias e o controle das saídas, os quais analisarão quantitativamente e qualitativamente os bens que estão sendo recepcionados. Também farão a conferência dos volumes, quantidades e qualidade dos itens que serão entregues para as áreas solicitantes.

A Unidade analisará os documentos atinentes aos bens que estão sendo recepcionados para fins de proceder à entrada das Notas Fiscais no Sistema Informatizado e demais Controles (Planilhas), bem como proceder à triagem da Documentação Suporte de Recebimento aos Setores responsáveis.

O ISHP compromete-se em realizar as ações abaixo discriminadas para o Gerenciamento e Operacionalização dos Almoxarifados instalados na Unidade:

- Verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados;
- Auxiliar toda a equipe do Almoxarifado para manutenção dos bens armazenados;
- Auxiliar no Planejamento das Aquisições;

- Realizar Inventário de Materiais e Controle de Prazo de Vencimento dos bens armazenados;
- Realizar demais Controles afetos aos Estoques;
- Armazenar os materiais no Almoxarifado conforme orientação do fabricante e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

A fase de Armazenagem dos Materiais compreende:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção, armazenamento e prazo de validade;
- Separação para distribuição.

Dependendo das características do material, a armazenagem pode se dar em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma, dentre outros.

Os materiais sujeitos à armazenagem obedecem a regras taxativas que regulam o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais e que obedeça às recomendações ergonômicas.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente será utilizada uma Codificação, que deve indicar, quando possível, o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de Movimentação e Estocagem.

O Almoxarife é o responsável por este Sistema e deverá possuir um esquema do local com o arranjo físico dos espaços disponíveis, por área de Estocagem.

O Controle dos Materiais em Estoque será feito por meio de Inventários que deverão ser efetuados semanalmente ou em até 30 (trinta) dias. Os Inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os Relatórios processados pelo Sistema Informatizado.

A prioridade é sempre a identificação e reversão da transação errada. No entanto, cabe ressaltar que os ajustes devem ser feitos em último caso e com autorização da Chefia.

Na grande maioria das vezes, as divergências de Estoque são decorrentes de erros cometidos ou afetos no Registro da Movimentação das Mercadorias. Normalmente podem ser de valores pouco ou muito significativos. Em quaisquer situações, os Lançamentos relativos aos Ajustes deverão ser lançados de imediato no Sistema Informatizado, momento em que serão objetos devidamente apresentados em Relatórios encaminhados à Chefia responsável.

Ocorrendo quebras e perdas razoáveis, de acordo com a natureza do bem, ocorridas no acondicionamento, relacionadas à fabricação, no transporte e no que se refere ao manuseio de itens, as quebras e perdas também serão objetos de relato e, de igual forma, integrarão Relatórios para fins de comunicação a Chefia responsável.

Quando da realização do Inventário Físico podem ser detectadas faltas de relevância, fazendo com que a Unidade de Almoxarifado suponha que a divergência existente entre o Estoque Físico e o Contábil seja originada de furto, roubo, desvio ou qualquer outro tipo de desfalque ilícito ocasionado por funcionários ou terceiros.

Caso essa suspeita se confirme, os responsáveis pelo Almoxarifado da Unidade deverão, de imediato, relatar o ocorrido a Chefia imediata para que possa ser procedida a baixa dos produtos do Estoque, procurar estabelecer e/ou elaborar Pontos de Controle no intuito de mitigar eventuais riscos, rever aspectos relacionados a segregação de funções, acesso aos materiais, dentre a adoção de outras medidas, além de apresentar relatório circunstanciado acerca do ocorrido para fins de adoção de providências cabíveis.

O controle dos materiais em Estoque no Almoxarifado é feito por meio de Inventários, que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os Inventários consistem na verificação dos materiais existentes, de acordo com os Relatórios processados pelo Sistema Informatizado do Almoxarifado.

Os Estoques serão, obrigatoriamente, contabilizados, fazendo-se a Tomada Anual das Contas dos responsáveis. Portanto, a Tomada de Contas do Almoxarifado tem por finalidade:

- Relacionar e especificar, detalhadamente, o material existente em Estoque;
- Apurar o material em Estoque, para fins de transferência de responsabilidade;
- Analisar os Documentos que controlam as atividades de Entrada e Saída dos materiais;
- Avaliar as condições de armazenamento dos materiais estocados;
- Avaliar a disposição física dos materiais, a fim de verificar a praticidade na sua movimentação;

- Analisar o funcionamento sistemático do Almoxarifado como um todo, a fim de verificar se o seu gerenciamento está sendo feito de maneira a satisfazer as necessidades a que se destina;
- Apurar o material em Estoque, para fins de encerramento, quando da extinção ou transferência de órgãos e entidades;

Acerca deste tema, a Tomada de Contas do Almoxarifado pode ocorrer:

- No final de Exercício, elaborada no mês de Dezembro de cada ano;
- Na passagem de responsabilidade, quando houver mudança de responsável pelo Almoxarifado;
- No encerramento, quando o órgão for extinto ou transferido.

O chefe de Almoxarifado deverá supervisionar e acompanhar toda a Cadeia de Suprimentos, verificar se os procedimentos estão sendo corretamente executados pelos envolvidos e auxiliar toda a equipe para manutenção dos bens armazenados, para a adoção de boas práticas, além de auxiliar no planejamento das aquisições.

O Relatório de Movimentação de Almoxarifado (RMA) deve ser elaborado mensalmente e remetido, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida. Este Relatório deverá ser encaminhado para o Setor Contábil.

Após a realização de inventários, deve ser elaborado relatório circunstanciado contendo as alterações mais importantes constatadas destinados, exclusivamente, para os responsáveis, para fins de acompanhamento, conferência e correção de eventual apropriação indevida, erro de origem, dentre outras situações.

Os profissionais que farão a Requisição de Materiais sejam Enfermeiros, Médicos, Assistentes e Auxiliares Administrativos, dentre outros colaboradores, serão incumbidos de requisitar itens para suprimento dos Estoques e para o consumo da Unidade em que estão lotados. São de fundamental importância para a correta destinação dos materiais e para o planejamento da demanda.

Tais requisitantes, ao prestarem suas atividades administrativas/assistenciais utilizam recursos materiais, cabendo a eles a competência e responsabilidade pela administração dos bens de consumo em suas Unidades de trabalho através da determinação do material necessário, seja no aspecto quantitativo como no qualitativo, na definição das Especificações Técnicas, na participação no Processo de Administração de Materiais, na organização e armazenamento, no

13

controle, distribuição e avaliação desses materiais.

A prática da ineficiente Administração de Materiais se caracteriza por ser uma disfunção que pode causar muitos prejuízos para o erário e aos Serviços, podendo gerar grandes Estoques desnecessários e ao mesmo tempo a falta de material, dificultando o controle e podendo levar a perda de material, aumentando os Custos para a Instituição.

Cumprе destacar que toda Requisição de Materiais destinada a Unidade de Almoxarifado, necessariamente, deverá passar por autorização e crivo da Chefia Imediata do Setor Demandante. Os profissionais deverão ser cadastrados como Requiritante de Material no Sistema Informatizado, mediante Solicitação Formal, autenticado pela Chefia Imediata e direcionada ao Setor de Recursos Humanos e Setor de Tecnologia da Informação.

As demandas somente serão aceitas e processadas mediante apresentação de Requisição Eletrônica confeccionada por intermédio do Sistema Informatizado.

Todo profissional poderá ser chamado à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material que lhe for confiado para guarda e uso, bem como, dolosa ou culposamente, pelo seu dano.

Qualquer irregularidade ocorrida com o bem ou material sob sua responsabilidade será objeto de Comunicação Formal, imediatamente, de maneira circunstanciada, por parte do profissional, a Chefia da Unidade de Almoxarifado.

A indenização por parte do agente responsável poderá ser efetuada arcando com as despesas de recuperação, substituindo o material por outro de mesmas características, acompanhado dos Documentos Fiscais, apurado em Processo Regular.

As empresas prestadoras de serviços à Unidade de Almoxarifado deverão indenizar, na forma prevista, em virtude de dano, furto ou extravio causados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, por parte dos seus empregados.

A Requisição Eletrônica de Materiais representa o início do processo de recebimento dos pedidos, possibilitando agilidade, segurança, praticidade, dentre outras inúmeras vantagens. Sua função primordial é compor um Sistema Integrado entre o Almoxarifado de cada Unidade e seus respectivos Setores servindo de interface entre a ponta do fornecimento e a do consumo.

Por esse motivo, a Requisição Eletrônica de Materiais será a única interface entre a equipe do Almoxarifado e o usuário no tocante ao atendimento de solicitações para fins de uso dos materiais, ocasião em que não serão admitidas Requisições Manuais em papel comum e

Solicitações Verbais.

A Solicitação de Materiais deverá ser encaminhada ao Almoxarifado com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) para atendimento do Cronograma de Entrega diário.

A missão do Almoxarifado é servir de intermediário, dando abrigo provisório aos produtos, ocasião em que sua organização dependerá, por conseguinte, deste caráter transitório e se orientará no sentido de dar maiores facilidades para as Entradas e Saídas dos produtos e para que o Estoque se torne suficiente e íntegro para as necessidades normais da Instituição.

O sucesso da Instituição é vital para o desenvolvimento sustentável da sociedade. E um Sistema, que por meio de interações coesas gere relações de qualidade, integrando Recebimento e Consumo, é a melhor solução para garantir esse sucesso.

Para que todos os esforços da equipe sejam traduzidos a uma Gestão eficiente e eficaz dos bens da Instituição, alguns valores e princípios devem nortear as ações necessariamente dos envolvidos do Setor, e desejavelmente por todos os utilizadores de recursos públicos. São eles:

- Aderência e compromisso com as Normas Institucionais;
- Desburocratização das atividades;
- Manutenção das relações entre Setores;
- Compromisso com a ética profissional;
- Zelo e minimização dos desperdícios.

O Controle dos Estoques depende de um Sistema eficiente, o qual deve fornecer, a qualquer momento, as quantidades que se encontram à disposição e onde estão localizadas, as compras em processo de recebimento, métricas de demanda e consumo, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Para agilização das atividades, o controle, em particular das funções referentes ao Almoxarifado, deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição.

Constituem produtos/serviços do Almoxarifado da Unidade, o controle e gerenciamento do estoque e distribuição dos materiais adquiridos pela entidade, permitindo assim uma operação segura e consistente, tais como:

- Registrar todos os tipos de movimentações efetuadas no(s) Almoxarifado(s);
- Permitir e assegurar a integridade dos materiais;

- Permitir o uso de Código Reduzido do Material em todas as funções (movimentação, pedidos, compras, requisições, dentre outras);
- Permitir a movimentação, separação, controle e a entregados pedidos;
- Possibilitar o controle de Saldos em Estoque Físico e Financeiro (preço médio);
- Oferecer a listagem de materiais e seus respectivos fornecedores;
- Oferecer o Saldo por local físico e Almoxarifado, a movimentações de um período, o consumo por requisitante, Relatórios Gerencias para tomada de decisão, o consumo médio, realização de Inventários e o controle de validade dos itens.

São clientes internos e externos do Almoxarifado da Unidade os envolvidos nas atividades meio (Setores Administrativos) e fim (Postos Assistenciais) da Instituição, notadamente abarcando o Nível Operacional, Tático e Estratégico, Coordenação, Auditoria, Chefia ou Direção de Unidades Administrativas, que lidam, ou seja, responsáveis, direta ou indiretamente, pelo Suprimento, Controle, Recebimento, Armazenagem, Distribuição e definição da qualidade dos materiais utilizados pelas suas respectivas responsabilidades e para fins de atendimento ao público.

Constituem funções operacionais da Unidade contemplar à organização dos Estoques, ou seja, como o Almoxarifado é organizado em termos de disposição das mercadorias, limpeza, iluminação, distribuição dos materiais, movimentação interna, atendimento, organização e controle de Estoque, emissão e escrituração de Documentos, principalmente, todos relacionados ao Setor.

Ressaltamos que, em síntese, são deveres dos colaboradores lotados do Almoxarifado:

- Aderência e compromisso com as Normas Institucionais;
- Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
- Usar o crachá nas dependências da Unidade;
- Tratar a todos com urbanidade;
- Cumprir os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;
- Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela Chefia e por Lei;
- Comunicar ao Chefe Imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;



- Acatar as Normas Operacionais da Instituição, sob pena de Sanções Administrativas;
- Participar dos Programas de Capacitação para os quais for convocado;
- Compartilhar conhecimentos obtidos em Cursos ou Eventos patrocinados pela Instituição;
- Participar de Reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela Chefia;
- Zelar pelo Patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos Equipamentos, Instalações ou qualquer outro Patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;
- Manter seus Registros Funcionais atualizados;
- Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;
- Submeter-se aos Exames Médicos Ocupacionais (Admissional, Periódico, Retorno ao Trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador.

A Unidade de Almoxarifado da Instituição, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

Os horários de expediente do Almoxarifado da Unidade para fins de atendimento e liberação de materiais serão: Segunda à sexta das 07h às 11h e das 13h às 17h. Aos sábados das 07h às 11h horas.

RECEBIMENTO DOS MATERIAIS

Quanto ao Recebimento dos Materiais, o ISHP ressalta que deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos Fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, são Documentos hábeis para o Recebimento das Mercadorias:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no Processo relativo à Permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

A maior parte das Entradas será realizada através de Nota Fiscal de Venda, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o Recebimento da Mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), Razão Social, Endereço, Número da Nota de Empenho, as Informações do Transportador, Quantidade de Volumes, Espécies, Número de

Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa

institutosaudehumanidade.org.br / contato@institutosaudehumanidade.org.br

Avenida das Américas 7935. Sala 334 / Barra da Tijuca (RJ) CEP: 27.793-081

CNPJ: 17.517.805/0001-00



Lote, Prazo de Validade, dentre outros. Constarão, necessariamente, as informações: Descrição do Material, Quantidade, Unidade de Medida, Preços (Unitário e Total).

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os Volumes efetivamente entregues. Como em alguns casos é inviável a Contagem Unitária de todos os componentes no ato da Entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos Volumes (Pacotes, Caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de Contagem, dentre outras alternativas.

Conferência Quantitativa é a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

A depender da quantidade, a Inspeção pode ser Total ou por Amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos, avarias, etc. Deve-se proceder a Conferência Quantitativa do bem, principalmente, em situações em que a Nota Fiscal não descreva, por exemplo, que mil unidades de determinado Item estejam acondicionadas em 01 (uma) Caixa/Volume.

Todos estes métodos contribuem para uma melhor Aquisição, principalmente, no tocante a possíveis discussões acerca de erros no Transporte e Entrega ou Perdas no Depósito, sendo aquelas não pertencentes à responsabilidade das Unidades de Saúde e estas, inaceitáveis.

Conferência Qualitativa: têm por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A Análise de Qualidade efetuada pela Inspeção Técnica visa garantir o Recebimento adequado do material. São utilizados, no Processo de Inspeção, a Especificação de Compra do material e alternativas aprovadas, Catálogos Técnicos, dentre outros.

São três os principais motivos de inconformidades passíveis de identificação no ato da Entrega do Material:

Divergência de Volumes: Havendo divergência quanto ao quantitativo entregue com o da Nota Fiscal, o Conferente deve negar o Recebimento, não assinando a Nota Fiscal e orientando a Transportadora a devolver ao Remetente. Deve, ainda, entrar em contato imediatamente com a Empresa que enviou o Material, via Correio Eletrônico Institucional, e relatar o ocorrido.

Constatação de Avarias: Constatando-se avarias na embalagem do produto, deve-se analisar a integridade do conteúdo do Volume, se constatado visualmente que este sofreu algum dano, deve ser recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem,

pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no Termo de Recebimento provisório.

Entrega de Produto Errado: Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o Recebedor deverá recusar a Entrega, informando o Licitante acerca do ocorrido, sempre via Correio Eletrônico – E-mail Corporativo.

A responsabilidade de regularizar todas as quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do Fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os Custos Logísticos de Substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na Entrega do material solicitado, o responsável pelo Atesto Definitivo deverá anotar preferencialmente em Formulário Padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o Aceite. Após o preenchimento do Termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado. Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de E-mail Corporativo.

No ato do Recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o Aceite Definitivo. Neste momento (Recebimento Provisório), o Setor de Almoxarifado deve proceder à Comunicação Formal de Chegada dos Materiais ao Setor demandante ou Área Técnica responsável, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de Notificação via Correio Eletrônico e agendamento de data para Conferência. A partir do conhecimento, o Setor Técnico/Demandante ficará responsável pelo Aceite da mercadoria, procedendo e firmando o Aceite Definitivo.

No corpo do E-mail e no Agendamento deverá constar o prazo para Recebimento Definitivo, a localização física do material, a Área Responsável pelo Aceite e as implicações que o não recebimento no prazo pode ocasionar. O Setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o E-mail ou Memorando foi recebido pela Área Técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o Aceite Definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto Processo de Pagamento de Ofício, independente de Aceitação Técnica. Isso deve ocorrer, pois o Fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração, respeitando a razoável duração do Processo Administrativo. Neste caso, o Setor Técnico/Demandante que ensejar no Aceite Tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Após a constatação da Área Técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito ou

que foi acordado previamente, surge o Recebimento Definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a Entrega nos conformes, e autoriza o Pagamento do material entregue.

O responsável pelo Recebimento Definitivo é a Área Técnica ou Demandante, dependendo do caso. No caso de itens de Almoxarifado, a Área Técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo Recebimento e, neste caso, o Recebimento Provisório e o Definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao Recebimento Definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como Exame Qualitativo, que poderá ser realizado através de Técnico Especializado ou Comissão Especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do Almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01 (um) dia, contados do Recebimento Provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante Termo Circunstanciado.

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o Recebimento Definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o Recebimento Tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para Atesto, o Almoxarifado deverá de Ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da Área Técnica/Demandante, e apontar o Recebimento Tácito, encaminhando o referido Processo para Pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressaltando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao Setor Demandante mediante Registro de Saída do Material, exceto os materiais que irão compor o Estoque do Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o "Almoxarifado Especial", que será o local reservado para a custódia dos bens até a Entrega Definitiva.

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os Itens de Almoxarifado. Para estes serão realizadas Entradas para composição do Estoque, restrito ao Gestor de tais Itens.

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas a de Recebimento, serão dadas Entradas com Saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao Demandante mediante Registro de Saída do material.

O Transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de Transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

- Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;
- Usar veículo fechado;
- Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;
- Não deixar o veículo estacionado ao sol;
- Manusear a carga com cautela;
- Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

O Almoxarifado da Unidade é destinado à estocagem de materiais e produtos para a saúde. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere à situação dos Extintores. Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o Extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter os Selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a Chefia Imediata mediante a confecção de Documento.

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de Agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

O Mapa de Riscos do Almoxarifado da Unidade será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Os locais de trabalho e a Área de Armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de póe contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados.

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da Área de Armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

A Gestão dos Estoques deve ser baseada em dados e Relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando à melhor alocação destes, entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando à segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Em consonância com a IN/NR 205, de 08 de Abril de 1988, em seu tópico "Racionalização", a responsabilidade de ressuprimento dos Itens essenciais de uso comum será centralizada em cada respectivo Almoxarifado, através de reposições constantes dos Itens, mantendo o Estoque necessário para atender a Unidade em suas atividades. Cabe ressaltar que cada Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da respectiva Instituição.

Alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no Planejamento de Ressuprimento do Almoxarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver Planejamento e Comunicação Prévia para fins de viabilizar as Aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites Administrativos/Burocráticos necessários.

Ao receber os produtos o responsável procederá à Conferência confrontando a Requisição Eletrônica de Saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a Requisição Eletrônica de Saída e os produtos recebidos, o Setor deverá comunicar formalmente o Almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o Almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pelo Setor Solicitante, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, este deverá devolver os itens ao Almoxarifado relacionando os objetos e justificando sua devolução.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o Nome do Setor,

Nome Genérico dos Materiais, Código, Unidade, Quantidade, Lote, Data de Validade e Assinatura do Responsável pelo Setor. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução.

Na Entrega, o servidor do Setor, responsável pelo Recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo Formulário de Solicitação de Materiais, devidamente preenchido pelo Almoxarifado. Também devem constar na Entrega as duas Vias da Requisição Eletrônica de Saída.

Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto aos sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao Almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado, deverão ser assinadas as duas Vias da Requisição Eletrônica de Saída de Materiais, expedida pelo Almoxarifado, devendo uma Via retornar para o Almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada no Setor para eventuais Conferências/Fiscalizações. Os bens de consumo comuns essenciais a todos os Setores da Instituição serão mantidos com Estoques que atendam às demandas, sempre com uma Projeção de Abastecimento de, pelo menos, 03 (três) meses. A Lista dos Materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de Itens.

Para a referida Lista, a Área responsável pelo gerenciamento e reposição dos Estoques será o Almoxarifado não sendo necessário, portanto, Requisição para compra por outros Setores. Acerca destes Itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o Estoque atingir o mínimo determinado no Sistema.

Para alguns Itens, não serão mantidos Estoques, sendo a Aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros.

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a Saída e Aquisição dos materiais de consumo, para fins de reposição de Estoque. O Almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o Pedido, ao constatar que os materiais mantidos em Estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos Setores Requisitantes, até a compra de nova remessa.



Para tanto, deve-se pesquisar a Saída de Materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no Item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsoletismo.

A Movimentação dos Materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

- Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;
- Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;
- Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o Inventário;
- Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;
- O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;
- Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT- NBR) 1472 – 4:2009;
- Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;
- Materiais estranhos ao pertencente ao da respectiva Unidade de Saúde não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;
- Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;
- Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Conforme demonstra a IN/NR 205/88, os tipos de Inventários Físicos são:

Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada

Unidade Gestora, existente em 31 de Dezembro de cada Exercício. A contagem compreenderá o universo de 100% dos Itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do Controle dos Materiais e sua realização dar-se-á através de Comissão especialmente designada por Portaria específica para o Inventário;

Inicial: realizado quando da criação de uma Unidade Gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;

De Transferência de Responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma Unidade Gestora;

De Extinção ou Transformação: realizado quando da extinção ou transformação da Unidade Gestora;

Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do Dirigente da Unidade Gestora ou por iniciativa do Órgão Fiscalizador.

O Inventário de Bens Materiais de Uso e Consumo terá como objetivos:

- Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos Termos de Responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da Gestão Patrimonial;
- Permitir a confrontação entre os Registros de Movimentação de Bens e os Registros do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal;
- Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da Gestão Patrimonial permitindo melhor Planejamento, Avaliação e Controles Gerenciais dos Materiais Permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos Registros;
- Confirmar as responsabilidades dos Gestores das Unidades pela guarda dos bens patrimoniais;
- Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

18. CONTROLE PATRIMONIAL

O Controle Patrimonial se dará através do Registro adequado de todos os bens adquiridos que estão à disposição da Unidade para a realização de suas atividades. Para a eficácia do Controle Patrimonial é fundamental a atualização constante dos Registros de Entrada, Atualização, Movimentação e Saída de bens do Acervo Patrimonial.

A Operação de Entrada é realizada através do recebimento do bem que receberá um Número. As alocações internas são realizadas através da Transferência e da Movimentação e a Operação de Saída é realizada através da Solicitação da Baixa de Bens.

Visando preservar a qualidade das informações, todo bem permanente deverá ser identificado individualmente; estar vinculado a um local específico e sob a responsabilidade de um colaborador.

A verificação dessas informações, bem como da qualidade do serviço realizado pelo Patrimônio é realizada através dos Inventários.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO PATRIMÔNIO

A Unidade terá um rigoroso Modelo de Controle Patrimonial, através do qual exercerá o papel de fiel depositário do Patrimônio o qual pertence ao Ente Público e deverá a ele retornar ao final do Contrato de Gestão.

O ponto de partida do Controle Patrimonial será o levantamento realizado e assinado em conjunto com a OSS e o Ente Público. O encerramento ocorrerá da mesma forma. No levantamento serão utilizados Registros Manuais, Digitais e Fotográficos.

Responsabilidades Sobre os Bens

O responsável de cada Unidade de Saúde deverá comunicar o Setor de Patrimônio de sua Unidade, de forma escrita, irregularidades ocorridas com bens de sua responsabilidade, tais como as abaixo citadas, descrevendo as circunstâncias como ocorreram:

- Perda ou Extravio (a Notificação não exime à responsabilidade do Chefe da Unidade que estará passível as penalidades cabíveis);
- Queda da Identificação de Tombamento/Plaqueta:-comunicar o Setor de Patrimônio no ato para que seja realizada alteração do bem;
- Transferência de bens para outra unidade Patrimonial da Instituição, com ciência desta;
- Empréstimos ou doações de bens patrimoniais recebidos, sendo que o tombamento dos bens

doados somente se dará com a autorização superior, anexando documentação comprobatória.

Transferências

Todas as Transferências de Bens serão realizadas por meio do Termo de Transferência, disponível na Rede de Intranet, com devido acompanhamento do Patrimônio. A responsabilidade pela Transferência compete ao Líder da Unidade onde o bem se encontra (quem envia) uma vez que o bem está vinculado a sua Carga Patrimonial;

Equipamentos médicos só poderão ser transferidos mediante orientação da Gerência Operacional, a quem compete a melhor distribuição dos mesmos. Em caso do equipamento ter que sair da Instituição para conserto, a Engenharia Clínica deverá preencher um Termo de Saída Externo, para a retirada do equipamento.

Avarias

Todos os colaboradores poderão ser chamados à responsabilidade pelo desaparecimento do bem que lhe for confiado para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer bem, esteja ou não sob sua guarda. É dever do colaborador, comunicar imediatamente ao seu Superior, qualquer irregularidade ocorrida com o bem entregue aos seus cuidados.

Controle e Baixas

Trimestralmente, será encaminhado aos responsáveis de setor uma Listagem Setorial para o levantamento de checagem dos bens patrimoniais, objetivando o Levantamento Físico e Analítico comparativo com os Registros Cadastrais do Sistema de Controle, onde serão abordados os seguintes tópicos:

- Bens não encontrados;
- Bens encontrados fora da Unidade à qual estão vinculados;
- Bens encontrados sem Placa de Identificação;
- Bens que se encontram fora da Instituição;
- Bens inservíveis, supérfluos, obsoletos, ociosos ou imprestáveis.

As Listagens terão prazo de uma semana para retorno ao Patrimônio que tomará ações para corrigir divergências encontradas e acionar os responsáveis.

Termos de Responsabilidade: Documento expedido pelo Patrimônio da OSS que caracteriza



entrega de bem patrimonial, onde o responsável da Unidade Receptora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

Termos de Transferência: Documento expedido pelo Patrimônio e entregue aos Setores, identificando os Setores de Origem e Destino, onde se caracteriza a alteração de localização do bem, em que a Unidade Receptora assume total responsabilidade sobre o mesmo.

19. GESTÃO DA FARMÁCIA

19.1. FORNECIMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL PELA PORTARIA MS Nº 344/1998:

Os medicamentos sujeitos a controle especial constantes nos anexos da Portaria 344/1998-MS ficarão sob a guarda do farmacêutico.

Os itens constantes na referida unidade de armazenamento de medicamentos controlados somente serão repostos pelo farmacêutico mediante apresentação de receita válida ou do medicamento danificado, vencido ou inutilizado.

Ao retirar os medicamentos do carrinho/maleta, o profissional previamente designado pela coordenação que estiver na escala deverá assinar, bem como descrever a quantidade e a data do evento nas vias da receita.

A primeira via de receita de controle especial, referente a medicamento fornecido, deverá ser guardada na unidade de armazenamento de medicamentos controlados, destinado para recolhimento e posterior controle pelo farmacêutico. A segunda via de receita de controle especial deverá ser entregue para o profissional que realizará a administração do medicamento.

O registro dos medicamentos, constantes da Portaria 344/1998 MS, no sistema informatizado, somente poderá ser efetuado pelo farmacêutico, uma vez que tal registro gera o livro eletrônico de controle de psicotrópicos e ou outros medicamentos sujeitos a controle especial.

No período em que houver a presença do farmacêutico, esse fará as baixas das prescrições de medicamentos controlados do dia anterior, bem como do final de semana.

DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL PELA RDC MS Nº 20/2011 (ANTIMICROBIANOS)

Os medicamentos sujeitos a controle especial, constantes no anexo da RDC 20/2011-MS, ficarão sob a guarda do farmacêutico.

Haverá um estoque de medicamentos antimicrobianos, cujos itens e as quantidades serão previamente pactuados e informados formalmente à Vigilância Sanitária Municipal. O referido estoque ficará acondicionado em local adequado, cumprindo requisitos sanitários necessários, e o mesmo servirá de suporte assistencial para atender a população na ausência do farmacêutico.

Os itens constantes da RDC 20/2011-MS somente serão repostos pelo farmacêutico mediante apresentação de receita ou do medicamento danificado ou com prazo de validade expirado.

Ao retirar medicamentos da maleta, o profissional que estiver na escala deverá assinar, bem como descrever a quantidade e a data do evento nas duas vias da receita.

A segunda via de receita de controle especial (antimicrobianos), referente a medicamento fornecido, deverá ser guardada na gaveta destinada para recolhimento pelo farmacêutico, para que o mesmo possa repor o armário e conferir se o registro no sistema informatizado foi realizado adequadamente via relatórios disponíveis. A primeira via de receita de controle especial (antimicrobianos) deverá ser entregue para ao usuário juntamente com o medicamento para uso domiciliar.

O registro dos medicamentos, constantes da RDC 20/11-MS, em sistema informatizado, somente poderá ser efetuado pelo farmacêutico.

O farmacêutico fará o registro das prescrições de antimicrobianos no sistema informatizado fornecidos no dia anterior, bem como no final de semana.

A quantidade de medicamento antimicrobiano fornecida deve ser sempre correspondente ao tratamento completo, para evitar que a pessoa interrompa o tratamento antes do prazo correto.

A CONTRATADA deverá se adequar para prescrição dos medicamentos nos casos em que houver modificações na REMUME.

DOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS UTILIZADOS PARA PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV E DOS SOROS UTILIZADOS PARA TRATAMENTOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Os esquemas de medicamentos e soros que a CONTRATADA deve manter em estoque são os disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento Regional de Saúde -DRS XII.

Haverá um estoque de medicamentos PEP e soros, cujos itens e as quantidades serão previamente pactuados e informados ao DRS XII. Os medicamentos destinados a PEP e soros, ficarão sob a guarda do farmacêutico.

Os itens constantes somente serão repostos pelo farmacêutico mediante apresentação de receita (formulário padrão para PEP), ficha de notificação do agravo de acidente com animal peçonhento ou do medicamento danificado ou com prazo de validade expirado.

No formulário de PEP, o profissional que estiver na escala do serviço de farmácia deverá: solicitar a assinatura do paciente que recebeu o medicamento, datar o fornecimento, rubricar e carimbar, além de descrever a quantidade e os lotes dos medicamentos entregues no verso.

O profissional que estiver na escala do serviço de farmácia deverá registrar adequadamente no prontuário do paciente a entrega do medicamento no ícone evolução.

A quantidade de medicamentos PEP fornecida deve ser sempre para o tratamento completo, para evitar que a pessoa interrompa o tratamento antes do prazo correto.

Atentar para a entrega correta das caixas de medicamentos conforme terapia prescrita pelo médico.

Os formulários de PEP, referentes aos medicamentos fornecidos, deverão ser repassados ao farmacêutico no dia posterior para que o mesmo possa repor o armário e, posteriormente enviá-los ao DRS XII para reposição de estoque e registro no Sistema Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde.

O fornecimento de medicamentos para PEP se dará em todo o funcionamento do Pronto Socorro durante as 24 horas de funcionamento

A CONTRATADA deverá se adequar para o fornecimento dos medicamentos mesmo em casos de mudanças de terapia, sempre de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Quando realizar a administração do medicamento, o profissional já deverá efetuar a baixa do mesmo no sistema de informações. Medicamentos injetáveis prescritos por outras referências que não tenham na rede de atenção primária deverão ser administrados no Pronto Socorro.

MEDICAMENTOS DE USO EXTERNO

Para uso externo, os médicos das Unidades prescreverão aos pacientes, os medicamentos de acordo com a padronização REMUME utilizada no município de Maricá/RJ, elencados nos Itens 10.1, 10.2 e 10.3 desta Proposta. Quanto às medicações prescritas para tratamento domiciliar, estas serão disponibilizadas aos usuários após término da consulta, as receitas só serão atendidas com data do mesmo dia, e entregue a quantidade prescrita para o tratamento; somente o receituário da Unidade de Pronto Atendimento será aceito e de pacientes residentes no município de Juquiá - SP com a devida comprovação.

20. MANUTENÇÃO PREDIAL

A Gestão de Manutenção Predial/Instalações é uma prática essencial para preservar a segurança, a funcionalidade e a durabilidade das edificações. Envolve desde o Planejamento e Execução de Vistorias até a Análise de Custos e geração de Relatórios, garantindo uma manutenção eficiente e a prevenção de acidentes.

Além de garantir a segurança dos ocupantes, a Gestão de Manutenção Predial previne acidentes, prolonga a vida útil de equipamentos e assegura a conformidade com Normas Técnicas. Esse processo deve ser realizado de forma Preventiva, Preditiva ou Corretiva, dependendo do nível de antecipação e controle desejado.

A correta Gestão de Manutenção Predial traz diversas vantagens, como:

- 1. Redução de Custos:** Identifica problemas antes de se agravarem, permitindo intervenções planejadas e econômicas.
- 2. Minimização de Desperdícios:** Controla os recursos utilizados, evitando gastos excessivos em correções.
- 3. Controle Efetivo por Indicadores:** Monitora desempenho financeiro, mão de obra e histórico de ocorrências para planejamento estratégico.

Tipos de Manutenção Predial

A gestão de Manutenção Predial é composta por três tipos principais:

- **Preventiva:** Antecipação de falhas por meio de inspeções regulares e ações programadas (ex.: limpeza de calhas e revisão de instalações elétricas).
- **Corretiva:** Correção de problemas detectados, geralmente mais custosa e complexa (ex.: reparo de vazamentos e conserto de portas).

- **Preditiva:** Antecipação a problemas futuros com base em monitoramento e análise contínuos (ex.: controle de qualidade da água e vibração de motores).

A Gestão de Manutenção Predial proposta pelo ISHP contempla os seguintes Serviços:

- Sistemas de Abastecimento de Água e Esgoto;
- Subestação;
- Usina de Oxigênio;
- Sistema de Gases Medicinais;
- Conservação: Pintura de fachadas e áreas internas e cuidados com áreas comuns;
- Climatização: Limpeza de dutos, troca de filtros e calibração de termostatos;
- Acessibilidade: Revisão de rampas, pisos táteis e elevadores.

Normas Técnicas Relacionadas

No Brasil, diversas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) fornecem Diretrizes para a Manutenção Predial, quais sejam:

- NBR 5674: Estabelece rotinas e procedimentos para preservar características originais e prevenir a perda de desempenho.
- NBR 13752: Define orientações para elaboração de laudos técnicos e identificação de reparos.
- NBR 14023: Direciona a manutenção de elementos de acessibilidade, como rampas e elevadores.
- NBR 14037: Especifica os requisitos mínimos para manuais de uso e manutenção predial.
- NBR 15575: Apresenta exigências de qualidade, como segurança contra incêndios e conforto térmico.
- NBR 16280: Rege procedimentos para reformas, abordando controle de riscos e impacto nas rotinas do prédio.

Automação e Monitoramento

O uso de sensores e dispositivos IoT (Internet das Coisas) pode aprimorar a Gestão de Manutenção Predial, permitindo monitoramento em tempo real de fatores como temperatura, vibração e consumo de energia.

Acessibilidade

Garantir o funcionamento e a manutenção de estruturas de acessibilidade é essencial para a inclusão e segurança dos usuários. Entre as principais ações estão:

- Checagens regulares de rampas de acesso, corrimãos, barras de apoio e sinalizações táteis e visuais;
- Treinamento de colaboradores para o uso correto de equipamentos adaptados;
- Adaptação de banheiros, portas e plataformas elevatórias.

Conservação e Limpeza

A preservação das áreas comuns é essencial para evitar problemas futuros. Entre as medidas recomendadas estão:

- Limpeza regular de pisos, superfícies, vidros e áreas externas;
- Pintura e manutenção das áreas comuns;
- Dedetização e controle de pragas;
- Cuidados com espaços de lazer, jardins e estacionamentos;
- Revisão e manutenção de equipamentos de limpeza.

A contratação de empresas especializadas é uma alternativa vantajosa para atender a requisitos técnicos e normativos.

Consequências da Falta de Manutenção

A negligência na Manutenção Predial pode resultar em:

- Riscos de acidentes por instalações precárias;
- Proliferação de pragas devido à falta de limpeza;
- Problemas respiratórios associados à má qualidade do ar;
- Danos estruturais graves, como desabamentos e incêndios;
- Depreciação do valor do imóvel.

Além disso, falhas podem levar a penalidades legais, incluindo responsabilidade civil e criminal por danos a terceiros.

A gestão de manutenção predial enfrenta desafios como planejamento, gerenciamento de fornecedores e conformidade regulatória. Para superá-los, é necessário:

- 1. Mapear completamente o edifício:** Identificar pontos de atenção e realizar inspeções detalhadas;
- 2. Planejar ações:** Revisar periodicamente o plano de manutenção e ajustá-lo às necessidades;
- 3. Elaborar cronogramas:** Priorizar atividades com base em criticidade e urgência;

4. **Treinar a equipe:** Capacitar profissionais para assegurar competência técnica e adaptação a normas;
5. **Investir em prevenção:** Priorizar a manutenção preventiva para evitar problemas maiores;
6. **Garantir inspeções regulares:** Avaliar continuamente a condição dos sistemas e instalações;
7. **Registrar todas as ações:** Manter documentação detalhada de todas as atividades realizadas.

Uso de Tecnologia

O uso de ferramentas digitais otimiza o gerenciamento da Manutenção. O ISHP utiliza Sistemas como Checklists Digitais que permitem:

- Monitoramento em tempo real;
- Registro de dados com fotos e vídeos;
- Análise de indicadores de desempenho;
- Geração de relatórios detalhados.

Essas soluções garantem maior controle, agilidade e eficácia nas operações, promovendo melhores resultados.

A Gestão de Manutenção Predial vai além da execução de reparos. Trata-se de um processo integrado que abrange Planejamento Estratégico, prevenção e inovação. Com boas práticas, como manutenção preventiva e uso de tecnologia, é possível assegurar a segurança, a funcionalidade e a valorização das edificações.

21. MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

A Engenharia Clínica é uma área fundamental na gestão hospitalar, atuando como a ponte entre a Tecnologia Médica e a Prática Assistencial. Seu principal objetivo é garantir a segurança, a usabilidade e o bom funcionamento de todo o parque de Equipamentos e Tecnologias para a Saúde de uma instituição.

O serviço de Engenharia Clínica é essencial para gerenciar a tecnologia hospitalar, equilibrando os aspectos técnicos, gerenciais, financeiros e, acima de tudo, a segurança do paciente.

Atribuições Principais

O serviço de Engenharia Clínica abrange diversas funções críticas, focadas na gestão do ciclo de vida útil dos equipamentos:

- **Gestão da Manutenção:** Planejamento e execução de manutenções preventivas e corretivas, inspeções e testes de segurança elétrica.
- **Calibração:** Realização de calibrações periódicas dos equipamentos de medição, seguindo normas e padrões, para garantir a precisão dos resultados.
- **Gestão de Riscos:** Elaboração e implementação de um Plano de Gerenciamento de Riscos e contingência para prevenir falhas operacionais e garantir a segurança de pacientes e profissionais.
- **Aquisição e Descarte:** Participação no processo de aquisição de novos equipamentos (especificação, avaliação técnica) e na proposição de descontinuidade/substituição de tecnologias obsoletas ou não conformes.
- **Conformidade Normativa:** Garantia de que todos os equipamentos e procedimentos estejam em total conformidade com as Legislações e Normas vigentes (como as da ANVISA).
- **Treinamento:** Capacitação e treinamento dos colaboradores (equipes médicas, enfermagem e técnicas) para o uso correto e seguro dos dispositivos.

Benefícios e Impacto

A atuação da Engenharia Clínica gera impactos significativos para as instituições de saúde:

1. **Segurança:** Aumenta a segurança de pacientes e profissionais, prevenindo acidentes e falhas técnicas.
2. **Redução de Custos:** Otimiza o uso dos equipamentos através da manutenção programada, aumentando a vida útil dos aparelhos e reduzindo os gastos com reparos inesperados e paralisações.
3. **Disponibilidade:** Aumenta a disponibilidade dos equipamentos, reduzindo o tempo de inatividade (TMR - Tempo Médio de Reparo) e garantindo que os procedimentos possam ser realizados.
4. **Qualidade:** Contribui diretamente para a qualidade do atendimento e a eficiência operacional da instituição.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA (MP)

A Manutenção Preventiva é o conjunto de ações programadas para inspecionar, revisar e ajustar os equipamentos, antes que ocorra uma falha.

Objetivos da MP

- **Aumentar a Confiabilidade:** Garantir que o equipamento funcionará de forma consistente e correta quando necessário.
- **Prolongar a Vida Útil:** Minimizar o desgaste precoce, protegendo o investimento da instituição.
- **Reduzir Paradas Não Programadas:** Evitar a interrupção súbita de serviços por quebra do equipamento, o que é crítico em ambientes como UTIs e Centros Cirúrgicos.
- **Garantir a Segurança:** Verificar itens de segurança, como isolamento elétrico e integridade física.

Como Funciona:

1. **Planejamento:** Elaboração de um **cronograma** com base nas recomendações do fabricante (manual técnico), histórico de falhas do equipamento e normas regulamentares.
2. **Execução:**
 - **Limpeza e Lubrificação:** Remoção de poeira e detritos que podem causar superaquecimento.
 - **Inspeções Visuais e Funcionais:** Verificação de cabos, conexões, alarmes, indicadores e componentes críticos.
 - **Substituição de Peças:** Troca de itens com vida útil definida (ex: filtros, baterias).
3. **Registro:** Documentação detalhada de todas as tarefas executadas em um software de Gestão de Ativos (CMMS – *Computerized Maintenance Management System*), gerando um histórico rastreável.

CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

A Calibração é a comparação das leituras de um equipamento de medição (como um monitor de pressão ou termômetro) com um padrão de referência rastreável, a fim de verificar a sua precisão.

Objetivos da Calibração

- **Assegurar a Precisão Diagnóstica/Terapêutica:** Garantir que os dados medidos pelo equipamento (dose, temperatura, pressão, etc.) sejam corretos para que o tratamento seja eficaz e seguro.
- **Conformidade Legal:** Atendimento a exigências da ANVISA (no Brasil) e outras entidades reguladoras que exigem a rastreabilidade metrológica das medições.
- **Evitar Erros Médicos:** Prevenir decisões clínicas baseadas em medições incorretas.

Como Funciona:

1. **Padrão de Referência:** Utilização de um **equipamento padrão** (calibrador) que possui um certificado de calibração emitido por um laboratório acreditado (no Brasil, geralmente pelo INMETRO ou RBC - Rede Brasileira de Calibração).
2. **Procedimento:** O técnico ou engenheiro usa o calibrador para simular sinais ou medir as saídas do equipamento em teste (Ex: Simular uma pressão de 120mmHg e verificar se o monitor está lendo exatamente isso).
3. **Ajuste:** Se a medição estiver fora da **tolerância** estabelecida pelo fabricante, o equipamento é **ajustado** ou **corrigido** para que suas leituras voltem ao valor aceitável.
4. **Certificado:** É emitido um **Certificado de Calibração** que comprova o procedimento e indica o estado "aprovado" ou "reprovado", com a data da próxima calibração.

A Manutenção Preventiva e a Calibração são, portanto, pilares que sustentam a qualidade, a segurança e a continuidade da assistência médica em qualquer instituição.

Principais Normas da ANVISA para Engenharia Clínica

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o principal órgão regulador no Brasil para a área de saúde. Suas resoluções garantem que as tecnologias em saúde sejam seguras, eficazes e de qualidade.

As normas da ANVISA que impactam diretamente a Engenharia Clínica são:

1. RDC Nº 02/2010 (Gerenciamento de Tecnologias em Saúde)

Esta é considerada a resolução **base** para o Serviço de Engenharia Clínica em hospitais e clínicas.

- O que dispõe: Define o regulamento técnico para o Gerenciamento de Tecnologias em Saúde (GTS) em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS).
- Impacto Direto:
 - Torna obrigatório o estabelecimento de um Programa de Gerenciamento de Tecnologias, o que engloba o controle de todo o ciclo de vida dos equipamentos (aquisição, uso, manutenção e descarte).
 - Exige a realização de manutenções preventivas e corretivas, calibrações e testes de desempenho, todos devidamente documentados.
 - Obrigação de manter um inventário atualizado de todos os equipamentos médico-hospitalares.
 - Acompanhamento e registro de eventos adversos e incidentes (Tecnovigilância).

2. RDC Nº 665/2022 (Boas Práticas de Fabricação – BPF)

Embora seja focada em Fabricantes, esta norma influencia a Engenharia Clínica, especialmente na seleção de fornecedores e no manuseio de peças.

- O que dispõe: Estabelece os requisitos de Boas Práticas de Fabricação (BPF) para Produtos Médicos e Produtos para Diagnóstico de Uso *In Vitro*. Esta RDC revogou a RDC 16/2013, sendo a versão atualizada sobre o tema.
- Impacto Direto:
 - Garante que os equipamentos adquiridos pela instituição foram produzidos seguindo um Sistema de Qualidade rigoroso, o que impacta na sua durabilidade e segurança (Critério de Aquisição).
 - Reforça a necessidade de qualificação e calibração dos equipamentos de medição e testes usados pelos fabricantes, e essa rastreabilidade é transferida para o hospital.

3. Outras Normas e Requisitos Relevantes

Além das RDCs específicas, o serviço de Engenharia Clínica deve se atentar a:

Norma/Regulamento	Área de Foco	Importância para EC
Normas ABNT NBR (Ex: ISO 13485)	Sistema de Gestão da Qualidade de Dispositivos Médicos.	Ajuda a padronizar e organizar os processos internos de gestão de equipamentos, essencial em auditorias de qualidade.
Portarias do INMETRO	Regulamentação Metrológica.	Essencial para a calibração de equipamentos sob controle metrológico (como esfigmomanômetros e balanças), garantindo a rastreabilidade dos padrões.
RDC 63/2011 (e RDC 44/2012)	Boas Práticas de Funcionamento de Serviços de Saúde.	Reafirma a necessidade de manutenção e calibração para garantir a segurança e o bom funcionamento dos serviços.
NR-32 (Ministério do Trabalho)	Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.	Diretriz importante para o manuseio seguro de equipamentos, riscos elétricos, radiações, e a proteção dos técnicos e engenheiros.

O não cumprimento dessas normas pode levar a:

- **Interdição** de equipamentos.
- **Multas** e penalidades sanitárias.
- **Comprometimento** da segurança do paciente.

A **RDC Nº 02/2010** torna o Gerenciamento de Tecnologias em Saúde obrigatório. Na prática, isso se traduz em um Sistema Estruturado para a Manutenção Preventiva e o controle de equipamentos.

1. Inventário e Classificação de Risco (Art. 5º)

Todo equipamento deve ser cadastrado.

- **Ação da Engenharia Clínica:** O Monitor é incluído no Inventário de Equipamentos (em um Software de Gestão), com dados como marca, modelo, número de série, localização (UTI), e data de aquisição.
- **Classificação:** A Engenharia Clínica classifica o Monitor como de **alto risco** (classe III ou IV), pois uma falha pode afetar diretamente a vida do paciente. Essa classificação define a **prioridade** e a **frequência** de suas manutenções.

2. Plano de Manutenção Preventiva (MP) (Art. 7º)

Com base no risco e nas recomendações do fabricante, a MP é agendada.

- **Ação da Engenharia Clínica:** É criado um **Plano de MP** para o monitor, definindo a frequência (ex: a cada 6 meses) e a lista de checagem.
- **Execução Prática:**

- O técnico vai à UTI na data agendada.
 - Verifica o estado físico dos cabos (ECG, SpO2, NIBP) para evitar risco elétrico.
 - Testa o funcionamento dos alarmes (se estão disparando nas condições corretas).
 - Realiza a calibração do módulo de Pressão Não Invasiva (NIBP) com um simulador, garantindo que a medição esteja precisa.
 - Faz a limpeza interna (troca de filtros).
- **Resultado:** O equipamento é liberado para uso, e o relatório da MP é anexado ao histórico do equipamento no sistema.

3. Registro de Histórico e Tecnovigilância (Art. 5º e 10º)

Toda intervenção é registrada e a segurança é monitorada.

- **Ação da Engenharia Clínica:** Após a MP, o registro do serviço é salvo no histórico do Monitor, demonstrando o cumprimento legal da norma e a rastreabilidade do processo.
- **Tecnovigilância:** Se o Monitor apresentar uma leitura incorreta que cause um problema ao paciente (evento adverso), a Engenharia Clínica deve investigar a falha e notificar a ANVISA, conforme a regulamentação de Tecnovigilância.

Em suma, a RDC 02/2010 transforma o trabalho reativo (consertar o que quebrou) em um processo de gestão proativo, focado em prevenir falhas e garantir que a tecnologia hospitalar seja segura e confiável.

22. SEGURANÇA PATRIMONIAL E PESSOAL

Haverá plena fiscalização das Equipes de Vigilância, devendo as mesmas ser executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente.

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança das Unidades, notadamente explosivos e inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem odores e impacto ambiental, salvo quando houver instalações apropriadas para tal e com pleno consentimento/deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à Gestão dos Resíduos de Saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho.

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas.

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao

Serviço de Vigilância, à Gerência de Logística e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição.

O responsável pela Unidade/Posto e conseqüentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar primeiro o Diretor Geral para providências de registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato.

A Diretoria adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de Sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de Serviço de Vigilância.

Concluída a Sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, estará sujeito o envolvido a uma das seguintes opções:

- Arcar com as despesas da recuperação do material;
- Substituir o material por outro com as mesmas características;
- Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

A Unidade não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa.

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no Setor destinado ao Protocolo. É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações da Unidade.

23. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E RESOLUBILIDADE DO ATENDIMENTO - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MS E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP)

Este serviço será fornecido através de contratação de empresa terceirizada, com especialização no uso de Tecnologia da Informação à Área de Saúde, com ênfase em Urgência e Emergência, comprovado por atestado de capacidade técnica, cuja finalidade é a prestação de serviço de implantação do Prontuário Eletrônico; contemplando a disponibilização de recursos e serviços, integrando com o Sistema todas as áreas operacionais, facilitando e agilizando os processos de atendimento, tornando-os processos ágeis e muito mais assertivos.

Havendo a impossibilidade no registro de dados dos pacientes no prontuário eletrônico, esta falha ou incorreção deverá ser realizada no prazo de até 24 horas.

Por se tratar de um serviço atualizado diariamente, a manutenção preventiva e corretiva, ocorre sem ônus à contratante, com imediatismo.

Objetivos:

- Executar os serviços observando os procedimentos éticos e padrões de qualidade e técnicas vigentes;
- Corrigir ou fazer os serviços em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções a que der causa sem custo adicional a contratante.

Implementação e Manutenção dos Sistemas de Informação, Sistemas de Informação do MS e Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

Os Sistemas de Informação do MS e PEP são um dos mais importantes registros de dados de saúde. A introdução do sistema de informação nas unidades de saúde possibilitou a rápida visualização de base de dados com informações agregadas de uma população específica. Este gera relatórios com informações consolidadas que apoiam o planejamento, organização, controle e avaliação das ações, tanto em seus aspectos técnicos como gerenciais.

A empresa terceirizada atenderá aos objetivos oferecendo uma solução de gestão hospitalar integrada tornando quase que instantâneo o controle do faturamento.

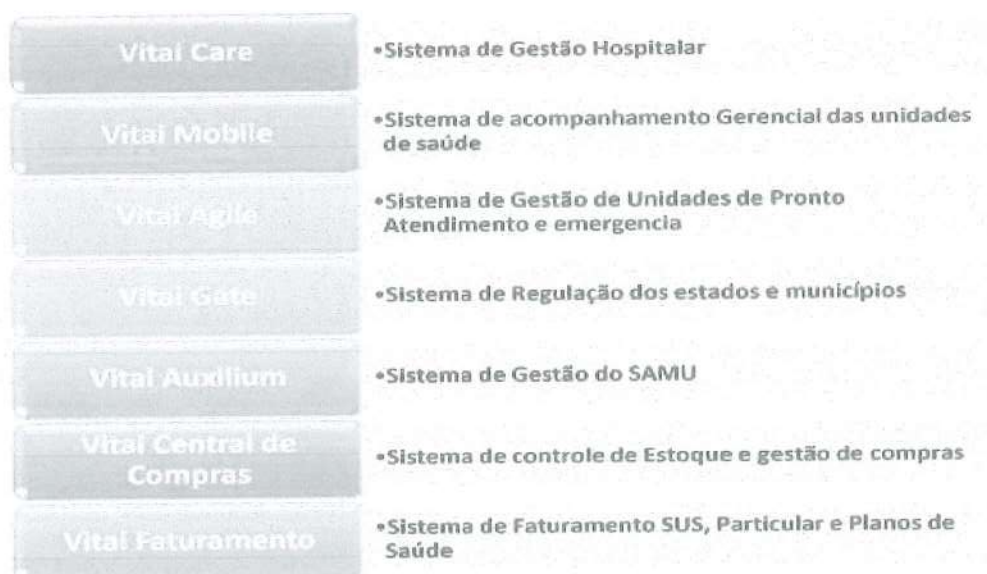
A Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga será totalmente informatizada. A informatização deve ser total, ou seja, cada etapa, Assistencial e/ou Administrativa da unidade,

deverá ter seu terminal de Microcomputador/Equipamento em rede e mantido funcional 24x7x365. Os Sistemas de Gestão Informatizados dessa forma serão mantidos e atualizados. Portanto, toda unidade deve gerar dados que permitam a alimentação de sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Figura 1: Descrição dos Serviços Propostos pela Vitai



Figura 2: Soluções Vitai



O Sistema de Gestão Informatizado pode ser conceituado como um documento caracterizado, de um lado, pela sua unicidade - é único para cada paciente, e de outro, pela pluralidade de autores que produzem seus textos e também pela variedade de tipos de informações nele registradas, sendo também polifônico por sua própria natureza, escrito por vários autores - médicos, auxiliares, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos bioquímicos, entre outros. É um documento constituído de informações objetivas - identificação do paciente, prescrições, cuidados etc. e informações subjetivas - compreensão dos sintomas das doenças, queixas dos pacientes e interpretação dos exames.

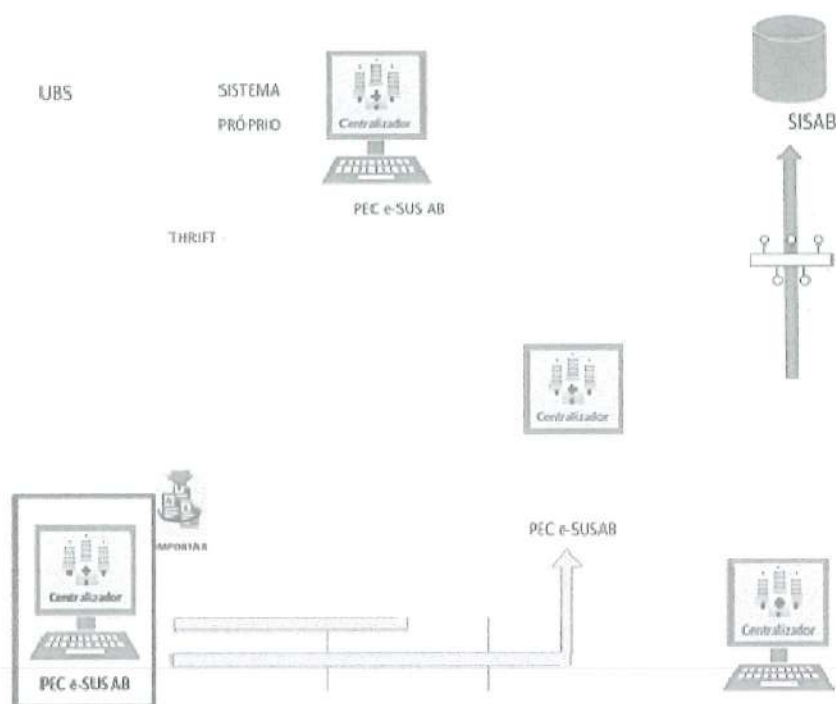
Na verdade, trata-se de uma documentação complexa e produzida pela equipe de saúde com a participação da pessoa atendida ou de seus familiares.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Artigo 1º da Resolução de N° 1.638/2002, define o Prontuário do Paciente (Sistema de Gestão Informatizado à Saúde) como sendo um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Inúmeras são as vantagens e possibilidades advindas da utilização do Sistema de Gestão Informatizado, tais como: acesso mais veloz ao histórico de saúde e às intervenções às quais o paciente foi submetido; disponibilidade remota; uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde; flexibilidade do layout dos dados; legibilidade absoluta das informações; eliminação da redundância de dados e de pedidos de exames complementares; fim da redigitação das informações; integração com outros sistemas de informação; processamento contínuo dos dados, deixando-os imediatamente disponíveis para todos os atores envolvidos no cuidado ao paciente; informações organizadas de forma mais sistemática; facilidade na coleta dos dados para emissão de relatórios seja para pesquisa ou faturamento; acesso ao conhecimento atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão e da efetividade do cuidado.

O Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa utilizará um Sistema de Gestão Informatizado desenhado especificamente para o gerenciamento de equipes multiprofissionais da Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga, incluindo integração com outros sistemas e e-SUS. O sistema está preparado para integração de dados com o e-SUS, além de todos os

sistemas atuais, e futuros, do Ministério da Saúde, como CNES, BPA, SIA, SIAB e outros, através de padrões internacionais de segurança exigidos.



Fonte: Manual e-SUS PEC, Ministério da Saúde

Na busca por segurança da informação e legitimidade legal, o Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa poderá implantar o Sistema Informatizado com garantia de Certificação Digital, empregando os mais altos níveis de protocolos de segurança da informação e segurança da informação em saúde, como por exemplo:

- Utilização da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil;
- Resolução CFM Nº 1821/2007;
- ISO/IEC JTC1/SC27;
- ISO TC-215;
- ANSI HL7 Functional Model (EHR-S FM);
- NGS1 e NGS2 (SBIS).

A implantação do Sistema proporcionará acesso a Relatórios Gerenciais, como: Registrar online do acompanhamento do usuário por especialidade e garantir a gestão, com Relatórios de Indicadores, proporcionando a exatidão da informação.

Sistemas de Informação do MS e Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O Sistema agrega as funcionalidades de característica administrativa, clínica e de gestão adequadas à operacionalidade de unidades de saúde, independente de seu Tipo, Porte ou Especialização.

O Sistema a ser utilizado disponibilizará os procedimentos inerentes à gestão administrativa relacionada com o recenseamento de usuários, sua caracterização demográfica e relações (ex.: agregados familiares, entidades financeiras, unidades de saúde em que está inscrito e médicos assistentes), inscrições provisórias ou anulações.

Ao nível administrativo contempla também as funcionalidades adequadas ao planejamento de agendas por profissional, especialidade ou recurso (ex.: sala, equipamento), e respectiva gestão de agendamentos. Incorpora as funcionalidades de característica clínico-administrativas adequadas aos fluxos de processos de gestão, visando à otimização da capacidade de resposta dos serviços das unidades de saúde.

De igual forma, também inclui as funcionalidades inerentes à gestão dos recursos em internação, centro cirúrgico e observação, serviços, enfermarias, quartos, leitos e respectiva alocação de recursos humanos e materiais, salas de cirurgia, equipamentos e cadeiras para tratamento.

O Prontuário Clínico Eletrônico inclui as vertentes de registro de informação relacionadas com a prestação de cuidados efetuados pelos profissionais de saúde (ex.: registro da consulta, registro de cirurgia, registro de valores de resultados de análises e exames, planejamento e registro de cuidados de enfermagem, prescrições), a consulta de informação clínica (ex: diagnósticos, procedimentos, parâmetros biométricos, medicamentos e informações específicas), a geração de alertas para suporte à decisão clínica ou para apoio à gestão do risco clínico (ex.: protocolos, interações, e outros), ou a emissão de documentos (ex.: atestados, declarações, resumos de alta clínica para envio às entidades referenciadas).

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no usuário, com tabelas de codificação normalizadas (ex.: CID, ICPC, ASA, TISS 28, Glasgow, TNM, Estadiamento, CIPE, etc.), segundo as parametrizações definidas pelo Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações a efetuar de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional da instituição.

O atendimento dos usuários será integralmente gerenciado pelo Sistema, durante todo o período de permanência na unidade, desde o acolhimento até a saída. Ou seja, 100% das áreas de atendimento ao usuário (paciente) serão informatizadas. O Sistema possibilita que a equipe médica e de enfermagem visualize a ocupação dos leitos e registre procedimentos e intercorrências (evolução interdisciplinar) dos usuários (paciente) na unidade.

A operacionalização da Unidade de Pronto Atendimento de Jacupiranga integra-se também com o sistema de controle de ambulâncias e com o sistema de gestão hospitalar, além de gerar relatórios operacionais, de morbidade, estatísticos, e informações para as ferramentas de gestão, bem como informações para subsidiar os indicadores propostos.

Voltado para o apoio das atividades de documentação e arquivo médico, o módulo de cadastro de pacientes oferece recursos de controle de movimentação de prontuários e automação de solicitações.

Além disso, controla a geração do número de prontuário, mediante atendimento dos dados mínimos para a identificação do paciente e possui funcionalidade de verificação de homônimos buscando os endereços e pesquisando os pacientes por critérios como nome, nome da mãe, data de nascimento, prontuário, CNS, dentre outros.

Para o caso de múltiplos cadastros de pacientes, em função de erros operacionais, o sistema oferece recurso de unificação de cadastros, onde o histórico assistencial dos pacientes unificados é mantido no cadastro de destino.

O Sistema prezarão pelo sigilo das informações contidas no prontuário do usuário, gerando senhas de acesso restrito das mesmas. Desta forma, cada profissional atuante na unidade terá uma senha pessoal que permitirá o seu acesso somente às informações inerentes a sua função.

O Sistema gerencia as requisições de exames advindas do Atendimento Médico gerando a lista de exames para os equipamentos de análises e captura as imagens resultantes, vinculando-as às requisições controlando a liberação do exame e possibilitando a geração de laudos com utilização de texto padrão e controle de filmes utilizados.

Os exames realizados são computados na conta do paciente, para geração do faturamento da produção ambulatorial.

Desta forma, todos os procedimentos realizados, bem como os serviços, permitirão a integração do laboratório, farmácia/almoxarifado, exame de imagem, Serviço Social, enfermarias e terapia intensiva.

A análise do sistema será realizada por amostragem periódica pela Comissão de Prontuário.

Utilizaremos, também, as ferramentas de Gestão de Risco e BI (*"Business Intelligence"*).

A Coordenação de Serviços e demais atividades que exijam análise das informações em saúde, o sistema possibilitará a avaliação e comparação de indicadores de saúde, como morbidade, produtividade e gestão de recursos, consolidando as informações geradas pelos módulos assistenciais implantados nas unidades de saúde. Caberá ao gestor definir os parâmetros de normalidade para cada item de avaliação de modo a construir um painel de situação que reporte situações de alerta ou críticas, que demandem investigação.

Esta aplicação utilizará da tecnologia OLAP (processamento analítico on-line) que fornece métodos de acesso, visualização e análise de dados dos módulos assistenciais com alta flexibilidade e desempenho, permitindo assim o uso de relatórios gerenciais para apoio e tomada de decisões.

A partir da definição dos cubos e dimensões desejadas, o sistema oferecerá ferramentas para geração de análises e páginas personalizadas por usuário, com relatórios e gráficos que serão atualizados, de acordo com a periodicidade desejada. Esta ferramenta é um diferencial na gestão de uma rede assistencial.

I. Enquadramento

Esta proposta visa à definição dos termos para a implantação, pela empresa contratada, de um Sistema de Informação gerencial e prontuário eletrônico para a Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Jacupiranga.

A proposta solicitada à empresa terá como objeto a implantação, manutenções corretivas e legais do sistema. As atividades principais serão: implantação, assistência técnica e treinamento remoto 24x7; monitoramento de ambiente de TI 24x7; plataforma de treinamento remoto; cessão em comodato de servidores; cessão em comodato de servidores; atendimento aos requisitos de indicadores legais; fornecimento do sistema de gestão hospitalar; implantação do Aplicativo Mobile.

II. Implantação

A implantação deverá ocorrer e, todo o fluxo de teste e validação com a equipe alocada ao projeto. Ao final o processo será homologado junto à equipe final. O treinamento de utilização do Sistema, baseado nas escalas dos funcionários da unidade, onde receberão a operação assistida, até que o mesmo sinta-se apto à operação.

Os módulos e setores serão previamente comunicados, tendo como início do processo de implantação do sistema os setores auxiliares, de forma que eles suportem desde o primeiro paciente, os registros em meio eletrônico.

Processos de negócios – todo o fluxo de atendimento, atendimento clínico, exames radiológicos e laboratoriais, controle de estoque e atendimento pela farmácia até chegar no faturamento do SUS.

O Sistema fornecerá a integração com a importação ou exportação em lotes para os módulos de contabilidade, RH ou financeiro, utilizando um manual de interfaceamento dos fornecedores envolvidos.

Figura 3: Módulos a Serem Implantados



O Sistema disponibilizará de plataforma de ensino continuado, para os usuários possam ter acesso aos vídeos e conteúdos de treinamento online sobre o uso dos sistemas de gestão em saúde. A empresa terceirizada fornecerá junto ao software de gestão o servidor necessário à

operação da unidade, sendo responsabilidade do ISHP o fornecimento de espaço em rach, com altura de 2 US, em sala climatizada e no break de 2 KVA.

Serviço PACS: a empresa terceirizada implantará um servidor PACS em versão opensource e o integrará ao Prontuário Eletrônico. A política de armazenamento e volumetria de dados necessária será definida pelo instituto respeitando a dimensão dos dados do hospital.

Relatório e Indicadores Legais: a proposta da terceirizada deverá contemplar o atendimento aos relatórios de indicadores que o Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa tenha junho ao Contrato de Gestão, e que façam parte dos dados alimentados no software de gestão hospitalar.

III. Condições Gerais do Serviço

O desenvolvimento do serviço ocorrerá nas instalações da Unidade. O ISHP disponibilizará um ambiente, a ser dimensionado, à empresa terceirizada em uma data com mais brevidade possível, onde a solução será instalada e poderá ser acessada por todas as áreas do PS. O profissional da empresa terceirizada deverá respeitar todos os procedimentos internos da Unidade.

IV. Responsabilidades da Empresa Terceirizada

Garantir o nível acordado de qualidade dos seus profissionais, quanto ao conhecimento técnico e funcional, para a execução das atividades. Comprometer-se a manter sigilo sobre as informações obtidas durante os trabalhos, bem como considerar os direitos autorais referentes aos serviços prestados, de propriedade do instituto.

V. Responsabilidades do Instituto de Saúde Humanidade e Pesquisa

Definir um profissional responsável para interagir com o gestor do serviço. Disponibilizar acesso a todos os ambientes, técnico e operacional, e seus componentes, necessários para execução das atividades. Disponibilizar contato direto com os responsáveis pela infra-estrutura computacional e do ambiente de TI, para facilitar o desenvolvimento do serviço.

Disponibilizar local de trabalho com os necessários e suficientes recursos computacionais e logísticos para o profissional da empresa terceirizada, para o desenvolvimento do serviço. Instalar as ferramentas de apoio necessárias ao trabalho a ser desenvolvido.

Responsabilizar-se e disponibilizar todos os softwares utilizados no projeto tais como: sistema operacional, aplicativo e outros, incluindo suas licenças e suporte com seus fornecedores. Fornecer aos profissionais, todas as informações necessárias para a elaboração de



documentação das solicitações e garantir a participação dos recursos humanos necessários ao levantamento, especificação e homologação das solicitações. Manter uma estrutura de priorização de solicitações e mecanismos de determinação da lista priorizada entre os usuários, caso venha a ocorrer. Permitir acesso remoto aos profissionais da empresa terceirizada, aos ambientes do Projeto.

24. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E/OU EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Objetivo 1: Contratação e Gestão de Profissionais, Pessoas Físicas e Jurídicas, das Áreas correspondentes à Opoeração da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H)							
Metas	Atividades	Cronograma					
		1	3	6	9	12	
Meta 1: Implementar Gestão Assistencial, focando no processo finalístico da Instituição	Identificação e mapeamento das necessidades de contratação de RH nas Áreas de Assistência; Qualidade e Biossegurança						
	Relizar procedimento de Recrutamento e Seleção						
	Incluir profissional no Processo de Educação Permanente/Continuada						
	Implementar Plano de Educação Permanente						
	Implementar Núcleo Interno de Regulação						
	Implementar Comissão de Controle de Infecção						
	Implementar Comissão de Farmácia e Terapêutica						
	Implementar Comissão de Curativos						
	Implementar Comissão de Revisão de Óbitos						
	Implementar Comissão de Revisão de Prontuários						
	Implementar Programa de Segurança do Paciente						
	Implementar Comissão de Ética Médica						
	Implementar Comissão de Ética de Enfermagem						

AMM

28



Metas	Atividades	Cronograma					
		1	3	6	9	12	
Meta 2: Implementar Gestão Institucional	Implementar Gestão de Recursos Humanos						
	Implantar Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA)						
	Implementar Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicações						
	Implementar Gestão de Tecnologia Médica						
	Implementar Gestão de Custos						
	Implementar Núcleo de Gerenciamento de Riscos						
	Implementar Programa de Integridade						
	Implementar Coordenação de Hotelaria						
	Implementar Coordenação de Logística de Insumos						
	Implementar Coordenação de Gestão das Instalações Físicas, Equipamentos e Infraestrutura						
	Implementar Programa de Gerenciamento de Resíduos						
	Implementar Coordenação de Gestão Financeira						
	Implementar Coordenação de Gestão de Contratos com Terceiros						



Metas	Atividades	Cronograma											
		1	3	6	9	12							
Meta 3: Implementar Gestão da Qualidade Total	Mapear de Processos												
	Padronizar e Harmonizar os Fluxos												
	Elaborar Documentos, Procedimentos e Instruções de Trabalho												
	Implantar Processo de Análise de Risco ao Paciente												
	Análise crítica de Documentos												
	Análise crítica de Equipamentos												
	Análise crítica de Insumos												
	Treinamentos das Equipes - Documentos												
	Treinamentos das Equipes - Processos												
	Realizar Auditoria Interna												
	Análise de Não Conformidade e Causa Raiz												
	Implementação de Ações Corretivas												
Meta 4: Garantir Qualidade Total	Análise da Eficácia das Ações Corretivas												
	Implementação de Gestão de Biossegurança												
	Análise crítica de Equipamentos												
	Análise crítica de Insumos												
	Realizar Auditoria Interna												
	Análise de Não Conformidade e Causa Raiz												
	Implementar Ações Corretivas												
	Educação Permanente/Continuada												
	Treinar as Equipes												

MM

22

Objetivo 2: Implementar Processo de Humanização durante todo o período do Atendimento											
Metas	Atividades	Cronograma									
		1	3	6	9	12					
Meta 1: Realizar o Acolhimento e Classificação de Risco 24 Horas por Dia e 7 Dias por Semana, de acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco do HumanizaSUS e Manual de Acolhimento e Classificação de Risco dos Serviços de Urgência - 2009	Identificar e Mapear Processos e Procedimentos da Recepção, incluindo Acolhimento e Classificação de Risco										
	Formar Grupo de Trabalho (GT) sobre os Manuais de Acolhimento e Classificação de Risco do HumanizaSUS e Manual de Acolhimento e Classificação de Risco dos Serviços de Urgência - 2009, com representantes de todas as Categorias Profissionais										
	Elaborar Cronograma Integrado de Capacitação, com uso de Metodologias Ativas										
	Adquirir Equipamentos para Avaliação de Gestantes										
	Implementar os Processos Remodelados										
	Implementar Indicadores de Monitoramento da Qualidade da Assistência, relacionados ao Acolhimento e Classificação de Risco										
	Pactuar Metas de Qualidade										
	Realizar o Acolhimento e Classificação de Risco 24 Horas por Dia e 7 Dias por Semana										
	Implantar o Núcleo de Educação Permanente (NEP)										
	Realizar Diagnóstico das Necessidades										
Meta 2: Criar Polo de Educação Permanente para os Profissionais da UPA 24 Horas	Desenvolver Plano de Educação Permanente										
	Implementar Plano de Educação Permanente										
	Monitorar e Avaliar o Plano de Educação Permanente										
	Realizar Ações para Garantir a Sustentabilidade do Programa										

Objetivo 3: Executar as Ações e Programas de Saúde segundo às Normas e Diretrizes do Fundo Municipal de Saúde (FMS)											
Metas	Atividades	Cronograma									
		1	3	6	9	12					
Meta 1: Melhorar os Desfechos Assistenciais relacionados ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Acidente Vascular Cerebral (AVC); Trauma e Choque Séptico	Ralizar Diagnóstico dos Atendimentoos, baseado na Revisão dos Prontuários dos Pacientes										
	Formar Grupo de Trabalho (GT) para Discussão dos Resultados Encontrados, com representantes de todas as Categorias Profissionais										
	Elaborar Matriz SWOTT no GT										
	Implementar Metodologia Lean Healthcare no GT										
	Qualificar as Equipes										
	Implementar os Indicadores de Qualidade descritos na Proposta										
	Pactuar Metas de Qualidade com a Equipes										
Meta 2: Aperfeiçoar o Atendimento de Urgência e Emergência	Implantar o Acolhimento e Classificação de Risco										
	Capacitar as Equipes para Classificação de Risco										
	Implementar os Indicadores de Qualidade descritos na Proposta										
	Pactuar Metas de Qualidade com a Equipes										

WBIRAJARA

Assinado de forma digital
por WBIRAJARA ROCHA
DE SOUZA:01903245702
Dados: 2026.01.19
16:47:49 -03'00'

ROCHA DE

SOUZA:01903245

702

Instituto de Saúde, Humanidade e Pesquisa

institutosaudehumanidade.org.br / contato@institutosaudehumanidade.org.br

Avenida das Américas 7935, Sala 334 / Barra da Tijuca (RJ) CEP: 27.793-081

CNPJ: 17.517.805/0001-00

000203

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO ADMINISTRATIVO PARA APRESENTAR PLANO DE TRABALHO.

COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA NA EXECUÇÃO DO OBJETO.

COMPROVAÇÃO DA CAPACIDADE TÉCNICA DE EQUIPE CONTRATADA PELA OS.

DP

**ATA DE ASSEMBLEIA DE DIRETORIA PARA NOMEAÇÃO DO
INSTITUTO DE SAUDE HUMANIDADE E PESQUISA – SAUDE MODELO**
CNPJ/MF Nº 17.517.805/0001-00

Ata de Assembleia Geral Extraordinária realizada em 16 de Janeiro de 2025, às 10:00hs.

Data, hora e Local: Aos dias 16 do mês de Janeiro de 2026, às 10:00 horas, na Av. das Américas, 7935 sala 334, Barra da Tijuca – Rio de Janeiro, RJ – CEP: 22793-081.

Convocação: Edital de Convocação publicada na sede do INSTITUTO DE SAUDE HUMANIDADE E PESQUISA no dia 05 de Janeiro do ano de 2026.

Ordens do Dia: (1) APROVAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA DO EDITAL 002/2025, (2) ASSUNTOS GERAIS.
Deliberações: Pelo Sr. Wbirajara rocha de Souza, (Presidente), foi pedido a mim, Isete Joaquina de Aguiar Pitzer, para secretariar os trabalhos e redigir Ata de Assembleia Geral Extraordinária.

Primeiramente, o Sr. Presidente efetuou a primeira convocação com 1/3 (um terço) dos associados ; às 11:00 horas aguardou por 1 mais (uma) hora após o horário previsto, com o Conselho Administrativo presente, e que o mesmo assina a presente Ata no final. A seguir, o Presidente leu em voz alta o Edital de convocação que anexamos á presente Ata no final. Colocadas as matérias em exame, o Conselho presente delibera item por item da pauta do dia, conforme segue:

1-APROVAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA, Depois de feita pelo Sr. Presidente Wbirajara Rocha de Souza a leitura para todos os presentes da Proposta Técnica para atendimento ao cumprimento necessário para o Edital de chamamento publico 002/2025 do Município de Jacupiranga, sendo aprovado por unanimidade à proposta.

2-ASSUNTOS GERAIS, neste item o Presidente franqueou a palavra aos presentes, como ninguém se manifestasse e nem houvesse outros assuntos para tratar, agradeceu a presença, interesse, participação e a colaboração de todos os presentes, dando por encerrada a reunião que, gerou a presente Ata, aprovada por unanimidade pelos presentes, lavrada, lida e assinada por mim, Isete Joaquina de Aguiar Pitzer na qualidade de secretária, juntamente com o Diretor Presente Sr. Wbirajara Rocha de Souza.

Rio de Janeiro, 16/01/2026.

Documento assinado digitalmente
 WBIRAJARA ROCHA DE SOUZA
Data: 16/01/2026 21:33:20-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

WBIRAJARA ROCHA DE SOUZA

Documento assinado digitalmente
 ISETE JOAQUINA DE AGUIAR PITZER
Data: 16/01/2026 21:51:19-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

ISETE JOAQUINA DE AGUIAR PITZER



000205

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Nome do Contratante: **HOSPITAL SAMAR S/A**

CNPJ: 00.894.710/0001-02

Endereço: Avenida Calama, número 2615 e anexo 2585- bairro liberdade – Porto Velho-RO,
Cep: 768003-884.

Local de Prestação de Serviço: REDE HOSPITAL SAMAR S/A

Identificação do contrato: Gestão Hospitalar

Objeto: Prestação de Serviço de Apoio a Gestão de Saúde com Urgência e Emergência e Ambulatório para Atenção Primária.

. **HOSPITAL SAMAR S/A**, CNPJ: 00.894.710/0001-02, Avenida Calama - nº 2615 e anexo 2585 - Bairro Liberdade - Porto velho-RO. Matriz – com a seguinte quantidade de leitos: 164.

. **HOSPITAL SAMAR S/A**, CNPJ: 00.894.710/0009-60, Rua padre Adolfo Rhol, nº 1267, Bairro: Casa Preta - Ji-Paraná, CEP:76.907-554. Com a seguinte quantidade de leitos: 63.

. **HOSPITAL SAMAR S/A**, CNPJ: 00.894.710/0006-17, Avenida São Paulo Nº 2326 - Centro - Cacoal - RO, CEP:76963-782. Com a seguinte quantidade de leitos :56.

Datado no dia 02 de JANEIRO de 2020 até a presente data sobre Contrato Número 55/2020, Declaramos para devido fins que o **INSTITUTO DE SAUDE HUMANIDADE E PESQUISA- ISHP**, Sociedade Civil sem fins lucrativos, com sede na Avenida das Américas, nº 7935 - Barra da Tijuca/RJ, CEP 22793-081. Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ sob nº 17.517.805/0001-00, Executa a Prestação de Serviço de Apoio a Gestão de Saúde com Urgência e Emergência e Ambulatório para Atenção Primária com médicos de todas as especialidade e todos os profissionais de saúde da Área Hospitalar em regime de plantões 24 horas dentro as seguintes especialidades: Centro Oncológico, Centro de Diagnóstico por Imagem, Laboratório, Maternidade de Alta e Média Complexidade, UTI Neonatal, UTI adultos, Hemodiálise e Nefrologia, Cirurgias de Altas e Médias complexidades, Transplantes, Hemodinâmica e Cirurgias Eletivas no geral, Atendimento a Atenção Primária, Atendimento a Saúde Indígena, dentre outras Atividades de Apoio a Gestão a Saúde. Declaramos ainda que o **INSTITUTO HUMANIDADE E PESQUISA - ISHP**, Administra um total de 283 leitos e vem desenvolvendo suas atividades a contento, nada havendo que desabone a sua equipe tanto do ponto de vista ético como profissional.

Porto velho, 13 de fevereiro de 2025.

RAPHAEL DA SILVA
RODRIGUES:08076864763

Assinado de forma digital por
RAPHAEL DA SILVA
RODRIGUES:08076864763
Dados: 2025.02.14 15:50:33 -04'00'

Raphael da Silva Rodrigues

CPF: 080.768.647-63

Diretor



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA E GESTÃO EM SAÚDE

O Hospital Casa de Saúde São Bento sediada na Rua Manoel Bonfim 076, Ilha do Governador, no bairro do Zumbi, inscrito no CNPJ/MF sob nº 33.583.998/0001-53, vem por meio deste ATESTAR para fins de comprovação de experiência e de desempenho que a Rede de Saúde Comunitária Modelo- Saúde Modelo, inscrita no CNPJ sob nº 17 517 805/0001-00, sediada na Rua Comandante Ary Parreiras, nº 350 – Sala 1 ,bairro Porto Velho- São Gonçalo- Rio de Janeiro - CEP: 24.430-380, realizou a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no âmbito do Hospital ILHA COR, registrado no CNES sob o nº 3521168, no período compreendido entre 08 de outubro de 2020 até a presente data, perfazendo 2(dois) anos ininterruptos de atividades.

1 - PERFIL DA UNIDADE HOSPITALAR

O Hospital Casa de Saúde São Bento surgiu da renovação do antigo modelo Hospitalar, recebendo assim a mais qualidades de serviços e expertises na área de saúde para uma nova história e tradição.

Somos um Hospital Geral de Média e Alta complexidade com o objetivo de referência na Ilha do Governador bairro do Município do Rio de Janeiro com 6.775,561 habitantes, (DATA.RIO/2021), prestando atendimento completo para as famílias da região. Sendo um perfil de Hospital acolhedor e humanizado.

Para isso, contamos com 29 leitos distribuídos em unidade de internação Adulta, UTI, semi-intensiva-intensiva, unidade de emergência adulta (com referência em ortopedia, clínica, cirúrgica e pediátrica 24hs.

Ainda contamos com FOLLOW-UP, ambulatório e SADT de:

- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Ortopedia
- Proctologia
- Pediatria
- Urologia
- Cardiologia
- Buco-Maxilo
- Vascular e Angiologia
- ECG



000207

HOSPITAL
SÃO BENTO

Rua Manuel Bonfim, 76 - Zumbi, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

(21) 3386-1800

- EEC
- ELETRONEUROMIOGRAFIA
- MAPA
- HOLTER
- ECODOPPLER
- DOPPLER VASCULAR
- ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- USG

Cirurgias eletivas e de urgência:

- Geral
- Ortopedia
- Proctologia
- Vascular
- Urologia
- Plástica

2 — DESCRIÇÃO DO DESEMPENHO DA INSTITUIÇÃO

A execução da gestão, operacionalização dos serviços de saúde no âmbito do Hospital Casa de Saúde São Bento produziu os resultados pretendidos desde o seu início até o presente momento, alcançando as metas programadas e não ocorrendo nenhum registro que comprometa a Rede de Saúde Comunitária Modelo- Saúde Modelo.

Este atestado é para uso exclusivo da entidade supracitada para fins de comprovação de experiência e desempenho técnico das atividades desenvolvidas no Hospital Casa de Saúde São Bento.

Rio de Janeiro, 04 de novembro de 2022.

Isabela Duarte Almeida- CRM 52.88020-5**Diretora Médica**

Isabela Duarte Almeida
Direção Técnica
CRM 5288020-5
CPF 078906277-18

15º OFÍCIO DE NOTAS
DE NOTAS

21º OFÍCIO DE NOTAS
TABELIA TITULAR VANELE FALCÃO

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução do original que me foi apresentado.
Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2026.

Mat. - DAIANA FULGÊNCIO CARVALHO DA SILVA - Escrivão
Emolumentos: R\$ 9,80 - TJ+Fundos: 7,51, Total: 17,31
Selo: EFBK53531-APS

Av. das Américas, 8.445 - Loja 116
Barra da Tijuca (Rio de Janeiro/RJ) - Cep: 22793-081
Tel: (21) 2533.2121, 2533.2121, 2544.2121

000030AB233869

000208

TRASLADO

LIVRO SB-1422 FOLHAS 185-187 ATO 60

ATA NOTARIAL DE CONSTATAÇÃO, na forma abaixo:

Matrícula Notarial Eletrônica:

088641.2025.01.13.00038964-98

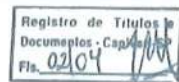
Aos treze dias do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e cinco (13.01.2025), nesta Cidade do Rio de Janeiro - RJ no Cartório do 15º Serviço Notarial, Tabeliã, FERNANDA DE FREITAS LEITÃO, situado na Av. das Américas, nº. 500, loja 206 do Bloco 11, Barra da Tijuca, perante mim **ANDRÉ DA COSTA PINHEIRO SOUZA – Tabelião Substituto (Mat. nº 94/17959-RJ)**, nas dependências deste Tabelionato de Notas, lavro o presente ato de forma digital, em atendimento aos Provimentos 149, de 30 de agosto de 2023 do CNJ e 119/2022 da CGJ/RJ, e na Plataforma do site www.enotariado.org.br, na Corregedoria Geral de Justiça deste Estado por solicitação de: **WBIRAJARA ROCHA DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, autônomo, nascido em 13/03/1973, portador da CNH nº 049.979.575-10 - DETRAN/RJ em 09/03/2023, inscrito no CPF sob o nº 019.032.457-02, domiciliado na Avenida das Américas 18000, Recreio dos Bandeirantes, nesta cidade, que assinam o presente ato por meio de videoconferência notarial realizada neste ato, utilizando o certificado digital. **A presente Ata Notarial tem a finalidade de constatar e documentar a apresentação de um documento identificado como CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA HOSPITALAR com 3 páginas devidamente rubricadas e assinadas, que segundo solicitante trata-se de contrato de consultoria e gestão, conforme o objeto de contrato, certificadas abaixo.** No presente documento, o solicitante pede-me para verificar e autenticar os seguintes fatos: **1)** O Solicitante me apresentou em **02.01.2025**, a partir das **11h (onze horas)**, sendo 2 folhas, com 3 páginas contendo um contrato entre os Institutos de Santa Casa da Misericórdia de Capivari e Osbravi- Organização Social Brasileira de Apoio a vida. e seu Objeto e Do Valor dos Serviços e das Despesas. **2)** Na primeira página com a qualificação dos Institutos e com o Objeto e o Valor dos Serviços e das Despesas. **3)** Na segunda página, com as Obrigações Essenciais das partes e Demais Condições. **4)** Na terceira e última página, com as assinaturas dos diretores da Institutos de Santa Casa da Misericórdia de Capivari e Osbravi- Organização Social Brasileira de Apoio a vida. **5)** Continuação da última página, que contrato foi assinado em Capivari em 13 de Dezembro de 2013, como testemunhas Fábio Silva e David Nogueira com respectivos selos do cartório de Capivari, conforme as páginas constatadas abaixo:



000209

ORGANIZAÇÃO SOCIAL + OSBRAVI GESTÃO EM SAÚDE CNPJ: 17.517.805/0001-00	Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica e de Títulos e Documentos da Comarca de Capivari Protocolo nº 81.641 Capivari 08/01/2014	Registro de Títulos e Documentos - Capivari Fls. 0104
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA HOSPITALAR		
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CAPIVARI, Associação Privada, inscrita no CNPJ sob o nº 46.925.111/0001-00, sediada no endereço Pc Dr. Mario Dias de Aguiar, nº 01, Centro, Capivari, neste ato representado pelo representante da entidade Sr. Eder Roberto Antonelli, RG: 25.224.910-0, CPF: 181.998.648-93, a seguir denominado simplesmente como CONTRATANTE e, OSBRAVI - Organização Social Brasileira de Apoio a Vida, CNPJ nº 17.517.805/0001-00, Inscrição Estadual (isento), com sede na Rua Desembargador Lima de Castro, nº 224/221, Bairro Fonseca, Niterói-RJ, neste ato representado pelo Dr. Claudio Rocha de Souza, portador da cédula de identidade RG: 197.711-COREN-RJ, CPF: 074.187.087-85, residente e domiciliado na Rua Antonio Gomes de Avelar, nº 2.732, bairro Itauna, São Gonçalo-RJ, a seguir denominados como CONTRATADO, têm entre si, justo e contratado, o presente Contrato de Prestação de Serviços de Gestão Hospitalar, a se reger em conformidade com as cláusulas e condições a seguir dispostas:		
1. DO OBJETO		
1.1 O objeto do presente contrato de Gestão tem por objeto a Gestão hospitalar pelo CONTRATADO, a CONTRATANTE, de serviços de assessoria e consultoria em Gestão Hospitalar, que tem por objetivo: realizar, fazer, aplicar, representar, defender, dar, conceder, obter, solicitar, integrar, promover, fortalecer, capacitar, empenhar, comprar, ordenar, terceirizar, alterar, contratar, propor, discordar, acordar, transigir, dar e receber ou receber e dar quitação, orientar, receber mandado de recebíveis e reaver documentos sobre constituições financeiras e administrativas e ainda solicitar e quitar empréstimo referente à CONTRATANTE bem como gerenciar, obter, administrar, arrecadar, desembolsar e solucionar constituições financeiras ou tributárias, conhecidas e ou não conhecidas pela CONTRATANTE, com objetivo de novos rendimentos. Valendo Salientar que será constituída como objeto gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde.		
1.2 A assessoria e consultoria em gestão da Santa Casa de Capivari conforme em matéria salientada.		
2. DO VALOR DOS SERVIÇOS E DAS DESPESAS		
2.1 Pelos serviços objetivados na cláusula anterior, a CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO, o importe de R\$5.000,00 (cinco mil reais) mensais até o quinto dia útil do mês, mais 20% (vinte por cento) sobre os novos rendimentos constituídos de novos recebíveis advindos após a assinatura deste contrato comparando os recebíveis, vide: repasses financeiros, faturamento mês, relatório financeiro e outros demonstrativos na área financeira. Apresentados na presente assinatura do contrato.		
2.1.2. Os valores constituídos na cláusula acima constitui do proveito econômico obtido relativo à gestão hospitalar implementada, cujo valor solucione as Inter-Peres da CONTRATANTE, por mérito do CONTRATADO.		
2.2.2 O valor da prestação de serviços aqui contratados será pago ao CONTRATADO no valor conforme os dispositivos elencados neste Contrato de forma mensal.		
2.2 Correrão por conta da CONTRATANTE as despesas com:		
Rua: Desembargador Lima de Castro, nº224- Grupo 221, Bairro Fonseca – Niterói - RJ, Cep: 24.120.350		
Tel. +55-21-3124-6450		
www.osbravi.org.br		
Scanned with CamScanner		

000210



2.2.1 Toda e qualquer despesas de locomoção, custas, acomodações, hospedagem, alimentação, passagens, registros e outras que sejam requisitos para o desenvolvimento dos trabalhos, mas sempre tais despesas serão previstas, por avisos registrados ao **CONTRATANTE** ou caso de despesa extraordinária por aditamento de contrato, que deverá ser aprovado pela **CONTRATANTE**.

2.3 Caso antecipa-se despesas pelo **CONTRATADO**, serão reembolsadas pela **CONTRATANTE**, mediante a apresentação dos respectivos comprovantes.

3. DAS OBRIGAÇÕES ESSENCIAIS DAS PARTES.

3.1 O **CONTRATADO** se obriga e se compromete a:

3.1.1 prestar os serviços pactuados com transparência, ou seja, demonstrando ao **CONTRATANTE** a necessidade, e indicando os meios de operação, bem como o resultado pleiteado, responsabilizando-se pelos serviços executados, nos termos da lei, correndo por sua única e exclusiva conta todos os encargos sociais, fiscais, trabalhistas e securitários relativos aos seus pessoais e aos serviços;

3.1.2 manter o mais absoluto sigilo sobre as informações prestadas pelo **CONTRATANTE**, e que, em decorrência dos serviços objetivados neste contrato são estritamente confidenciais;

3.1.3 apresentar, sempre que solicitado pela **CONTRATANTE**, relatórios impressos ou por meio eletrônico, relativos ao andamento dos trabalhos sob sua responsabilidade.

3.2 A **CONTRATANTE**, por sua vez, se obriga e se compromete a:

3.2.1 cumprir com as obrigações financeiras assumidas neste instrumento;

3.2.2 fornecer todos os documentos e prestar todas as informações necessárias à propositura e desenvolvimento das medidas necessárias à defesa de seus interesses;

3.2.3 realizar os atos que, por força de lei ou em decorrência de decisão judicial, lhe compitam cumprir para o regular trâmite de processos ou outras medidas de seu interesse.

4. DAS DEMAIS CONDIÇÕES.

4.1 A abstenção do exercício, por qualquer das partes, de qualquer dos direitos atribuídos por força do presente contrato, não significará novação ou renúncia, representando mera tolerância da parte que assim agir, que poderá exercer esses direitos em outras oportunidades.

4.2 o presente contrato será firmado por prazo determinado de 10 (dez) anos prorrogáveis por igual período, passando a vigorar a partir da data da assinatura deste contrato.

4.2.1 Na eventualidade da **CONTRATANTE** rescindir o presente contrato por justa causa deverá pagar o valor proporcional aos trabalhos com calculo de recebíveis referencia de um ano de atividades ou últimos anos de atividades exercidas computadas com acréscimo de multa de 50% a ser paga pelo **CONTRATADO** ao **CONTRATANTE**.

4.2.2 No caso da rescisão ser imotivada, sem relevantes razões para tanto, ou ainda desistirem da medida extrajudicial ou judicial, tal conduta implica no pagamento ao **CONTRATADO** da porcentagem 20 % (vinte por cento) relativo à receita a título de prestação de serviços,

Rua: Desembargador Lima de Castro, nº224- Grupo 221, Bairro Fonseca - Niterói - RJ, Cep: 24.120.350

Tel. +55-21-3124-6450

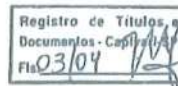
www.osbravi.org.br

Scanned with CamScanner

000211



CNPJ: 17.517.805/0001-00



sem prejuízo do valor da prestação de serviço pactuada na cláusula 2.1, proporcionalmente aos trabalhos já prestados.

4.3 As partes elegem o foro da comarca de Capivari-SP, com renúncia a qualquer outro, para nele serem dirimidas quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento.

Por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, que também o subscrevem.

Capivari, 13 de dezembro de 2013.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CAPIVARI

OSBRAVI - ORGANIZAÇÃO SOCIAL BRASILEIRA DE APOIO A VIDA

TESTEMUNHAS:

1) Nome: FABIO SILVA
RG nº 6042/DEC-RJ.

2) Nome: Daniel Nogueira
RG nº 16886925



Rua: Desembargador Lima de Castro, nº224- Grupo 221, Bairro Fonseca - Niterói - RJ, Cep: 24.120.350

Tel. +55-21-3124-6450

www.osbravi.org.br

Scanned with CamScanner

000212

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Nada mais tendo a constatar, encerro a presente ata às 16h 40, o solicitante me pediu que em minhas Notas lhe lavrasse a presente ata, para os efeitos do art. 215, do Código Civil Brasileiro, do art. 384 e 405, ambos do Código de Processo Civil Brasileiro e nos termos dos incisos III, dos arts. 6º e 7º, da Lei nº 8.935/94, que feita e lida, aceita e assina perante mim, dispensando a presença das testemunhas, nos termos do art. 318, da Consolidação Normativa da Corregedoria Geral da Justiça. Certifico que pelo presente ato são devidas as seguintes custas: (ata notarial s/ conteúdo econômico - tabela 7 item 6: R\$ 319,65); (ata notarial - página excedente - tabela 7 item 6 sub item a: R\$ 479,85); (20% FETJ: R\$ 159,90); (5% FUNPERJ: R\$ 39,97); (5% FUNDPERJ: R\$ 39,97); (ISS: R\$ 42,89); (6% FUNARPEN: R\$ 47,97); (2% PMCMV e atos gratuitos: R\$ 15,98); (distribuição: R\$ 44,19); Selo: R\$ 2,71; Totalizando R\$ 1.193,08 As partes declaram que: - leu anteriormente e que foram esclarecidas as eventuais dúvidas e questionamentos formulados, tendo compreendido inteiramente o teor do ato; - as manifestações contidas neste ato representam fielmente sua vontade; - não tem dúvidas sobre os efeitos deste ato e suas consequências, em relação aos quais anui integralmente; - aceita este instrumento como está redigido e lavrado, e que o faz sem reservas e sem incorrer em erro, dolo, coação, fraude, má-fé ou outro vício do consentimento; Por fim, aceita este ato conforme lavrado é assinado de forma eletrônica pelos OUTORGANTES, utilizando o certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada na Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICPBrasil), conforme disposto do Provimento CNJ nº 149/2023, onde a parte admite este documento como válido, tendo sido, ainda, dispensada pelos contratantes, a presença e assinatura de testemunhas, de acordo com o disposto no artigo 318, da Consolidação Normativa da E. Corregedoria-Geral da Justiça deste Estado. Os arquivos digitais relativos ao presente ato encontram-se 4 preservados nesta Serventia. A assinatura eletrônica foi coletada na data abaixo reproduzida e pelos meios especificados pelo sistema de assinatura eletrônica e indicado à frente de cada uma delas. Eu, ANDRÉ DA COSTA PINHEIRO SOUZA – Tabelião Substituto (Mat. nº 94-17959-RJ), da Corregedoria Geral da Justiça, lavrei, lida e aceita pelas partes subscrevo e assino digitalmente com a utilização de certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada na Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil). **Selo Eletrônico Número: EEWH27710-EAP.** ASSINADO: **WBIRAJARA ROCHA DE SOUZA.** NADA MAIS se continha na ESCRITURA aqui em e FIELMENTE TRANSCRITA E TRASLADADA NESTA DATA. Eu, Tabelião Substituto, digitei, subscrevo e assino.



Poder Judiciário - TJERJ
Corregedoria Geral da Justiça
Selo de Fiscalização Eletrônico
EEWH27710-EAP

Consulte a validade do selo em:
<https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico>

15° Ofício de Notas
Tabeliã Fernanda de Freitas Leitão
Rua do Ouvidor, 89, Centro - Rio de Janeiro
Av das Américas 500, Bloco 11, Loja 106
E-mail: faleconosco@cartorio15.com.br
Tel: (21) 3233-2600

Assinado digitalmente por:
ANDRÉ DA COSTA PINHEIRO SOUZA
CPF: 084.617.667-09
Certificado emitido por AC Notarial RFB G4
Data: 13/01/2025 13:21:12 -03:00

000213



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: VZHYP-XVDTB-MNFCC-FPYB5

Matrícula Notarial Eletrônica: 088641.2025.01.13.00038964-98

Este documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ ANDRE DA COSTA PINHEIRO SOUZA (CPF 084.617.667-09) em 13/01/2025 13:21

Para verificar as assinaturas acesse <https://assinatura.e-notariado.org.br/validate> e informe o código de validação ou siga o link a abaixo:

<https://assinatura.e-notariado.org.br/validate/VZHYP-XVDTB-MNFCC-FPYB5>

DP

000214



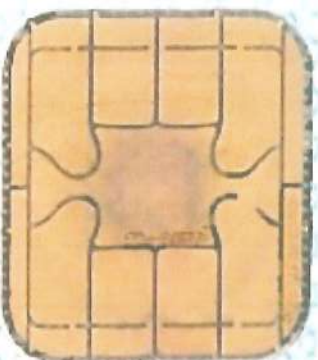
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO RIO DE JANEIRO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

ROSELI MONTEIRO DA SILVA

CRM /UF

52-0052781-7/RJ



FILIAÇÃO

ROSIVAL BARBOSA DA SILVA

FRANCISCA ROSÁLIA
MONTEIRO DA SILVA

DATA DE INSCRIÇÃO VIA

24/04/1990

1

ASSINATURA DO PORTADOR

Roseli Monteiro da Silva



CPF

988.225.357-15

000215

RG / ÓRGÃO EMISSOR

06481436-1/IFP-RJ

TÍTULO DE ELEITOR

012275000302

SEÇÃO

38

ZONA

179

DATA DE NASCIMENTO

19/12/1964

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO-RJ

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

RIO DE JANEIRO, 02/06/2017

0287808



ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.

000216



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

O Rector da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Doutorado em Clínica Médica, em 10/05/2023, confere o título de Doutora em Medicina, Área de Concentração: Clínica Médica (Clínica Médica) a

Roseli Monteiro da Silva

nascida em 19 de dezembro de 1964, natural do Rio Grande do Sul, cédula de identidade nº 52.0052781-7, órgão expedidor CFM, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, 07 de agosto de 2024.

DIRETOR

Isabel Catrande Beane

DIPLOMADA

Moacir Augusto da Silva

REITOR

Neuvello

DA



Roseli Monteiro da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7927919556905189>
ID Lattes: **7927919556905189**
Última atualização do currículo em 26/08/2015

000217

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1988) e Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) (1994). Tem longa experiência em Saúde Pública, gestão de programas e serviços de saúde tendo exercido cargo de Diretora de dois hospitais públicos federais (Hospital da Lagoa e Hospital Geral de Bonsucesso) e de Secretária de Saúde do Município de Mesquita, RJ. No período de 2010 a 2014, foi Diretora de Planejamento Estratégico da Fundação Oswaldo Cruz. Tem ampla experiência docente em diversos cursos de Pós graduação da ENSP e participa do Grupo de Pesquisa do CNPq "Núcleo de Inteligência Competitiva", com foco em análise prospectiva e technology foresight. Atualmente é analista de C&T em saúde do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS) da Fiocruz. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Roseli Monteiro da Silva

Nome em citações bibliográficas

SILVA, R. M.

Lattes iD



<http://lattes.cnpq.br/7927919556905189>

País de Nacionalidade

Brasil

Endereço

Endereço Profissional

Fundação Oswaldo Cruz, Presidência da
Fiocruz, Diretoria de Planejamento
Estratégico.
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Pavilhão
Carlos Matus
Manguinhos
21041210 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Telefone: (21) 38851871

DP

Formação acadêmica/titulação

1992 - 1994

Mestrado em Saúde Pública.
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Título: A Teoria das Macroorganizações: O processo de mudança da Santa Casa do Pará, Ano de Obtenção: 1994.

Orientador: 🧐 Francisco Javier Uribe Rivera.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

000218

1990 - 1992

Especialização - Residência médica.
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Residência médica em: Medicina Preventiva e Social

Número do registro: nº 36015, livro 054, f. 08837 em janeiro de 1993.

Bolsista do(a): Ministério da educação e Cultura.

1983 - 1988

Graduação em Medicina.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

Formação Complementar

2003 - 2003

I Curso de Atualização Terapêutica em Oncologia. (Carga horária: 20h).
Instituto Nacional de Câncer, INCA, Brasil.

1996 - 1996

Gestion Hospitalière e la function de direction. (Carga horária: 160h).
École Nationale de la Santé Publique.

Atuação Profissional

Hospital Geral de Bonsucesso, HGB, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - 2005

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Diretora, Carga horária: 40

Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.



2015 - Atual

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento
Funcional: Analista de Ciência e
Tecnologia em Saúde, Carga horária: 40

Vínculo institucional

2011 - 2014

Vínculo: cargo em comissão,
Enquadramento Funcional: Diretora - Dir.
de Planejamento Estratégico, Carga
horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Vínculo institucional

2009 - 2010

Vínculo: Bolsista, Enquadramento
Funcional: COORDENADORA DE PROJETO
- COOPERAÇÃO TÉCNICA, Carga horária:
40

Atividades

10/2014 - 10/2014

Ensino, Saúde da Criança e da Mulher,
Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Planejamento Estratégico em Saúde

10/2013 - 10/2013

Ensino, Saúde da Criança e da Mulher,
Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Planejamento estratégico em Saúde

Instituto Nacional de Câncer, INCA, Brasil.

Vínculo institucional

2003 - 2004

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento
Funcional: Diretora -Departamento de

719

Outras informações

000220

Criada em dezembro de 2003, a divisão teve como objetivo integrar e apoiar tecnicamente os gestores estaduais/municipais na gestão e planejamento das ações de prevenção e controle do câncer especialmente no que se refere a: detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama, estruturação da rede de diagnóstico dos cânceres que não são passíveis de detecção precoce, organização e expansão da assistência de alta complexidade, com base em parâmetros assistenciais e necessidade de cobertura. O enfoque de gestão proposto busca o fortalecimento de uma rede de atenção oncológica que possibilite integrar todos os níveis de atenção gerar maior sinergia e efetividade das ações. O estabelecimento de linhas de cuidado, o desenvolvimento de indicadores de avaliação e parâmetros assistenciais de necessidade e cobertura, constituem linhas de atuação para viabilizar o novo enfoque.

Vínculo institucional

2000 - 2003

Vínculo: , Enquadramento Funcional: Supervisora do Projeto EXPANDE, Carga horária: 40

Outras informações

O projeto teve como objetivo a expansão da assistência de alta complexidade na área de oncologia a partir de unidades hospitalares gerais em regiões onde não existe assistência oncológica e se encontram distantes dos Centros de Tratamento existentes. Numa perspectiva integrada o projeto compreendia: a qualificação profissional, reestruturação de diversas áreas do hospita (arquivo médico, apoio diagnóstico, porta de entrada, perfil assistencial) e implantação das áreas específicas de oncologia (radioterapia, oncologia clínica e cirurgia oncológica). No Período 2000-2003 foram implantados sete novos centros de alta complexidade em oncologia atualmente funcionando para o SUS.

Vínculo institucional

1997 - 1998

Vínculo: , Enquadramento Funcional: Chefe do Serviço de Planejamento do Inca, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.

000221

Outras informações

Participação no Projeto de transformação do INCA em organização social (projeto não concluído) Participação na equipe de Planejamento Estratégico do Inca Desenvolvimento de metodologia de planejamento institucional por projetos Desenvolvimento do Plano de Negócios Formulação de indicadores de avaliação de ações estratégicas

Vínculo institucional

1996 - 1997

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Analista de ciência e tecnologia, Carga horária: 40

Outras informações

Principais atividades Apoio técnico ao processo de Planejamento estratégico Apoio técnico na formulação de projetos institucionais Projeto de Avaliação de Desempenho Hospitalar, por indicadores; Assessoria na elaboração descentralizada do Orçamento Análise do perfil técnico - assistencial das Unidades Hospitalares que compõem o Instituto, com trabalho específico na especialidade de Mastologia.

Atividades

05/2004 - 05/2004

Ensino, Psicologia Oncológica, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Política Nacional de Assistência Oncológica

Hospital da Lagoa/RJ, HL/RJ, Brasil.

Vínculo institucional

1998 - 2000

Vínculo: cargo em comissão -DAS 101.5, Enquadramento Funcional: Diretor Geral, Carga horária: 40



Outras informações

000222

• Gestão Hospitalar - pautado nos seguintes elementos: gestão colegiada, priorização de projetos institucionais e avaliação de resultados. Modelo inspirado na Teoria das Macroorganizações de Carlos Matus tendo como referência o modelo explicativo (Triângulo de Ferro): agenda do dirigente, gerência por operações e sistema de petição e prestação de contas por desempenho. • Reorganização do Ambulatório: redefinição do perfil assistencial e complementaridade regional com unidades de atenção básica. Padronização de condutas clínicas. • Criação da Coordenação de Hotelaria Desenho de um novo modelo de gestão das áreas de limpeza hospitalar, alimentação, recepção do paciente/acompanhantes e segurança tendo como foco a satisfação e conforto da clientela. Projeto se articulava com as áreas técnicas afins. • Posso ajudar acolhimento e orientação de pacientes na porta de entrada do hospital • Prateleira centralização do almoxarifado, reduzindo a dispersão de materiais pelas enfermarias e propiciando o melhor controle e reposição de estoques. Preparação para redução de estoques e padronização de material médico hospitalar • Dispensação de medicamentos por dose individualizada Foi reestruturada toda a área de gestão e dispensação de medicamentos. Também foi base para a padronização que ficou em andamento. • Planejamento estratégico das clínicas de ortopedia e cirurgia pediátrica utilizando a metodologia da Démarche Strategique. Redefinição da complexidade assistencial destas clínicas em função das expertises institucionais, barreiras de investimento e oferta da rede assistencial. • Projeto de comunicação social criação de um jornal, quadros de avisos e mecanismos de incentivo à comunicação horizontal. • Criação da área de Engenharia Hospitalar e do projeto de Engenharia Clínica. Com isto foi possível desenvolver um plano diretor de recuperação física do hospital e montar um sistema de gerencia

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Brasil.

Vínculo institucional

1995 - 1997

Vínculo: Bolsista, Enquadramento
Funcional: pesquisador visitante bolsista
Faperj, Carga horária: 40

Outras informações

73

Atividades

09/1996 - 09/1996

Ensino, Curso de Planejamento Estratég e
Gestão em Saúde, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Módulo II - Planejamento e Gestão por
problemas - Os Momentos Explicativo e
Normativo

08/1996 - 09/1996

Ensino, Curso de Especialização em
Vigilância Sanitária, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Módulo VI - Planejamento e Gestão em
Saúde

05/1996 - 05/1996

Ensino, Curso de Especialização em
Gestão Hospitalar, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Módulo II - Planejamento e Gestão por
problemas

11/1995 - 03/1996

Ensino, Residência em Medicina
Preventiva e Social, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Prática Integrada - Planejamento em
Saúde

07/1995 - 12/1995

Ensino, I Curso Descentral. em Gestão
Hospitalar, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Professor responsável pela Supervisão
geral do Trabalho de Campo

05/1995 - 12/1995

Ensino, Curso de Especialização em
Gestão Hospitalar, Nível: Especialização

000224

Disciplinas ministradas
Coordenação do Trabalho de Campo

03/1995 - 05/1995

Ensino, Residência em Medicina
Preventiva e Social, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Prática Integrada - Planejamento em
Saúde

08/1994 - 12/1994

Ensino, Curso de Planejamento Estratégico e
Gestão em Saúde, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Coordenação do Trabalho de Campo

05/1994 - 12/1994

Ensino, Curso de Especialização em
Gestão Hospitalar, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Supervisora de Trabalho de Campo

09/1994 - 09/1994

Ensino, Mestrado em Saúde da Criança,
Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Políticas e Planejamento em Saúde

08/1994 - 08/1994

Ensino, Curso de Especialização em
Vigilância Sanitária, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Módulo VI - Planejamento das ações de
Vigilância Sanitária

07/1993 - 12/1993

Ensino, Curso de Especialização em
Gestão Hospitalar, Nível: Especialização

000225

Disciplinas ministradas
Trabalho de Campo

09/1993 - 11/1993

Ensino, Mestrado em Saúde da Criança,
Nível: Pós-Graduação

Disciplinas ministradas
Políticas e Planejamento em Saúde

08/1992 - 09/1992

Ensino, Residência em Medicina
Preventiva e Social, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Planejamento em Saúde

08/1992 - 08/1992

Ensino, Curso de Especialização em
Vigilância Sanitária, Nível: Especialização

Disciplinas ministradas
Módulo de Planejamento em Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita, SMS MESQUITA, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - 2009

Vínculo: cargo em comissão,
Enquadramento Funcional: Secretário de
Saúde, Carga horária: 40

Outras informações

Principais Projetos - Reorganização do sistema de regulação municipal (média complexidade) - Ampliação do Programa Saúde da Família - Regionalização da assistência municipal - Reestruturação e ampliação da oferta de consultas especializadas - Reabertura da Maternidade municipal - Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - Implantação de 1 unidade de Farmácia Popular do Brasil - Reestruturação do área de vigilância em saúde



1.

Grande área: Ciências da Saúde / Área:
Saúde Coletiva / Subárea: planejamento
em saúde.

000226

2.

Grande área: Ciências Sociais Aplicadas /
Área: Administração / Subárea:
Administração Pública/Especialidade:
Planejamento em Ciência e Tecnologia.

Produções

Produção bibliográfica

Resumos publicados em anais de congressos

1.

SILVA, R. M.; Fornazin, M ; CASTRO, L. C. . PARA ALÉM DO GERENCIALISMO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE ANÁLISE DE MODELOS DE GESTÃO BASEADA NA RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE.. In: 11o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015, Goiânia. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015.

2.

FONSECA, A. F. ; Prates, E. C. ; **SILVA, R. M.** . Avaliação da atenção pré-natal. In: III Congresso Brasileiro de Saúde Pública, 1992, Porto Alegre. Programa do III Congresso Brasileiro de Saúde Pública, 1992. v. 1. p. 87-87.

Apresentações de Trabalho

1.

SILVA, R. M.; Fornazin, M ; CASTRO, L. C. . PARA ALÉM DO GERENCIALISMO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE ANÁLISE DE MODELOS DE GESTÃO BASEADA NA RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE.. 2015. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

2.

SILVA, R. M.. Ouvidor/Ombudsman: Compromisso com o desenvolvimento sustentável. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).



3.

000227

SILVA, R. M. O Controle de câncer no Brasil: Avaliação do Programa VIVA MULHER. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

4.

SILVA, R. M. Política de Atenção Oncológica: Visão do Governo Federal. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

5.

SILVA, R. M. Centros de Alta Complexidade em Oncologia. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

6.

SILVA, R. M. Rastreamento do Câncer do Colo Uterino: Países Desenvolvidos. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

7.

SILVA, R. M. O Controle de câncer no Brasil: Avaliação do Programa VIVA MULHER. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

8.

SILVA, R. M. O Papel do Hospital na atenção da AP2.II. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

9.

SILVA, R. M. Expansão da Assistência oncológica: Projeto Expande. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

10.

SILVA, R. M. Serviço Social e Saúde: perspectivas para a descentralização da assistência. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).



1.

LEITE, T. C. S. B. ; SILVA, I. P. M. ; JANNUZZI, D. M. S. ; HIGINO, T. N. ; SANTOS, T. R. ; XAVIER, D. R. ; **SILVA, R. M.** . Padrão da Mortalidade da População Circunvizinha à Central Nuclear Almirante Álvaro Alberto. 2011.

2.

BRAVO, M. I. S. ; **SILVA, R. M.** ; ANDRADE, V. R. G. ; MEDRONHO, R. . Plano Municipal de Saúde do Município de Duque de Caxias. 1994.

3.

Carvalho, M. S. ; GIFFIN, K. ; SHIRAIWA, T. ; VASCONCELLOS, C. A. M. S. ; FONSECA, A. F. ; Prates, E. C. ; GRIEP, R. H. ; TAVARES, C. M. ; RODRIGUES, C. V. C. S. ; DORSI, E. ; CASTRO, I. R. R. ; ALBUQUERQUE, J. O. ; CUNHA, M. A. ; **SILVA, R. M.** ; Flores, R. ; VELLOSO, V. R. O. ; TOSCHI, W. D. M. . Análise das condições de vida e morte em populações urbanas. 1993.

4.

ALVARENGA, C. A. R. ; FERREIRA, E. M. ; SOUZA, I. T. ; CONILL, E. M. ; BRAVO, M. I. S. ; GASPARY, M. C. S. ; LIMA, A. P. M. ; **SILVA, R. M.** . Plano Municipal de Saúde de São Gonçalo. 1993.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1.

V Seminário Terceiro Setor e Parcerias na Área da saúde. 2013. (Seminário).

2.

XIII Congresso Brasileiro de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. 2004. (Congresso).

3.

XXXI Congresso Brasileiro de Análises Clínicas. 2004. (Congresso).



4.

000229

XVI Congresso Brasileiro de Cancerologia. INCA. 2003. (Congresso).

5.

II Jornada de Nutrição em Saúde Coletiva do Estado do Rio de Janeiro. "O programa crescer" no município de São João de Meriti - RJ. 2002. (Congresso).

6.

III Encontro da Sociedade Brasileira de Radioterapia. 2001. (Encontro).

7.

17th International Cancer Congress. 1998. (Congresso).

Orientações

Orientações e supervisões concluídas

Monografia de conclusão de curso de aperfeiçoamento/especialização

1.

Antonio Lima Ornelas. Criação do serviço de acompanhamento e fiscalização na coordenação de convênios (CCONV/DIPLAN). 2014. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização Gestão de Organizações de C&T saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Orientador: Roseli Monteiro da Silva.

2.

Mario Gonzalez Romar. A evolução do orçamento e gastos da Fiocruz no período de 2008 à 2012. 2014. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização Gestão de Organizações de C&T saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Orientador: Roseli Monteiro da Silva.



Somente os dados identificados como públicos pelo autor são apresentados na consulta do seu Currículo Lattes.
[Configuração de privacidade na Plataforma Lattes](#)

000230

719

**CONTRATO PARTICULAR DE SERVIÇOS
TÉCNICOS**

Por meio deste instrumento "CONTRATO PARTICULAR DE SERVIÇOS TÉCNICOS", de um lado a empresa: INSTITUTO DE SAÚDE HUMANIDADE E PESQUISA, sede à Rua: AVENIDA DAS AMÉRICAS, 7935 SALA 334 BLOCO B CEP: 22.793-081 – BARRA DA TIJUCA-RIO DE JANEIRO-RJ, inscrita no CNPJ 17.517.805-0001-00, representada nesta ocasião por seu Diretor: WBIRAJARA ROCHA DE SOUZA, RG 465448107MTPSRJ. Expedida pelo DETRAN/RJ, CPF. 019.032.457-02 doravante denominado de simplesmente Contratante.

Do outro lado a ROSELI MONTEIRO DA SILVA, divorciada, CRM-UF 52-0052781-7-RJ, RG 06481436-1. Expedida pelo IFP-RJ, CPF: 988.225.357-15, doravante denominado de simplesmente Contratada, tem entre si acertado o seguinte:

Cláusula 1º - Caberá ao Contratado desenvolver atividades como Responsável Técnico conforme suas atribuições profissionais e compatíveis com os objetivos sociais da empresa, conforme discriminado na ART de Cargo ou Função.

Cláusula 2. - A vigência do presente contrato será por tempo indeterminado;

Cláusula 3º - O Contratado terá carga horária de: 40 hs semanais flexível;

Cláusula 4º - O Contratante assegura ao contratado, absoluta independência técnica;

Cláusula 5º - Os honorários profissionais do contratado deverão ser de R\$ 25.000,00 Corresponde ao teto médio da Médica no Estado do Rio de Janeiro.

Cláusula 6º - Este Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes por qualquer motivo mediante aviso prévio de 30 dias e baixa da (s) obra (s) e ou serviço (s) que estiverem sob a responsabilidade técnica do profissional, e a transferência para outro profissional, quando a obra ou serviço ultrapassar a 30 dias.

Cláusula 7º - Durante a vigência deste contrato e pelo prazo previsto em Lei ficará o

RIO DE JANEIRO, 22 de outubro de 2025

contratado responsável pelas atividades técnicas da empresa contratante, conforme discriminado na ART de cargo ou função, conforme cláusula 1ª.

Cláusula 8ª - Toda e quaisquer taxa impostos e encargos que incidirem sobre este contrato será de responsabilidade da contratante, inclusive o recolhimento das taxas de ART das obras e serviços executados pela empresa sobre a responsabilidade técnica do profissional ora contratado.

Cláusula 9ª - Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de São Gonçalo - Rio de Janeiro:

Por estarem as partes de pleno acordo com o disposto neste instrumento particular de prestação de serviços, assinam-no em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

Rio de Janeiro, 22 outubro de 2025.

INSTITUTO DE SAUDE
HUMANIDADE E
PESQUISA:175178050
00100

Assinado de forma digital
por INSTITUTO DE SAUDE
HUMANIDADE E
PESQUISA:17517805000100
Dados: 2025.10.22 14:37:23
-03'00'

INSTITUTO DE SAUDE HUMANIDADE E PESQUISA



Documento assinado digitalmente

ROSELI MONTEIRO DA SILVA
Data: 23/10/2025 12:46:33-0300
Verifique em <https://validar.itb.gov.br>

ROSELI MONTEIRO DA SILVA


Testemunha I

Nome: ISETE J. DE AGUIAR PITZER

CPF: 942.582.877-68


Testemunha II

Nome: JAQUELINE MARIA DE SOUZA

CPF: 113.530.727-03



000233

Portaria da Diretoria Executiva

PORTARIA Nº 16, de 07 de maio de 2024

O Diretor Executivo da Fundação Oswaldo Cruz, no uso dos poderes estabelecidos no Art. 5º, do Decreto nº 11.228, de 07, de outubro de 2022 e das competências conferidas pela Portaria nº 10, de 10 de janeiro de 2024, com fundamento no Decreto nº 83.937, de 06/09/1979, que regulamenta a delegação de competência prevista nos artigos 11 e 12 do Decreto-Lei nº 200, de 25/02/1967, bem como o disposto nos artigos 11 a 17 da Lei nº 9.784, de 29/01/1999.

RESOLVE:

1. PROPÓSITO

Atualizar a composição do Comitê Gestor do Programa de Gestão da Qualidade (PGQ) da Fiocruz.

2. OBJETIVO

Coordenar o processo de implementação de normas e regulamentos nacionais e internacionais em gestão da qualidade, em consonância com as orientações e políticas do Governo Federal e de formulação das diretrizes da qualidade na Fiocruz, fortalecendo e acompanhando a implantação e a implementação dos Sistemas Locais de Gestão da Qualidade (SLGQ) em suas diversas unidades, em conformidade com a Política da Qualidade da Fiocruz.

3. POLÍTICA DA QUALIDADE DA FIOCRUZ

Promover a saúde e a qualidade de vida da população brasileira, atendendo aos requisitos de regulamentos e das normas nacionais e internacionais adequados ao escopo de atuação e às práticas de gestão de cada uma de suas unidades, respeitando os princípios da ética, integridade, transparência, responsabilização e prestação de contas, com vistas à melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade e ao desenvolvimento institucional.

4. OBJETIVOS DA QUALIDADE - FIOCRUZ

4.1- Contribuir para a implantação, o desenvolvimento e/ou fortalecimento do Sistema Local de Gestão da Qualidade nas unidades da Fiocruz de acordo com normas e regulamentos pertinentes, nacionais e internacionais, integrado às práticas e rotinas gerenciais.

4.2 - Buscar a inovação e a excelência nos processos de governança e gestão, apoio e finalísticos executados na instituição.

4.3 - Estabelecer mecanismos que favoreçam o engajamento com as partes interessadas, o atendimento de suas necessidades e expectativas e o aumento do seu nível de satisfação.

4.4 - Promover e fomentar ações que favoreçam a transformação digital, por meio do seu uso estratégico para atender à gestão interna e melhor prestar serviços à sociedade.

4.5 - Zelar pelo ambiente organizacional saudável, promovendo a qualidade de vida do trabalhador e o seu desenvolvimento.

4.6 - Promover a integração dos Sistemas de Gestão da Qualidade, Ambiental, Saúde do Trabalhador, Biossegurança e Bioproteção e Responsabilidade Social, incorporado à gestão institucional e alinhado às boas práticas de governança.

4.7 - Fortalecer a prática de gestão de riscos e de gestão por processos em caráter institucional.

4.8 - Fomentar ações que favoreçam a sustentabilidade organizacional com foco no compartilhamento de soluções, na adoção de modelos de plataformas transversais e no trabalho em rede.

5. COMPOSIÇÃO DO COMITÊ GESTOR

O Comitê do Programa de Gestão da Qualidade (PGQ) da Fiocruz terá sua composição, conforme estabelecido abaixo:

5.1 – COORDENAÇÃO

- Priscila Ferraz Soares (Diretoria Executiva) – Coordenadora do Comitê Gestor
- Renata Almeida de Souza (CQuali/DE) – Secretária Executiva

A Secretária Executiva do Comitê Gestor do Programa de Gestão da Qualidade (PGQ) da Fiocruz é ocupada pela Coordenadora da Qualidade em exercício.

5.2 – GRUPO EXECUTIVO

MEMBROS	UNIDADE	REFERÊNCIA
Flávia Sarmento Vieira	ICTB	Qualidade nos Serviços de Criação/Experimentação Animal
Ivanete Milagres Presot	Fiocruz Minas (IRR)	Qualidade na Pesquisa e Biossegurança
Jennifer Braathen Salgueiro	INI	Qualidade na Pesquisa Clínica
Mariana Conceição de Souza	VPEIC	Qualidade no Ensino
Patrícia Canto	VPAAPS	Qualidade na Assistência
Renata Almeida de Souza	CQuali	Qualidade na Pesquisa
Rodrigo Fonseca da Silva Ramos	Farmanguinhos	Qualidade na Produção – Medicamentos
Rosane Cuber Guimarães	Biomanguinhos	Qualidade na Produção – Imunobiológicos
Rosane Maria Temporal	IOC - Coleções	Qualidade nas Coleções
Saada Lima Chequer Fernandez	IOC	Qualidade na Gestão e Qualidade em Laboratórios de Referência

5.3 – DEMAIS REPRESENTANTES DAS ÁREAS DA QUALIDADE DAS UNIDADES DA FIOCRUZ NO COMITÊ GESTOR

MEMBROS

Aldemir Lima Maquiné
 Alexsandra Favacho
 Aline da Silva Soares Souto
 André Luiz Lopes Santos
 Anna Carolina Machado Marinho
 Bruna Telles
 Denise Iglesias
 Diogo Luiz de Jesus Moreira
 Douglas de Carvalho Baeta
 Flavia Marques Leitão
 Glória Santos da Costa Jesus
 Helena Distelfeld
 Heliana Pereira
 Hilda Carolina de Jesus Rios Fraga
 Ingrid Jann
 Itapuan Abimael da Silva
 Juliana Lima Palmares Neves
 Marcela Vieira
 Maria Beatriz de Carvalho
 Maria de Fátima Alves Arraes
 Mariana Diniz
 Marta Rosa de Souza Monteiro
 Martha Maria de Oliveira
 Monique Collaço de Moraes
 Stávale
 Murilo Barbosa Salles
 Nairo Brilhante da Silva
 Pamela Lang
 Patrícia Canto
 Patrícia dos Santos Silva
 Paula Eneas
 Pedro Castilho
 Rodrigo Fonseca da Silva Ramos
 Saada Chequer
 Sayonara da Silveira Jorge
 Simone Machado
 Tatiana Forti
 Tatiana Núñez
 Teresa Löwen
 Vanessa Arruda Jorge
 Wander Costa
 Wim Degrave

UNIDADE

Fiocruz Amazônia (ILMD)
 Fiocruz Mato Grosso do Sul
 VPPCB-Coleções
 UNADIG-RJ
 Fiocruz Ceará
 Fiocruz Mata Atlantica
 Escritório de Projetos da Presidência
 Cogetic
 INI
 ICTB
 Fiocruz Paraná (ICC)
 CRIS
 SEFAR
 Fiocruz Bahia (IGM)
 ICICT
 Fiocruz Brasília
 Cogeplan
 Ouvidoria
 IFF
 Cogead
 Fiocruz Minas (IRR)
 Cogic
 CDTs
 Biomanguinhos
 ENSP
 Fiocruz Rondônia
 CCS
 VPPAPS
 Fiocruz Pernambuco (IAM)
 Biobanco Biodiversidade e Saúde
 EPSJV
 Farmanguinhos
 IOC
 Cogepe
 VPPCB
 INCQS
 CQuali
 Gestec
 VPEIC
 COC
 CTBio

6. ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ GESTOR DO PROGRAMA DA QUALIDADE - PGQ

- **Coordenação do Comitê Gestor** – Orienta e acompanha as ações desenvolvidas pelo GE, envolvendo as estruturas vinculadas à Diretoria Executiva, outras vice-presidências e órgãos de Assessoria da Presidência, atuando junto a Secretaria do Comitê Gestor.

- **Secretaria do Comitê Gestor (Coordenadora da Qualidade)** – Responsável por coordenar o Grupo Executivo, assim como fornecer diretrizes e contribuir para a implantação dos Sistemas Locais de Gestão da Qualidade nas unidades da Fiocruz, integrados às práticas gerenciais apoiando a execução da Política da Qualidade Institucional. Tem ainda como atribuição responder pelo SGQ Fiocruz junto à organismos externos e internamente em ações corporativas em Gestão da Qualidade.
- **Grupo Executivo (GE)** – Apoia a implementação dos objetivos e metas do programa de Gestão da Qualidade da Fiocruz, em conformidade com o Manual da Qualidade da Fiocruz, validado pelo Comitê Gestor e aprovado pela Diretoria Executiva. O Grupo Executivo é constituído por profissionais com notório conhecimento em práticas de gestão e normas/regulamentos afetos às diversas áreas de atuação da Fiocruz.
- **Comitê Gestor** – Aprova as diretrizes para implementação da Qualidade na Fiocruz e realiza o Acompanhamento dos Sistemas Locais de Gestão da Qualidade, mediante a realização do diagnóstico dos SLGQ e suas práticas e rotinas gerenciais, com vistas à melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade e ao desenvolvimento institucional.
- **Representantes pela Área da Qualidade nas unidades (RD)** – Responsável pelo desenvolvimento do SLGQ, tendo no limite de sua unidade, a atribuição de propor, acompanhar e avaliar o desenvolvimento da política da qualidade em consonância com as diretrizes institucionais.

7. VIGÊNCIA

A presente Portaria tem vigência a partir da data de sua publicação, revogando a Portaria nº 418/2022-PR de 07/06/2022.



Documento assinado eletronicamente por **JULIANO DE CARVALHO LIMA**, Diretor(a) Executivo, em 07/05/2024, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3835244** e o código CRC **EA18F4B3**.

000237



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ROSELI MONTEIRO DA SILVA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO**, sob o nº. **52-52781-7** desde **24/04/1990**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



Esta certidão tem validade até o dia 16/04/2026.

Chave de validação **ac109ce1a97316183eacf2952781d63de55940d9**

Emitida eletronicamente via internet em 16/01/2026.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CREMERJ:
<https://portal.cremerj.org.br/>

Handwritten signature



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

ROSELI MONTEIRO DA SILVA

Social, no período de 05 de março de 1990 a 06 de março de 1991 (R-I) e na área

[illegible]

de 15 de abril de 1991 a 15 de abril de 1992(R-II), sendo-lhe conferido o título de Especialista, de acordo com a Lei n.º 6.932, de 09 de julho de 1981.

Diretor da ENSP



Mestre João de Deus
F. 1000, 1000, 1000, 1000

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

O Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública,
no uso de suas atribuições, confere o presente

DIPLOMA DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

a **ROSELI MONTEIRO DA SILVA**

filha de ROSIVAL BARBOSA DA SILVA

e de FRANCISCA ROSÁLIA MONTEIRO DA SILVA

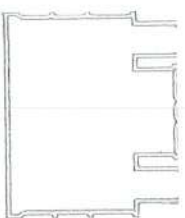
que concluiu, em 1994, estudos de Pós-Graduação, atendendo a
todos os requisitos necessários a obtenção do referido grau.

Rio de Janeiro, 13 de JUNHO de 1995

Mestre

Adelino José C. A. Araújo
Diretor

000240



Ministério da Saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

O Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública,
no uso de suas atribuições, confere o presente

DIPLOMA DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

a ROSELI MONTEIRO DA SILVA

filha de ROSIVAL BARBOSA DA SILVA

e de FRANCISCA ROSÁLIA MONTEIRO DA SILVA

que concluiu, em 1994, estudos de Pós-Graduação, atendendo a todos os requisitos necessários a obtenção do referido grau.

Rio de Janeiro, 13 de JUNHO de 1995.

AB

DECLARAÇÃO

000241

DECLARO para os devidos fins que **GEAN MASCARANHAS GOMES** concluiu o Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, avaliado com conceito 6 pela Capes, fazendo jus ao título de *MESTRE EM ENFERMAGEM*, tendo defendido e aprovada a Dissertação de Mestrado intitulada: “O LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE” em 06 de dezembro de 2024.

Atendendo ao Regulamento do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da EEAN/UFRJ e suas respectivas Normas para Defesa de Dissertação de Mestrado, o discente tem o prazo máximo de 60 (sessenta) dias para a entrega da versão final da Dissertação.

Rio de Janeiro, 26 de dezembro de 2024.



Eliane Maria Batista
Secretária dos Cursos de
PPG/EEAN/UFRJ
SLAPE2361809

000242



e-CIP

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Conselho Federal de Enfermagem INSCRIÇÃO - COREN RJ 058648 ENFERMEIRO		FILIAÇÃO ELISANGELA DE SOUZA MASCARANHAS GOMES GELSON MIRANDA GOMES	
NOME CIVIL GEAN MASCARANHAS GOMES		CFF 164.526.117-47	DATA DE EMISSÃO 29/08/2022
NATURALIDADE/UF/RACIALIDADE SAO JOAO DE MERITI RJ BRASILEIRA		DATA NASCIMENTO 03/08/1998	DATA DE VALIDADE 29/08/2027
		IDENTIDADE 293086429	
 PRESIDENTE		ÓRGÃO EXPEDIDOR DIC  ASSINATURA DO PRESIDENTE	

Os dados biográficos e biométricos apresentados neste documento estão contidos na Carteira de Identidade Profissional original.

Valid



PD



Técnico Gean M.

Hoje às 16:30



000243

[illegible]

000244



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC

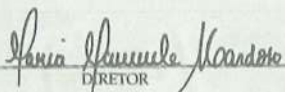
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

A Reitora da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **Enfermagem**, em 12/06/2021, com a colação de grau em 02/07/2021, confere o título de **Bacharel em Enfermagem** a

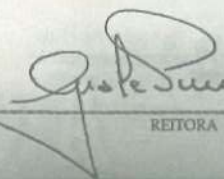
Gean Mascaranhas Gomes

nascido em 03 de agosto de 1998, nacional do Brasil, natural do Rio de Janeiro, cédula de identidade nº 29306642-9, órgão expedidor SECC/RJ, e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2021.


DIRETOR


DIPLOMADO


REITORA

70

000245

CURSO DE ENFERMAGEM

Portaria de Renovação de Reconhecimento nº 563, de 03/12/2020, publicada no DOU de 07/12/2020, Seção 1, Página 47.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DIVISÃO DE DIPLOMAS DA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO - PR-1



CNPJ nº 33.663.683/0001-16

Portaria de Recredenciamento MEC nº 1.077, de 01/11/2013, publicada no DOU nº 214, de 04/11/2013, Seção 1, Página 44.

Diploma registrado sob o nº 76674, processo 23079.225760/2021-52, CPF 164.526.117-47, em 19/08/2021, por delegação de competência do Ministério da Educação, com base na Lei 9394, art. 48, § 1º, de 20 de dezembro de 1996, e do Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017.

Rio de Janeiro, 19/08/2021.

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL

Marcio Luis da Cunha
Subst. Eventual do Chefe
da SERJOD/PR-1
SIAPE: 1783733/UFRJ

Visto:

Érica da Costa Soares Ribeiro - SIAPE 1888810

Substituto Eventual da Função de Diretor da Divisão de Diplomas/PR1/UFRJ

Portaria nº 5.124, de 28/06/2021, publicada no DOU nº 121, de 30/06/2021, Seção 2, Página 36.

10º Ofício de Notas, Avenida Nilo Peçanha, nº 26, Centro-RJ

35º Ofício de Notas, Estrada do Galeão, 2315, loja F, Ilha do Governador.

Profª Gisele Viana Pires
Pró-Reitora de Graduação/PR-1
SIAPE: 0367068/UFRJ

Profª Maria Manuela Vila Nova Cardoso
Vice Diretora - EEAN/UFRJ
SIAPE: 1254121

SÉRIE D

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROFISSIONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO

CONTRATANTE: INSTITUTO DE SAÚDE HUMANIDADE E PESQUISA, com sede na Rua Av. Das Américas, 7935 sala 334 CEP: 22.793-081 Barra da Tijuca -RJ, inscrita no C.N.P.J. sob o nº. 17.517.805/0001-00, neste ato representada por seu Presidente WBIRAJARA ROCHA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, C.P.F. nº. 0 19.032.457-02, residente à Rua: Terra, 121 CEP: 25640-172 Guapimirim – RJ.

CONTRATADO: GEAN MASCARANHAS GOMES brasileiro, solteiro, Carteira de Identidade nº. RG 29.306.642-9 e CPF: nº 164.526.117-47, residente e domiciliado na Rua: Ernesto Cal, 74 Alcântara SG - – Rio de Janeiro – CEP: 24710-500.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições de preço, forma e termo de pagamento a seguir descritas.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:

O objeto do presente contrato é a prestação de serviços como Enfermeiro por parte do **CONTRATADO**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO HORÁRIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS:

Os serviços de que trata a cláusula primeira, serão prestados pelo **CONTRATADO** de 8:00 às 12hs de segunda à sexta-feira.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS HONORÁRIOS:

A título de honorários, pelos serviços prestados, receberá o **CONTRATADO** o valor mensal de R\$ 5.000,00 (mil reais).

PARÁGRAFO ÚNICO: Correrão por conta da **CONTRATANTE** as despesas com refeição e transportes.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA:

A vigência do presente contrato será de um ano, a partir data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DA RESCISÃO:

O presente contrato poderá ser rescindido em qualquer tempo, com aviso por escrito e

antecedência mínima de 10 (dez) dias. A rescisão somente será concretizada com a quitação de honorários, ou fração, eventualmente não quitados.

CLAÚSULA SEXTA - DO REGIME JURÍDICO:

As partes declaram não haver entre si vínculo empregatício.

E por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato em 2 (duas) vias de igual teor, e para um só efeito na presença de duas testemunhas. Elegem ainda, o foro do Rio de Janeiro, em detrimento de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para qualquer ação ou execução decorrente deste contrato.

INSTITUTO DE SAUDE
HUMANIDADE E
PESQUISA:1751780500010
0

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2025.
Assinado de forma digital por
INSTITUTO DE SAUDE
HUMANIDADE E
PESQUISA:17517805000100
Dados: 2025.10.14 13:24:30 -03'00'



Documento assinado digitalmente
GEAN MASCARANHAS GOMES
Data: 14/10/2025 19:41:32-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

Isele f. de Aguiar Pitzer
Nome:
CPF nº: 942.582.877-68

Jaqueline Maria de Souza
Nome:
CPF nº: 313.530.727-03





Gean Mascaranhas Gomes

000248

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/3142636952601031>
ID Lattes: 3142636952601031
Última atualização do currículo em 20/08/2025

Enfermeiro formado pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde pública com ênfase em Saúde da família. Pós graduado em Planejamento e Gestão em Saúde. Mestre em Enfermagem na área de Políticas de Saúde, Gestão e Trabalho na Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ (CONCEITO CAPES 6). Além disso, faz parte do Grupo de Pesquisa Gestão, Educação e Cuidados em Saúde e Enfermagem na UFRJ. Atuou como Enfermeiro de Estratégia em Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro durante quatro anos. Servidor Público no Município de São João de Meriti, atuando no Núcleo de Atenção Primária como Supervisor Técnico de Atenção Primária em Saúde. Além disso, foi Professor Substituto no Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, é Preceptor do Programa Mais Saúde com Agente, do Ministério da Saúde em Parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atua como apoiador Científico da Liga Acadêmica de Atenção à População Negra da UFRJ. Áreas de interesse: Educação, Promoção em Saúde, Saúde Pública, Letramento em Saúde, Gestão e Gerenciamento em Saúde, Políticas Públicas, Raciais e de Gênero. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Gean Mascaranhas Gomes

Nome em citações bibliográficas

GOMES, G. M.; Gomes, Gean Mascaranhas

Lattes iD



<http://lattes.cnpq.br/3142636952601031>

Orcid iD



<https://orcid.org/0009-0004->

Handwritten signature/initials

Cor ou Raça

Preta

**País de
Nacionalidade**

Brasil

Formação acadêmica/titulação**2025**

Doutorado em andamento em Enfermagem.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.
Orientador: Marluci Conceição de Andrade Stipp.
Palavras-chave: Atenção Básica; DCNT; SAÚDE COLETIVA; gerencia do cuidado.

2022 - 2024

Mestrado em Enfermagem.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.
Título: O LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, Ano de Obtenção: 2024.
Orientador: 🇧🇷 Marluci Andrade Conceição Stipp.
Palavras-chave: Saúde Pública; Gestão em saúde; Letramento em saúde; Atenção Básica; DCNT.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem na Gestão e Gerenciamento.

2023 - 2023

Especialização em Planejamento e Gestão em Saúde. (Carga Horária: 360h).
FACULDADE HOLISTICA, FAHOL, Brasil.
Título: Opcional.

2021 - 2023

Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Atenção Primária em Saúde. (Carga Horária: 360h).

IBMR, IBMR, Brasil.

Título: Projeto de experiência - Gestão de equipes e processo de trabalho.

Orientador: Mariana Nogueira Da Motta.

2017 - 2021

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

Título: A comunicação escrita da equipe de enfermagem quanto a técnica e a manutenção do acesso venoso periférico: uma análise dos registros do enfermeiro.

Orientador: Priscilla Valladares Broca.

2014 - 2015

Curso técnico/profissionalizante em Técnico em Enfermagem.

FAG - Escola Técnica, FAG, Brasil.

Formação Complementar

2025 - 2025

Formação de Tutores e Preceptores. (Carga horária: 60h).

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS, Brasil.

2024 - 2024

Introdução às Metodologias Ativas. (Carga horária: 15h).

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

2024 - 2024

Doenças Emergentes (Dengue, Zika Vírus, Chikungunya e outras). (Carga horária: 30h).

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

2022 - 2024



Enfrentamento ao estigma e discriminação de populações em situação de vulne. (Carga horária: 35h).

Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.

2022 - 2023

AUTOCAUIDADO EM SAÚDE E A LITERÁCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. (Carga horária: 60h).

Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.

2022 - 2022

Envelhecimento da População Brasileira. (Carga horária: 8h).
FIOCRUZ BRASILIA, EFG, Brasil.

2022 - 2022

Indicadores de Saúde. (Carga horária: 20h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2022 - 2022

Como elaborar um ensaio teórico? Alguns apontamentos. (Carga horária: 3h).
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

2021 - 2021

Curso de Capacitação para Comissões de Heteroidentificação. (Carga horária: 25h).
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

2020 - 2020

Vírus respiratórios emergentes, incluindo a COVID-19. (Carga horária: 40h).
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

2019 - 2020

Extensão universitária em Programa de Educação Pelo Trabalho ? Educação Interprofissional. (Carga horária: 360h).

Ministério da Saúde, MS, Brasil.

73

2019 - 2019

Educação Interprofissional em
Saúde. (Carga horária: 30h).
Universidade Federal do Rio
Grande do Norte, UFRN, Brasil.

2019 - 2019

Curso de Eletrocardiografia Básica.
(Carga horária: 16h).
Universidade Federal do Rio de
Janeiro, UFRJ, Brasil.

Atuação Profissional

Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

Vínculo institucional

2024 - 2025

Vínculo: Servidor Público,
Enquadramento Funcional:
Professor Substituto, Carga horária:
20

Vínculo institucional

2019 - 2021

Vínculo: Bolsista, Enquadramento
Funcional: Acadêmico
extensionista, Carga horária: 8

**Outras
informações**

Projeto de Extensão PET-
Interprofissionalidade do Ministério
da Saúde, juntamente com a UFRJ
e a Secretaria Municipal de Saúde
do Rio de Janeiro. Atuando na
Clínica Zilda Arns, no Complexo do
Alemão, analisando os principais
problemas relacionados à
comunidade, desenvolvendo
pesquisas e métodos de promoção
de saúde, prevenção e reabilitação,
seja ela física ou emocional.
Conhecendo a comunidade,



conseguimos realizar diversas pesquisas que retratam a realidade do Complexo do alemão e a saúde dos moradores.

Vínculo institucional

2020 - 2020

Vínculo: Colaborador,
Enquadramento Funcional: Monitor
de Anatomia, Carga horária: 8

Outras informações

240h

Vínculo institucional

2019 - 2019

Vínculo: Colaborador,
Enquadramento Funcional: Monitor
de Anatomia

Outras informações

240h totais

Vínculo institucional

2018 - 2018

Vínculo: Bolsista, Enquadramento
Funcional: Monitor de Anatomia
pelo ICB/UFRJ, Carga horária: 8

Outras informações

240 horas

Atividades

05/2020 - 07/2021

Pesquisa e desenvolvimento,
Escola de Enfermagem Anna Nery.



Linhas de pesquisa
 Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Gestão em Saúde e Exercício
 Profissional em Enfermagem

**05/2020 -
 01/2021**

Extensão universitária , Escola de
 Enfermagem Anna Nery.

Atividade de extensão realizada
 Saberes em saúde: circulação de
 saberes dentro e fora da
 universidade.

**03/2020 -
 01/2021**

Extensão universitária , Escola de
 Enfermagem Anna Nery.

Atividade de extensão realizada
 'Foi sem querer': os acidentes e a
 violência no contexto da criança e
 do adolescente, e, a educação em
 saúde com abordagem lúdica.

**02/2019 -
 02/2020**

Extensão universitária , Escola de
 Enfermagem Anna Nery.

Atividade de extensão realizada
 Ações de Extensão para Prevenção
 de Empobrecimento do Doente de
 Tuberculose Droga Resistente..

Prefeitura Municipal de São João de Meriti, PMSJM, Brasil.

Vínculo institucional

2024 - Atual

Vínculo: Servidor Público,
 Enquadramento Funcional:
 Enfermeiro, Carga horária: 30

Outros

DP

**Outras
informações**

000255

Enfermeiro Supervisor de Atenção
Primária da Secretaria Municipal de
Saúde

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, PM/RJ, Brasil.

Vínculo institucional

2021 - 2024

Vínculo: Celetista, Enquadramento
Funcional: Enfermeiro de ESF,
Carga horária: 40, Regime:
Dedicação exclusiva.

**Outras
informações**

Enfermeiro de Estratégia de Saúde
da Família em Centro Municipal de
Saúde e Clínicas da Família do
Município do Rio de Janeiro.
Atuando em favelas e complexos.

Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do RJ, FAPERJ, Brasil.

Vínculo institucional

2020 - 2021

Vínculo: Bolsista, Enquadramento
Funcional: Aluno de Iniciação
Científica, Carga horária: 12

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil.

Vínculo institucional

2025 - Atual

Vínculo: Bolsista, Enquadramento
Funcional: Preceptor do Programa
Mais Saúde com Agente, Carga
horária: 12

22

Linhas de pesquisa

1.

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Objetivo: Iniciação científica na área da Segurança do Paciente, visando melhorar a qualidade dos serviços de setores de saúde, a partir de estudos levantados observamos como podemos melhorar comunicação entre equipes, entre paciente e profissional, a partir de dados analisados durante o processo de construção do estudo. O grupo de pesquisa é orientado pela Prof^a Dr^a Priscilla Broca, da UFRJ/EEAN..

Grande área: Ciências da Saúde

Setores de atividade: Atividades de vigilância, segurança e investigação.

Palavras-chave: Segurança do paciente.

2.

Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem

Objetivo: Discutir sobre a gerência e o gerenciamento do cuidado de enfermagem, os modelos assistenciais e a metodologia da assistência de enfermagem na clientela sob cuidados especializados..

Grande área: Ciências da Saúde

Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.

Palavras-chave: Gestão em saúde; enfermagem; gerência do cuidado.

Projetos de pesquisa

2020 - 2021

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A
COMUNICAÇÃO ESCRITA:
CONTRIBUIÇÕES PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE



Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.
Alunos envolvidos: Graduação: (3) .

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Integrante / Priscilla Broca - Coordenador.
Financiador(es): Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do RJ - Bolsa.

Projetos de extensão

2020 - 2021

Saberes em saúde: circulação de saberes dentro e fora da universidade

Descrição: "Participação nas Rodas de Conversa e na Exposição A Saberes em Roda serão encontros mensais realizados no espaço da universidade com a finalidade de promover dialogicidade entre pessoas com diferentes saberes sobre um mesmo tema. O Observatório de favelas é um importante parceiro nesta atividade. A Saúde em exposição propõe circular resultados de pesquisa através de exposições direcionadas ao público em geral. Com caráter itinerante, os estudantes participantes atuarão como guias na exposição onde ela for instalada, acompanhando os visitantes, interagindo para as eventuais dúvidas ou comentários. A COC/Fiocruz e o Portal de Boas Práticas/IFF/Fiocruz são nossos parceiros nessa ação. Os alunos ingressantes no projeto receberão capacitação para atuação como guias nas exposições e também para atuarem como mediadores em Rodas de Conversa. " - Andreza Rodrigues.

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.
Alunos envolvidos: Graduação: (10) .

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Integrante / ANDREZA RODRIGUES - Coordenador.



'Foi sem querer': os acidentes e a violência no contexto da criança e do adolescente, e, a educação em saúde com abordagem lúdica.

Descrição: "Projeto de extensão que visa motivar o empoderamento da comunidade sobre a prevenção de acidentes em crianças e adolescentes, utilizando materiais lúdicos criados a partir das demandas apresentadas pelo público alvo com o intuito de provocar sensibilidades e reflexões críticas para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade por causas externas. Construir instrumentos didáticos com material reciclável ou de baixo custo que auxiliem na estratégia de fixação e interação dialógica para as orientações, quanto a segurança domiciliar e demais espaços da comunidade." - Tania Vignuda.

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (20)

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Integrante / Tânia Vignuda - Coordenador / Lia Leao Ciuffo - Integrante.

2020 - 2020

Salvando Vidas

Descrição: Aulas praticas de como lidar com emergencias e primeiros socorros em ambientes públicos.

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Coordenador / FATIMA CARNEIRO FERNANDES - Integrante.

2019 - 2021

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde - Interprofissionalidade

Descrição: Este projeto de extensão

DP

e fruto de uma parceria de 5 cursos de graduação em saúde da UFRJ, a saber, Psicologia, Medicina, Odontologia, Saúde Coletiva e Enfermagem, que tem como objetivo promover Educação Interprofissional dos estudantes, no encontro com profissionais do SUS que desenvolvem suas atividades da Atenção Primária à Saúde. Este projeto surge a partir do edital do Ministério da Saúde n 10 de 23 de julho 2018 - Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019, publicado em Diário Oficial de 24/07/2018. A integração ensino-serviço-comunidade acontecerá a partir do trabalho conjunto de docentes e discentes dos cursos mencionados..
 Situação: Concluído; Natureza: Extensão.
 Alunos envolvidos: Graduação: (30)

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Integrante / Carlos Pequeno da Silva Junior - Integrante / JOSE GUILHERME SILVA ALVES - Integrante / WAGNER BRITO DE BÁRROS - Integrante / Dâmaris Ramos - Integrante / Mirella Giongo - Integrante / TATIANA CLARKSON - Integrante / Leonardo Graever - Coordenador / Karina da Silva Assis Corrêa - Integrante / Angela Rodrigues Souza e Silva - Integrante / Alex Silva Rangel - Integrante / Rosilene Rocha Palasson - Integrante.

2018 - 2019

Prevenção do empobrecimento de Tuberculose Droga Resistente

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Integrante / Maria Catarina Salvador da Motta - Coordenador / Carlos Pequeno da Silva Junior - Integrante.

27

2020 - 2021

**LIGA ACADEMICA DE
ENFERMAGEM EM SAÚDE DA
POPULAÇÃO NEGRA (LAESPNE)**

Descrição: Fundada em 2020, a LIGA ACADEMICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (LAESPNE), é a primeira Liga no Brasil que tem interesses e atravessamentos principalmente raciais, com interesse em discutir racismo, negritude, branquitude, todos os temas que atravessam e estão relacionados com a saúde do povo negro. A Liga tem cerca de 20 pessoas em sua primeira gestão, e a sua primeira turma conta com cerca de 70 participantes do Brasil inteiro de diversas raças, cores e etnias..

Situação: Concluído; Natureza: Ensino.

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Coordenador / Maria da Soledade Simeão dos Santos - Integrante / Cecília Maria Izidoro Pinto - Integrante.

2019 - 2019

**LIGA ACADEMICA DE
ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA**

Descrição: Integrou a LIGA ACADEMICA DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA da EEAN/UFRJ, participando como vice-presidente da LIGA durante uma gestão.

Situação: Concluído; Natureza: Ensino.

Integrantes: Gean Mascaranhas Gomes - Coordenador / JULIA GONÇALVES ESCOSSIA CAMPOS - Integrante / Deyse Conceição Santoro Batista - Integrante.

Periódico: Nursing Depths Series

2025 - Atual

Periódico: TEMPUS ACTAS DE
SAÚDE COLETIVA

Áreas de atuação

1.

Grande área: Ciências da Saúde /
Área: Enfermagem.

2.

Grande área: Ciências da Saúde /
Área: Enfermagem / Subárea:
Enfermagem em Saúde Coletiva.

3.

Grande área: Ciências da Saúde /
Área: Enfermagem / Subárea:
Enfermagem na Gestão e
Gerenciamento.

4.

Grande área: Ciências da Saúde /
Área: Enfermagem / Subárea:
Enfermagem em Saúde do Adulto e
do Idoso.

5.

Grande área: Ciências da Saúde /
Área: Enfermagem / Subárea:
Saúde Pública.

6.

Grande área: Ciências da Saúde /
Área: Enfermagem / Subárea:
Educação Interprofissional.

Prêmios e títulos

2025

1 LUGAR - PRÊMIO ARTE DE
CUIDAR - MARCOS OTAVIO
VALADAO, ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA



2024

Aprovação em Concurso Público para Enfermeiro do Município de São João de Meriti, Prefeitura de São João de Meriti.

2024

Aprovação em Concurso Público para Professor Substituto na Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

2024

Prêmio Regina Gollner Zeitone por melhor trabalho de pesquisa desenvolvido no âmbito da Pós Graduação Strictu Sensu em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

2021

Melhor Trabalho em Sessão de Apresentação do Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2020

Menção Honrosa e Primeiro Lugar pelo trabalho "AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA ATRAVÉS DO DO PROGRAMA PET-SAÚDE-INTERPROFISSIONALIDADE UFRJ", Universidade Federal Fluminense - Instituto de Saúde de Nova Friburgo - Curso de Odontologia.

2020

Prêmio Edma Rodrigues Valadão, pelo trabalho, EEAN - ABEn-RJ - SindEnfRJ.

2019

Menção Honrosa ao trabalho REFLEXÕES ACERCA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO



2019

Menção Honrosa ao trabalho
CRIATIVIDADE NA ÁREA DA
SAÚDE: FERRAMENTA DE
INCLUSÃO E SUPORTE SOCIAL,
Universidade Federal do Rio de
Janeiro.

2019

Menção Honrosa ao trabalho
CAMINHOS PARA FORMAÇÃO
INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE
- PROVOCAÇÕES A PARTIR DO
PET-SAÚDE UFRJ, Universidade
Federal do Rio de Janeiro.

2019

Menção Honrosa ao trabalho
MODELO DE ATENÇÃO NA APS:
O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO, Universidade Federal
do Rio de Janeiro.

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica



1.

Gomes, Gean Mascaranhas; ASSIS, GIULIA
GAZINEO TRINDADE ; SILVA, SANDRA CRISTINA
DE SOUZA BORGES ; TROTTE, LIANA AMORIM
CORRÊA ; STIPP, MARLUCI ANDRADE
CONCEIÇÃO . Health team practices to improve
vaccination coverage of children in a favela. REVISTA
DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP JCR, v. 59, p.
1-7, 2025.

Resumos publicados em anais de congressos

1.

★ GOMES, G. M.; GIONGO, M. ; MELICIO, T. ; CLARKSON, T. ; BERALDO, G. T. B. ; MAIA, M. R. . A POTÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE, DA EDUCAÇÃO POPULAR E DO ENCONTRO COM AS COMUNIDADES DO RIO DE JANEIRO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. In: I Seminário Nacional de Experiências na Educação Interprofissional Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2020, Dourados, MS. 1º SEMINÁRIO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS NA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL, 2020. v. 4. p. 1-319.

2.

★ GOMES, G. M.; GIONGO, M. ; MACIEL, L. S. ; MAIA, M. R. ; CORREA, K. S. A. ; SILVA, A. R. S. E. ; CLARKSON, T. ; MELICIO, T. . A POTÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE, DA EDUCAÇÃO POPULAR E DO ENCONTRO COM AS COMUNIDADES DO RIO DE JANEIRO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. In: I Seminário Nacional de Experiências na Educação Interprofissional, 2020, Mato Grosso do Sul. 1º SEMINÁRIO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS NA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL. Dourados, MS: Revista Barbaquá de Extensão e Cultura Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários, 2020. v. 4. p. 1-319.

Artigos aceitos para publicação

1.

★ GOMES, G. M.; ASSIS GGT ; SILVA SCB ; TROTTE, L. A. C. ; STIPP, M. A. C. . Estratégias de uma equipe de saúde para melhoria da cobertura vacinal de crianças em uma favela do Rio de Janeiro. REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP JCR, 2025.

Apresentações de Trabalho

1.



GOMES, G. M.; TROTTE, L. A. C. ; STIPP, M. A. C.

GOMES, G. M.; TROTTE, L. A. C. ; STIPP, M. A. C. .
O LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA - PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 2024. (Apresentação
de Trabalho/Seminário).

2.

GOMES, G. M.; STIPP, M. A. C. ; TROTTE, L. A. C. .
O LETRAMENTO EM SAÚDE NA GESTÃO DO
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. 2023.
(Apresentação de Trabalho/Congresso).

3.

GOMES, G. M.; **BROCA, P.** ; DUARTE, S. C. M. . O A
EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO
ESCRITA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA
DO PACIENTE. 2023. (Apresentação de
Trabalho/Congresso).

4.

GOMES, G. M.; **BROCA, P.** ; DUARTE, S. C. M. . A
EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO
ESCRITA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA
DO PACIENTE,. 2022. (Apresentação de
Trabalho/Congresso).

5.

SILVA, T. L. ; **GOMES, G. M.** ; LIMA ; GONCALVES,
M. B. ; GONCALVES, T. S. ; ANANIAS, L. S. . APS E
SISTEMA SOCIOEDUCATIVO: PERCEPÇÃO DO
CUIDADO COMPARTILHADO NARRADO POR UMA
RESIDENTE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UMA UNIDADE DO DEGASE NO
MUNICÍPIO DO RJ. 2022. (Apresentação de
Trabalho/Congresso).

6.

OLIVEIRA, J. T. S. ; **GOMES, G. M.** ; RANGEL, A. S. ;
GIONGO, M. ; SOARES, S. C. C. C. . AÇÕES DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE EM TEMPOS DE
PANDEMIA ATRAVÉS DO PROGRAMA PET-SAÚDE
INTERPROFISSIONALIDADE UFRJ. 2021.
(Apresentação de Trabalho/Seminário).

7.

★ GOMES, G. M.; BROCA, P. . A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO ESCRITA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. 2020. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

8.

GOMES, G. M.; MELICIO, T. ; MAIA, M. R. ; MACIEL, L. S. ; CORREA, K. S. A. ; ALVES, J. G. S. ; BERALDO, G. T. B. ; CLARKSON, T. . A POTÊNCIA DA INTERPROFISSIONALIDADE, DA EDUCAÇÃO POPULAR E DO ENCONTRO COM AS COMUNIDADES DO RIO DE JANEIRO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. 2020. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

9.

GOMES, G. M.; GIONGO, M. ; CORREA, K. S. A. ; OLIVEIRA, J. T. S. ; PALASSON, R. R. ; SENA, T. S. ; RANGEL, A. S. ; MAIA, M. R. ; BARBOSA, J. A. . PRODUÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS PELO PROGRAMA PET - SAÚDE - INTERPROFISSIONALIDADE UFRJ. 2020. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

10.

GOMES, G. M.; GIONGO, M. ; CORREA, K. S. A. ; OLIVEIRA, J. T. S. ; PALASSON, R. R. ; SENA, T. S. ; RANGEL, A. S. ; MAIA, M. R. ; BARBOSA, J. A. . PRODUÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS PELO PROGRAMA PET - SAÚDE - INTERPROFISSIONALIDADE UFRJ. 2020. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

11.

SILVA JUNIOR, C. P. ; MOTTA, M. C. S. ; GOMES, G. M. ; OLIVEIRA, A. C. C. G. ; RODRIGUES, A. ; CAMPOS, J. G. E. ; CAVALCANTE, J. C. S. S. . CRIATIVIDADE NA ÁREA DA SAÚDE: FERRAMENTA DE INCLUSÃO E SUPORTE SOCIAL. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

12.

★ **GOMES, G. M.**; RODRIGUES, F. J. F. ; ALVES, J. G. S. ; BARROS, W. B. ; RAMOS, D. ; OLIVEIRA, E. P. ; MELICIO, T. ; ROCHA, N. M. ; ALVES, T. P. ; **GIONGO, M.** . MAPEAMENTO DAS POTENCIALIDADES TERRITORIAIS PRODUTORAS DE SAÚDE NO ALEMÃO. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

13.

GOMES, G. M.; RAMOS, D. ; **CLARKSON, T.** ; VIEIRA, E. ; **GIONGO, M.** . REFLEXÕES ACERCA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO,. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

14.

GOMES, G. M.; SILVA JUNIOR, C. P. ; **MOTTA, M. C. S.** ; OLIVEIRA, A. C. C. G. ; **CAMPOS, J. G. E.** ; **RODRIGUES, A.** . CRIATIVIDADE NA ÁREA DA SAÚDE: FERRAMENTA DE INCLUSÃO E SUPORTE SOCIAL. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

15.

GOMES, G. M.; MARINHO, G. . OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO ESCOLARIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

16.

GOMES, G. M.; **GIONGO, M.** ; MELICIO, T. ; MAIA, M. R. ; **CLARKSON, T.** . CAMINHOS PARA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE - PROVOCAÇÕES A PARTIR DO PET-SAÚDE UFRJ,. 2019. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

17.

GOMES, G. M.; MARINHO, G. ; CONSTANTINO, M. Q. . CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM

Produção técnica

Redes sociais, websites e blogs

1.

★ **GOMES, G. M.**; RANGEL, A. S. ; MAIA, M. R. ;
CORREA, K. S. A. ; PALASSON, R. R. ; **GIONGO, M.**
; OLIVEIRA, J. T. S. ; MACIEL, L. S. . SAÚDE BUCAL
X NOVO CORONAVÍRUS-MATERIAIS EDUCATIVOS
EM SAÚDE SOBRE COVID 19- EDUCAÇÃO
POPULAR.. 2020; Tema: Desenvolvimento de
Material didático instrucional. (Rede social).

2.

GOMES, G. M.; MAIA, M. R. ; MACIEL, L. S. ;
OLIVEIRA, J. T. S. ; **GIONGO, M.** ; PALASSON, R. R.
; SOARES, S. C. C. C. ; CORREA, K. S. A. . COVID
19: HIGIENE ORAL PARA PACIENTES
INTERNADOS, CONSCIENTES, ORIENTADOS E EM
AR AMBIENTE.. 2020; Tema: Desenvolvimento de
Material didático instrucional. (Rede social).

3.

GOMES, G. M.; MAIA, M. R. ; **GIONGO, M.** ;
PALASSON, R. R. ; CORREA, K. S. A. ; SOARES, S.
C. C. C. . COVID 19: HIGIENE ORAL COMO ALIADA
AOS PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.. 2020. (Rede
social).

4.

GOMES, G. M.; MAIA, M. R. ; **GIONGO, M.** ;
SOARES, S. C. C. C. ; PALASSON, R. R. ; CORREA,
K. S. A. ; OLIVEIRA, J. T. S. . PRINCIPAIS
CUIDADOS PARA SE PROTEGER DO
CORONAVÍRUS- EDUCAÇÃO POPULAR. 2020;
Tema: COVID-19. (Rede social).

5.

CORREA, K. S. A. ; **GOMES, G. M.** ; **GIONGO, M.** ;
 PALASSON, R. R. ; MAIA, M. R. ; OLIVEIRA, J. T. S. ;
 RANGEL, A. S. . COVID 19: QUAL A IMPORTÂNCIA
 DO USO DA MÁSCARA E COMO USÁ-LA?
 EDUCAÇÃO POPULAR.. 2020; Tema: COVID-19.
 (Rede social).

Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1.

ASSIS GGT; TROTTE, L. A. C.; **Gomes, Gean Mascaranhas**. Participação em banca de Helena Luisa Generine Azambuja Ribeiro. COPING ESPIRITUAL E RELIGIOSO NO ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES. 2025.

2.

Gomes, Gean Mascaranhas; TROTTE, L. A. C.; ASSIS GGT. Participação em banca de JULIANA ALVES DO ESPIRITO SANTO. A REDE DE APOIO COMO FACILITADORA DO COPING NO CUIDADO A PACIENTES CARDIOVASCULARES. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1.



II Seminário de Atenção à Saúde da População Negra.A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra. 2024. (Seminário).

000270

2.

XIV Seminário de Internacionalização da Produção do Conhecimento em Enfermagem (SINPEN).O LETRAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 2024. (Seminário).

3.

V Jornada de Infectologia para Atenção Primária. 2022. (Outra).

4.

Jornada Acadêmica de Saúde da População Negra. 2021. (Outra).

5.

XLII Jornada Giulio Massarani de Iniciação Científica, Tecnológica, Artística e Cultural (JICTAC 2020 - Edição Especial). o A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO ESCRITA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. 2021. (Congresso).

6.

XLII Jornada Giulio Massarani de Iniciação Científica, Tecnológica, Artística e Cultural (JICTAC 2020 - Edição Especial). Construções e escrevivências : relato de experiência da implementação da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da População Negra,. 2021. (Congresso).

7.

10ª Semana de Integração Acadêmica da UFRJ. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS CADASTRADA POR EQUIPES DE SAÚDE DA

8.

10ª Semana de Integração Acadêmica da UFRJ.
REFLEXÕES ACERCA DO ACOLHIMENTO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) EM UMA
CLÍNICA DA FAMÍLIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO,,
2019. (Congresso).

9.

10ª Semana de Integração Acadêmica da UFRJ.
OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO
ESCOLARIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO. 2019. (Congresso).

10.

10ª Semana de Integração Acadêmica da UFRJ.
MAPEAMENTO DAS POTENCIALIDADES
TERRITORIAIS PRODUTORAS DE SAÚDE NO
ALEMÃO. 2019. (Congresso).

11.

22º Congresso Brasileiro dos Conselhos de
Enfermagem. CRIATIVIDADE NA ÁREA DA SAÚDE:
FERRAMENTA DE INCLUSÃO E SUPORTE
SOCIAL,. 2019. (Congresso).

12.

4º Olimpíada de Anatomia da Elsevier. 2019.
(Olimpíada).

13.

Diagnósticos de Enfermagem sobre Saúde Mental da
Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de
Enfermagem (LASAE/EEAN),. 2019. (Oficina).

14.



I Simpósio Interdisciplinar em Saúde da Univeritas Rio
? ?Doenças Cardiovasculares: múltiplas faces do
cuidado em saúde?.Oficina de Ressuscitação Cardio-
Pulmonar. 2019. (Simpósio).

15.

Solenidade de abertura da 80ª Semana Brasileira de
Enfermagm- - SBEn. 2019. (Simpósio).

16.

XIII Simpósio de Trauma e Emergência - LATES
UFRJ. 2019. (Simpósio).

17.

3ª Olimpíada de Anatomia da Elsevier. 2018.
(Olimpíada).

18.

I SEMINARIO DE EXTENSAO COMUNICAÇÃO DE
MAS NOTICIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS. 2017.
(Seminário).

19.

31ª Semana da Enfermagem do Hospital Geral de
Nova Iguaçu. 2015. (Simpósio).

20.

5ª Semana da Enfermagem FAG. 2015. (Simpósio).

21.

4ª Semana de Enfermagem. 2014. (Simpósio).