



**INSTITUTO
SANTA DULCE**

PROGRAMA DE TRABALHO

PARA GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO
DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE PRONTO ATENIDMENTO CONFORME
EDITAL DE SELEÇÃO N° 002/2024

APRESENTAÇÃO

O Instituto Santa Dulce (ISD) localizado no município de Pariquera-Açu, São Paulo, Brasil, é uma Organização Social (OS), de direito privado, sem fins lucrativos, que atua na gestão de serviços de saúde. Fundado em 2019, o ISD tem se tornado referência na administração de estabelecimentos de saúde por meio da execução de projetos inovadores, com foco na qualidade e eficiência do serviço oferecido.

Pautado nos princípios da ética, da valorização profissional e do desenvolvimento regional, o ISD é uma OS que busca atender as demandas de saúde local, assim como qualificar a equipe de trabalho dos serviços que administra. Ademais, os planos de atuação do ISD detém como premissa básica a melhoria dos indicadores de saúde das regiões onde atua.

Com equipe técnica altamente qualificada, além da gestão, o ISD também desenvolve ações nas áreas de Ensino e Consultoria em Saúde. Em todos os cenários de atuação do ISD são resguardados os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja assistência clínica está alicerçada na humanização e na valorização da vida.

Em 2020 o ISD iniciou seu processo de expansão no território do Estado de São Paulo, a fim de tornar-se referência no modelo de gestão pública de saúde, por meio de processo de trabalho eficiente e resolutivo. No contexto de gestão de serviços de urgência e emergência, atualmente o ISD promove o gerenciamento de serviços nessa modalidade nos municípios de Sete Barras, Iporanga, Registro, Pedro de Toledo e Guapiara.

Diante ao exposto, este Programa de Trabalho tem como finalidade geral apresentar as ações que serão desenvolvidas pelo ISD na gestão para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de Pronto Atendimento no município de Registro-SP. Destaca-se, que o mesmo foi elaborado em conformidade com o Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 002/2024.



Rua Ferruccio Padovani, nº 57, Sala 1, Jardim Elvira Zanella I, Pariquera-Açu/SP

+ 55 (13) 3856-2019

diretoria@institutosantadulce.org.br

<https://institutosantadulce.org.br/>



SUMÁRIO

1	INSTITUTO SANTA DULCE.....	7
1.1	DADOS CADASTRAIS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	7
1.2	BREVE HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	7
1.2.1	Finalidades do Instituto Santa Dulce.....	10
1.3	METODOLOGIA DE TRABALHO DO INSTITUTO SANTA DULCE.....	11
1.4	PROTOCOLOS DO INSTITUTO SANTA DULCE.....	15
1.4.1	Protocolos assistenciais e de gestão.....	15
1.4.1.1	Protocolos de assistência médica.....	17
1.4.1.2	Protocolos de assistência de enfermagem.....	18
1.4.1.3	Protocolos do serviços de farmácia.....	18
1.4.1.4	Protocolos de organização e atividades de apoio.....	19
1.4.1.5	Protocolos de atividades administrativas e financeiras.....	19
1.5	POLÍTICAS DO INSTITUTO SANTA DULCE.....	19
1.5.1	Regulamentos gerais.....	21
2	PROGRAMA DE TRABALHO.....	23
2.1	OBJETIVOS.....	22
2.1.1	Objetivo geral.....	23
2.1.2	Objetivos específicos.....	23
2.2	RESULTADOS ESPERADOS.....	25
2.3	JUSTIFICATIVA.....	27
3	DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE TRABALHO.....	29
3.1	DIRETRIZES DOS ATENDIMENTOS NO PRONTO ATENDIMENTO.....	32
3.2	ÁREAS DE ATIVIDADES.....	34
3.2.1	Atividades assistenciais a serem executadas.....	34
3.2.2	Atividades voltadas para serviços administrativos e de apoio.....	38

3.3	HUMANIZAÇÃO NO PRONTO ATENDIMENTO.....	51
3.4	ETAPAS DO ATENDIMENTO NO PRONTO ATENDIMENTO.....	56
3.5	ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.....	60
3.6	ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	65
3.6.1	Gestão de pessoas.....	65
3.6.2	Dimensionamento de pessoal.....	67
3.6.3	Composição da equipe.....	67
3.7	AÇÕES VOLTADAS A QUALIDADE.....	70
3.7.1	Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e produtividade.....	71
3.7.2	Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho.....	73
3.7.3	Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação.....	77
3.7.3.1	Atendimento ao usuário.....	78
3.7.3.2	Direitos e deveres do usuário.....	79
3.7.3.3	Pesquisa de satisfação.....	92
3.7.3.4	Ouvidoria.....	95
3.7.4	Monitoramento e garantia da qualidade da informação.....	96
3.7.5	Planos de qualidade da organização social.....	100
3.8	FLUXOS ASSISTENCIAIS INTERNOS DO PRONTO ATENDIMENTO.....	104
3.8.1	Recepção e classificação de risco.....	104
3.8.2	Sistema de informações.....	110
3.8.3	Atendimento no eixo verde.....	112
3.8.4	Atendimento no eixo vermelho.....	112
3.8.5	Sala de observação.....	113
3.8.6	Leitos de observação.....	113
3.8.7	Fluxos para solicitação e realização de exames.....	113
3.8.8	Processo de controle e infecção e esterilização.....	114
3.8.8.1	Fluxo da limpeza no serviço de saúde.....	125

3.8.9	Organização interna as comissões assistenciais.....	129
3.8.10	Operacionalização da capacitação continuada.....	130
3.8.11	Operacionalização e controle de visitas.....	138
3.8.12	Operacionalização e controle da assistência farmacêutica, insumos e materiais.....	139
3.8.13	Fluxo de medicamentos na unidade de pronto atendimento.....	144
3.8.14	Fluxo de enxoval hospitalar na unidade de pronto atendimento.....	147
3.8.15	Fluxo de referência e contrarreferência.....	152
3.9	PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCELO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	157
3.10	PROPOSTA PARA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS.....	162
3.11	PROPOSTA DE SEGURANÇA PATRIMONIAL E CONTROLADOR DE ACESSO.....	164
3.12	PROPOSTA PARA FORNECIMENTO DE GASES MEDICINAS.....	166
3.13	PROPOSTA PARA ECONOMICIDADE NO USO DE ÁGUA / ENERGIA ELÉTRICA.....	168
3.14	PROPOSTA PARA DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA POR GERADOR.....	172
3.15	PROPOSTA PARA O CONTROLE DE RESÍDUOS SÓLIDOS (PGRSS).....	174
3.16	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).....	176
3.17	PLANO DE CONTINGÊNCIA.....	181
3.18	INDICADORES DO PRONTO ATENDIMENTO.....	183
3.18.1	Indicadores de monitoramento.....	183
3.18.2	Indicadores de desempenho.....	184
3.18.3	Metas.....	184
3.18.4	Indicadores qualitativos.....	184
3.18.5	Indicadores quantitativos.....	188
3.18.6	Indicadores de avaliação do programa de trabalho.....	190
3.18.7	Acompanhamento e monitoramento do programa de trabalho.....	195
3.19	PREVISÃO DE INÍCIO E TÉRMINO DO PROGRAMA DE TRABALHO.....	201
3.20	CUSTEIO DO PROGRAMA DE TRABALHO.....	201
4	QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.....	203

5	INCREMENTO DE ATIVIDADES E INOVAÇÃO NO ATENDIMENTO.....	205
	REFERÊNCIAS.....	206
	ANEXO A – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	213
	ANEXO B – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	357
	ANEXO C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM.....	370
	ANEXO D – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	419
	ANEXO E – PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO E ATIVIDADES DE APOIO.....	459
	ANEXO F – PROTOCOLO DE ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS.....	472
	ANEXO G – REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS.....	479
	ANEXO H – REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL.....	490
	ANEXO I – REGULAMENTOS DAS COMISSÕES DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	519
	ANEXO J – FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO.....	586
	ANEXO K – MODELO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES.....	588
	ANEXO L – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA <i>PERFORMANCE</i> PROFISSIONAL.....	590
	ANEXO M – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	593
	ANEXO N – PLANO DE CONTINGÊNCIA.....	605
	APÊNDICES – ESTABELECIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA GERENCIADOS PELO INSITITUTO SANTA DULCE NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	621

1 INSTITUTO SANTA DULCE

A seguir será apresentado de forma detalhada o Programa de Trabalho do ISD para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações de serviços de Pronto Atendimento no município de Jacupiranga-SP, conforme modelo de gestão do ISD e as orientações contidas no Termo de Referência associado ao Edital N° 002/2024.

1.1 DADOS CADASTRAIS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

O Quadro 1 mostra os dados cadastrais do ISD com o seu respectivo representante legal.

Quadro 1. Dados cadastrais do Instituto Santa Dulce.

DADOS CADASTRAIS		
Entidade proponente: Instituto Santa Dulce		CNPJ: 35.764.774/0001-73
Endereço: Rua Ferrucio Padovani, n° 57, sala 01 – Jardim Elvira Zanella I		
Cidade: Pariquera-Açu	UF: São Paulo	CEP: 11.930-000
Contato: (13) 3856-2019	E-mail: diretoria@institutosantadulce.org.br	Site: https://institutosantadulce.org.br/
Nome do Responsável: Felipe dos Santos Mesquita		CPF:
Cargo: Presidente		Função: Responsável Legal

Fonte: Elaboração própria.

1.2 BREVE HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Fundado em 2019, o ISD é uma organização civil de direito privado, sem fins lucrativos situada no município de Pariquera-Açu, São Paulo, Brasil. Criada inicialmente com o propósito em melhorar os serviços de saúde da região do Vale do Ribeira, em 2020 o

iniciou seu processo de expansão no Estado de São Paulo, com objetivo em se tornar referência na gestão de serviços de saúde.

O município no qual o ISD está localizado situa-se no Vale do Ribeira. Especificamente é um dos 15 municípios que fazem parte do Departamento Regional de Saúde XII (DRS XII – Registro-SP). A população inserida na DRS XII, em 2022 era de aproximadamente 300 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), majoritariamente dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Vale do Ribeira apresenta grandes desafios no que se refere à melhoria da qualidade de vida da população local e isso envolve resolutividade dos serviços de saúde da região. Ademais, é possível destacar que o elevado número de usuários do SUS, em conjunto com as doenças que acometem a população do Vale do Ribeira, repercute na necessidade de atuação conjunta do poder público com o setor privado.

Para o ISD, o Vale do Ribeira representa um campo fértil de aprendizado constante sobre o gerenciamento de serviços de saúde. Neste contexto, o ISD foi criado exatamente com o propósito em gerenciar e melhorar os serviços de saúde oferecidos para população. Ressalta-se que a dinâmica na oferta de serviços de saúde no Vale do Ribeira, exige dos diferentes tipos de serviços, tanto público quanto privado, gestão eficiente para melhorar os indicadores de saúde local. De forma análoga, a mesma realidade também é vivenciada em outras regiões do Estado de São Paulo e do Brasil.

Nos últimos anos, a equipe e direção se dedicaram ao aperfeiçoamento das competências de gestão inerentes ao SUS. Além disso, diariamente buscam conhecer os indicadores de saúde e as características dos locais onde atua. O ISD compreende que desafios são grandes quando se trata da gestão de serviços de saúde e da preservação da vida. Logo, o instituto permanece na busca constante pela renovação e qualificação do trabalho oferecido junto à gestão pública.

A premissa básica do ISD é trabalhar com profissionais qualificados, preferencialmente que conheçam a realidade do local onde residem. O ISD atua na gestão, assistência e capacitação para oferecer um serviço de saúde eficiente aos municípios nos quais está inserido. Para isso, o ISD detém sua missão, visão e valores, que serão apresentados a seguir.

- ❖ **Missão:** promover a proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde à população por meio de abordagem ética e humanizada, valorizando a vida e a

dignidade humana.

- ❖ **Visão:** tornar-se referência no modelo de gestão de serviços de saúde do Estado de São Paulo e do Brasil.
- ❖ **Valores:** a Figura 1 mostra os valores do ISD.



Figura 1. Valores do Instituto Santa Dulce.

Fonte: Elaboração própria.

- a) **Compromisso:** o ISD tem como compromisso a gestão eficiente dos serviços de saúde e assistência em saúde direcionada a valorização da vida.
- b) **Ética:** o ISD atua com respeito aos valores da sociedade e dos princípios que norteiam as condutas do bom convívio entre as pessoas.
- c) **Respeito:** o ISD trabalha em respeito à vida e a dignidade humana.
- d) **Educação:** no campo da educação, o ISD atua para transformar vidas e capacitar recursos humanos para gestão eficiente dos serviços de saúde.
- e) **Trabalho:** o ISD tem como valor oferecer um produto (serviço) de qualidade a população que atende, em especial valorizando e transformando o trabalhador local.

- f) **Responsabilidade social:** o ISD tem como compromisso social contribuir na melhoria dos serviços de saúde e reduzir agravos que impactam na qualidade de vida da população.

1.2.1 Finalidades do Instituto Santa Dulce

Conforme consta no Estatuto Social, o ISD tem por objetivos fomentar e realizar atividades na área de saúde, que visem entre outras finalidades:

- a) Promover a gestão de serviços de saúde em hospitais, clínicas e postos de saúde, públicos ou privados, assim como outras práticas de gestão de saúde, no intuito de contribuir com a melhoria da assistência médica e das políticas de saúde;
- b) Promover a assistência à saúde nas áreas médica e multidisciplinar, ambulatorial, hospitalar e preventiva, bem como nas outras necessárias aos cuidados da saúde, no seu sentido mais amplo, no entendimento de que isto é um valor universal e natural, é um direito de todos os cidadãos, bem como um dever do Estado e da sociedade civil organizada;
- c) Promover políticas de saúde e ações de prevenção, assistência e reabilitação, entendendo que estas ações não podem se restringir meramente ao campo assistencial e curativo;
- d) Promover os direitos à saúde e prestar assistência à comunidade para o exercício desses direitos;
- e) Promover a assistência à saúde;
- f) Colaborar com entidades públicas, privadas e o terceiro setor no planejamento e execução de projetos nas áreas de saúde, sanitária e de sustentabilidade;
- g) Apoiar e participar da elaboração de políticas públicas e de projetos de lei que envolva o tema saúde;
- h) Promover ações em defesa do direito à informação e acesso à saúde;
- i) Elaborar, executar e/ou viabilizar projetos em áreas que abrangem de forma ampla os conceitos de saúde, bem-estar e desenvolvimento do ser humano, tais como segurança

- alimentar, higiene, consumo, entomologia e patrimônio cultural em saúde do diferentes povos;
- j) Realizar projetos e parcerias nas áreas de educação, cultura, esporte e meio ambiente, conforme definidos em lei, com vistas à promoção da saúde;
 - k) Promover debates, conferências, cursos, palestras e vivências sobre problemas que afetam a sociedade brasileira e que se relacionam com os objetivos dessa e da comunidade;
 - l) Desenvolver e executar projetos, programas ou planos de ações assistenciais beneficentes gratuitos relacionados a crianças, adolescentes, idosos, seu familiares e a comunidade;
 - m) Promover atividades e elaborar projetos e produtos culturais relacionados aos seus objetivos sociais, tais como: bazares beneficentes, festas temáticas, eventos culturais, feiras de artesanatos, cursos, seminários, palestras, publicações, peças teatrais, cinema, vídeos, exposições, jornais, boletins, teses, cartilhas, livros e revistas científicas, entre outros;
 - n) Celebrar termo de colaboração, de fomento, convênios e contratos junto com órgãos públicos e privados;
 - o) Assessorar outras organizações sem fins lucrativos, projetos sociais, empresa e órgãos do setor público que atuem em áreas afins, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou prestação de serviços intermediários de apoio;
 - p) Realizar quaisquer outras atividades ou praticar quaisquer outros atos necessários ao cumprimento de seus objetivos sociais.

1.3 METODOLOGIA DE TRABALHO DO INSTITUTO SANTA DULCE

É propósito do ISD oferecer serviço de saúde com eficiência e que atenda as demandas da população. A partir da compreensão sobre o modelo de trabalho do ISD torna-se possível interpretar e analisar a metodologia de gestão que será adotada no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP. A elaboração dos Programas de Trabalho do ISD está vinculada a dinâmica do “Processo de Trabalho”, o que pode ser definido como:

“O **Processo de Trabalho** é a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos. Ou seja, o trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano”. (MARX, 1994).

Neste contexto, o ISD atua de modo intencional com a finalidade em produzir serviços de saúde que impactem positivamente na vida do Ser Humano. O planejamento e a execução dos Programas de Trabalho do ISD refletem os seis componentes do **Processo de Trabalho**, na busca por um produto de qualidade (GOMES et al., 1997), sendo eles:

1. **Objeto:** é aquilo sobre o que se trabalha, ou seja, que será transformado pela ação do ser humano, pode ser um produto ou serviço;
2. **Agentes:** são seres humanos que transformam a natureza ou o serviço. São aqueles capazes de promover intervenções sobre o objeto de trabalho, a fim de produzir um produto ou serviço;
3. **Instrumentos:** no processo de transformação e/ou produção de produto, o ser humano emprega instrumentos capazes de alterar o objeto que se trabalha. Esses instrumentos não são apenas artefatos físicos, mas também conhecimento e habilidades intelectuais, usados para a necessidade do que será feito;
4. **Finalidade:** é a razão pela qual o trabalho é feito. É o que dá significado para a existência do trabalho. Em muitas situações a finalidade é compartilhada por vários trabalhadores, o que dá sentido para se trabalhar em equipe;
5. **Métodos:** representa as ações que são realizadas para atender a finalidade do processo de trabalho, sendo elas executadas pelos agentes sobre o objeto de trabalho, empregando-se os instrumentos selecionados para produzir e/ou criar o produto ou serviço que se deseja obter. O método envolve raciocínio lógico, planejamento e ação para atingir o que se pretende;

- 6. Produto:** os produtos ou serviços representam o resultado de todo o processo de trabalho realizado. Podem ser artefatos capazes de serem apreciados pelos órgãos do sentido, ou serviços, que não tem concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causa.

O Quadro 2 mostra o Processo de Trabalho do ISD, com os seus respectivos componentes. Em conjunto com a missão, visão e valores do ISD, a metodologia de trabalho da “OS” formam o alicerce na produção de serviços, cuja finalidade essencial é gerir os serviços públicos de saúde de forma eficiente e transparente.

Quadro 2. Processo de Trabalho do Instituto Santa Dulce.

PROCESSO DE TRABALHO DO INSTITUTO SANTA DULCE	
Objeto	Indivíduo, família, comunidade e serviço de saúde.
Agentes	Administradores, farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, equipe de segurança, equipe de limpeza e manutenção, dentre outros.
Instrumentos	Conhecimento, habilidades de gestão em saúde, materiais, equipamentos, espaço físico, dentre outros.
Finalidades	Promover, manter e recuperar a saúde das pessoas; melhorar a qualidade dos serviços de saúde.
Métodos	Problematização de Maguerez; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Procedimentos médicos e de enfermagem, dentre outros.
Produtos	Indivíduo, família e comunidade saudáveis e serviço de saúde resolutivo.

Fonte: Adaptado a partir de Sanna (2007).

Dentre as metodologias de trabalho adotados pelo ISD, por se tratar de um método simples e de fácil compreensão, destaca-se a metodologia da problematização de Maguerez. O Arco de Maguerez é adotado frequentemente pela Equipe Gestora do ISD, com ênfase na resolução dos problemas que diariamente são enfrentados nos serviços de saúde (DALLA et al., 2015). A Figura 2 mostra as cinco etapas do método.



Figura 2. Método do Arco de Maguerez (Problematização).
Fonte: Dalla et al. (2015) adaptado a partir de Bordenave (1998).

A primeira etapa consiste na “**Observação da Realidade**”. Nesta etapa, é identificado a situação real (problemas) e o que necessita ser resolvido. A segunda etapa envolve a identificação de “**Pontos-chave**”, busca-se identificar as causas prováveis e os maiores determinantes para o problema em questão. São elaboradas perguntas a partir dos problemas identificados, cuja meta é estudar esses problemas e buscar resoluções eficientes para eles.

A terceira etapa refere-se a “**Teorização**”, o que implica em constituir fundamentações teóricas (respostas) para o problema identificado na etapa inicial. A busca por informações pode ser realizada em livros, artigos científicos e/ou fontes pertinentes ao interesse de pesquisa. A quarta etapa está ligada as “**Hipóteses de Solução**”, nesta etapa são apresentadas alternativas de solução para solucionar o problema em questão. Logo, as hipóteses de solução devem ser viáveis e aplicáveis à realidade do serviço. Por fim, a quinta etapa é a “**Aplicação à Realidade**”, a qual se destina a implementação prática das hipóteses de solução e resolução dos problemas.

1.4 PROTOCOLOS DO INSTITUTO SANTA DULCE

1.4.1 Protocolos assistenciais e de gestão

Os protocolos assistências e de gestão têm como propósito padronizar os critérios de atendimento e gerenciamento dos serviços de saúde pelo ISD. Na prática trata-se de documentos norteadores das condutas profissionais. Sua aplicação deve ser realizada por todos os colaboradores, de acordo com o nível de formação e os respectivos aspectos éticos e legais relacionados as classes profissionais. Os ANEXOS A, B, C, D, E, F mostram todos os protocolos que são adotados pelo ISD na gestão dos serviços de saúde. Ressalta-se, que por se tratar de atuação dinâmica, outros protocolos poderão adotados, a fim de aperfeiçoar o trabalho do ISD.

A assistência em saúde exige fundamentações científicas e padronização das ações que serão desenvolvidas pela equipe multiprofissional. A elaboração e o uso de protocolos permite orientar os profissionais sobre os cuidados e/ou ações que devem ser realizadas, de acordo com a filosofia de trabalho e a Prática Baseada em Evidências. No entanto, ressalta-se que a existência de protocolos, não limita a tomada de decisão e/ou autonomia do profissional, sendo ele responsável pelas ações que executa, quer seja com o uso do protocolo ou não. Em síntese os protocolos são documentos norteadores das ações de um serviço de saúde.

A Prática Baseada em Evidência trata-se de um processo guiado por evidências científicas para oferecer tratamento e gerenciamento dos serviços de saúde (GALVÃO et al., 2002). Com origem na Medicina Baseada em Evidências, a qual é caracterizada como o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência científica para tomar uma decisão clínica durante a assistência ao paciente (GALVÃO et al., 2002), a Prática Baseada em Evidências aliada a experiência clínica do profissional, representam recursos importantes na busca pelo melhor cuidado ao paciente. Além disso, aumentam as chances na decisão pela melhor conduta. A Figura 3 mostra os Componentes da Prática Baseada em Evidências.

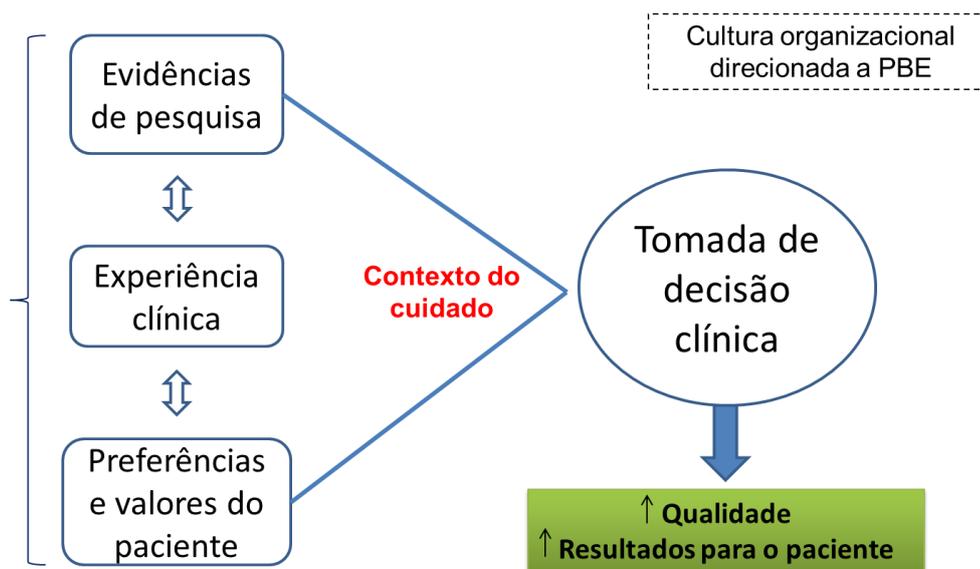


Figura 3. Componentes da Prática Baseada em Evidências.

Fonte: Melnyk; Fineout-Overholt (2011), Adaptada.

Embora existam diferentes nomenclaturas para definir o conjunto de ações realizadas em um serviço de saúde, tais como Procedimentos, Protocolos e Guideline, não há um consenso sobre os seus significados. Esses documentos podem ser adotados tanto no contexto assistencial, como na gestão (PIMENTA et al., 2015). A fim de elucidar nossa compreensão, a seguir serão apresentados os significados de cada um desses itens e as vantagens no uso de protocolos (PIMENTA et al., 2015).

- a) **Procedimentos:** trata-se da descrição minuciosa de um cuidado e/ou intervenção direta ou indireta ao paciente. Descreve os materiais necessários e as etapas a serem executadas pelo profissional.

- b) **Protocolos:** trata-se de um documento adotado para descrição de um cuidado e/ou assistência específica. Contém detalhes operacionais sobre o que fazer, quem irá fazer e como será feito. Pode conter critérios para avaliação diagnóstica e intervenções em saúde. Obrigatoriamente os protocolos devem atender aos princípios éticos e legais da profissão; os preceitos da Prática Baseada em Evidências; as normas e regulamentos do sistema de saúde e; as normas e regulamentos da instituição de saúde onde será aplicado. Os protocolos contemplam um conjunto de procedimentos na busca pelo melhor cuidado ao paciente e com objetivo em minimizar a variabilidade nas ações que serão executadas pela equipe multiprofissional.

- c) **Guideline:** trata-se de um conjunto de protocolos de um determinado segmento de atuação / conhecimento. Deve ser fundamentado na Prática Baseada em Evidências.

Vantagens no uso de protocolos:

- Maior segurança para o profissional e os usuários que se beneficiam do protocolo;
- Maior padronização das ações que serão executadas por ele;
- Favorece o raciocínio clínico;
- Reduz as chances de erros e melhora a cultura de segurança do paciente;
- Permite a incorporação da Prática Baseada em Evidências na rotina assistencial;
- Favorece a comunicação e a discussão clínica entre os profissionais;
- Facilita a disseminação de conhecimento entre a equipe;
- Pode ser adotado como um instrumento de avaliação de indicadores;
- Respalda as ações executadas pelos profissionais;
- Incorpora método científico nas ações profissionais.

Compreendendo a importância no uso de protocolos durante a prática assistencial e da cultura da Prática Baseada em Evidências, o ISD durante a gestão de serviços de saúde adotará um conjunto de protocolos elaborados por sua equipe técnica, para uso nas diferentes áreas de atuação clínica. Ainda, a depender das necessidades poderão ser adotados protocolos e guidelines de instituições de renome nacional e internacional, como por exemplo, os protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Federal de Enfermagem, da Organização Mundial da Saúde, da *American Heart Association*, dentre outras.

Os protocolos do ISD foram elaborados para facilitar a leitura e compreensão do leitor (profissional), assim como serem aplicados de forma eficiente. No processo de sua construção foram e são adotados o reconhecimento das necessidades do serviço, a adaptação à realidade local, as melhores evidências científicas e viabilidade de implementação. Com o objetivo de facilitar a atualização e a criação de novos protocolos, o ISD padronizou layouts e critérios de construção de protocolos (PIMENTA et al., 2015), os quais devem conter preferencialmente: título, introdução, objetivos, atribuições do profissional, implementação, recomendações e referências. Além disso, junto aos protocolos também poderão ser anexados

“Procedimentos Operacionais Padrão (POP)”, de acordo com as necessidades de intervenção clínica.

1.4.1 Protocolos de assistência médica

Os protocolos de assistência médica fundamentarão as condutas médicas no Pronto Atendimento (ANEXO A). Além dos protocolos descritos em anexo, também poderão ser adotados os “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)” do Ministério da Saúde, como referência para critérios diagnóstico, tratamento preconizado, medicamentos e produtos apropriados, de acordo com os problemas apresentados pelo usuário. Ainda, outras referências científicas também poderão nortear a conduta médica, desde que atrelada a Prática Baseada em Evidências.

1.4.1.2 Protocolos de assistência de enfermagem

Os protocolos assistenciais de enfermagem serão norteados pelo Processo de Enfermagem, sendo este o orientador de todos os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem segundo a relação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) contidas junto ao protocolo (ANEXO B). Os POPs apresentam a descrição detalhada das atividades que serão executadas pelos profissionais de enfermagem, o que contribuirá na uniformização das ações e na busca pela excelência no cuidado de enfermagem. O ANEXO C apresenta os POPs de enfermagem que serão adotados pelo ISD no Pronto Atendimento.

1.4.1.3 Protocolos do serviço de farmácia

Os protocolos de assistência farmacêutica subsidiará as condutas do farmacêutico e auxiliar /técnico de farmácia no Pronto Atendimento (ANEXO D). Assim como no médico e

de enfermagem, sua elaboração envolveu a busca por fundamentações científicas que pudessem nortear boas práticas e a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos no Pronto Atendimento.

1.4.1.4 Protocolos de organização e atividades de apoio

Os protocolos de atividades de apoio fundamentarão as ações das equipes de apoio no Pronto Atendimento (ANEXO E) envolvendo toda equipe do serviço de saúde, em especial os profissionais: assistente social, assistente e auxiliar administrativo, copeira(o), motorista, técnico em tecnologia da informação, serviços de limpeza, vigilante, apoio logístico e oficial de manutenção. A construção do protocolo foi fundamentada em diretrizes sobre o gerenciamento de serviços de saúde (KURCGANT et al., 2019), assim como nas características do modelo de assistência no Pronto Atendimento.

1.4.1.5 Protocolos de atividades administrativas e financeiras

Assim como na elaboração dos demais protocolos, para organizar as atividades administrativas e financeiras no Pronto Atendimento, também foram consultadas filosofias de administração, modelos de trabalho e evidências que pudessem fundamentar a gestão eficiente realizada pelo ISD (KURCGANT et al., 2019). O protocolo de gestão administrativa e financeira segue descrito no ANEXO F.

1.5 POLÍTICAS DO INSTITUTO SANTA DULCE

As políticas institucionais estão associadas às diretrizes e princípios que orientam as ações da instituição e dos seus colaboradores, com ênfase no cumprimento da missão e da gestão institucional. Em conjunto com o planejamento estratégico a política institucional

serve de base para o “bom” desempenho das atividades. Neste contexto, o ISD implementa sua política institucional por meio dos regulamentos e protocolos assistências, com objetivo em alcançar a sua missão envolvendo: promover a proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde à população por meio de abordagem ética e humanizada, valorizando a vida e a dignidade humana.

Ao considerarmos a subjetividade humana, os valores e as crenças individuais, a perpetuação da missão da instituição envolve uma tarefa complexa, que tem como objetivo atribuir significado ao trabalho desenvolvido pelo colaborador (KURCGANT et al., 2019). Assim, a política institucional deve reger a dinâmica organizacional, pois é através dela que será capaz de se obter a compreensão da realidade organizacional (KURCGANT et al., 2019).

Para fins de gerenciamento de um serviço de saúde, é fundamental que o colaborador compreenda e reconheça a cultura da organização, uma vez que o sucesso ou insucesso no desempenho dos recursos humanos está vinculado ao modo como a política institucional é encarada e implementada (KURCGANT et al., 2019).

Segundo Morgan (1996), estudioso de fenômenos sociais nas organizações, o termo “cultura” pode ser descrito como um processo ininterrupto, proativo da construção da realidade e que dá vida ao fenômeno da cultura em sua totalidade. Desse modo, a cultura não é somente uma variável organizacional, mas também um fenômeno ativo, através do qual a sociedade cria e recria o mundo no qual vive (KURCGANT et al., 2019).

A partir da compreensão sobre a importância da missão e da cultura organizacional, o ISD trabalha na elaboração de diretrizes e protocolos que possam nortear a condutas de seus colaboradores, ainda são desenvolvidas ações no campo das dimensões psicossociais, com objetivo em transformar continuamente a visão do colaborador do ISD. A Figura 4 mostra o organograma relacionado à esfera administrativa do ISD.

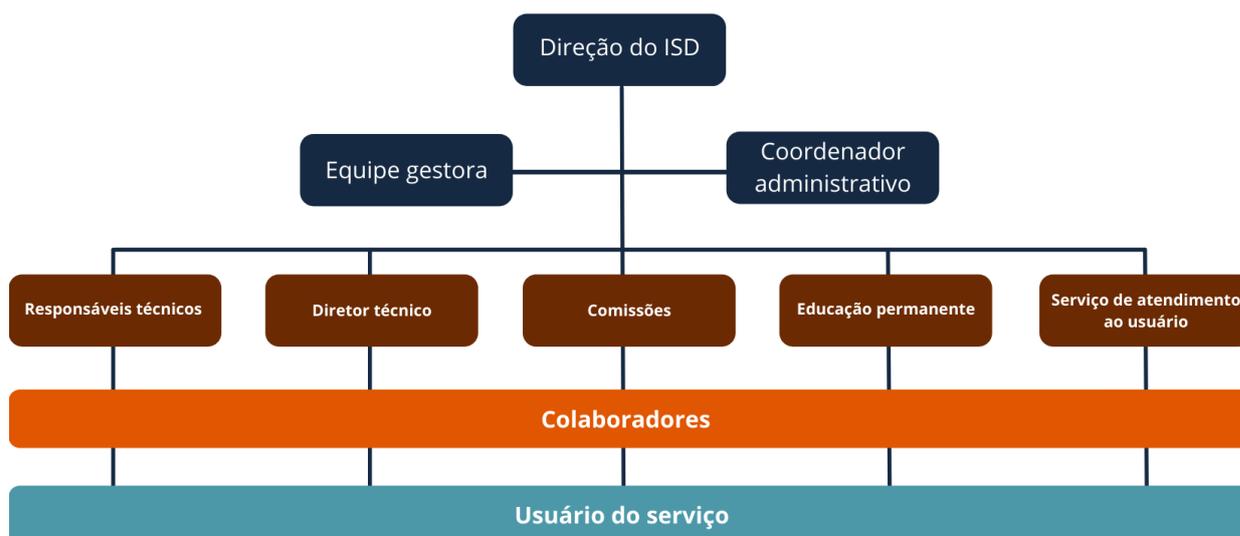


Figura 4. Estrutura administrativa do ISD nos serviços de saúde.
Fonte: Elaboração própria.

Embora que a estrutura administrativa apresentada na Figura 4 se mostra dentro de um contexto vertical de tomada de decisões, o ISD desenvolve suas ações com ênfase na “qualidade elevada” do produto oferecido e conseqüentemente na satisfação do usuário do serviço. Neste contexto, o ISD nos últimos anos tem se desafiado na busca por uma gestão mais dinâmica e mais próxima do cliente, em especial no modelo de gestão horizontal, no qual os processos de trabalho são orientados e desenvolvidos com foco no consumidor final. Para o alcance da missão institucional, as políticas e regulamentos do ISD estão envolvidas nos elementos descritos a seguir.

1.5.1 Regulamentos gerais

Os regulamentos do ISD tratam-se de atos normativos da direção do instituto que tem como propósito organizar e regulamentar as atividades dos serviços de saúde. Na prática, são adotados para minimizar erros nos processos de trabalho e ao mesmo tempo direcionar a conduta dos colaboradores. Ressalta-se, que os regulamentos adotados pelo ISD estão de acordo com as políticas institucionais e/ou fundamentações científicas das diferentes áreas e atuação profissional. A seguir estão descritos os regulamentos adotados pelo ISD na gestão dos serviços de saúde.

- Regulamento para contratação de obras, serviços e compras (ANEXO G)
- Regulamento de seleção e contratação de pessoal (ANEXO H)
- Regulamentos das comissões do serviço de saúde (ANEXO I)
 - a) Regulamento da Comissão de Ética Médica
 - b) Regulamento da Comissão de Ética em Enfermagem
 - c) Regulamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
 - d) Regulamento da Comissão de Revisão de Óbito
 - e) Regulamento da Comissão de Revisão de Prontuário
 - f) Regulamento da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde
 - g) Regulamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
 - h) Regulamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica
 - i) Regulamento da Comissão de Humanização
 - j) Regulamento do Núcleo de Segurança do Paciente

2 PROGRAMA DE TRABALHO

A seguir será descrito de forma detalhada, o Programa de Trabalho elaborado para o Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP. Este programa foi construído para garantir o atendimento com eficiência, assim como a humanização no cuidado ao usuário. Para isso, o Termo de Referência associado ao Edital N° 002/2024 norteou o processo elaboração deste Programa de Trabalho. Ademais, o mesmo também foi alicerçado em evidências da literatura científica sobre os modelos de atenção à saúde na Rede de Urgência e Emergência.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo geral

Este Programa de Trabalho tem como objetivo geral apresentar a metodologia de trabalho e as ações que serão executadas pelo ISD na gestão, operacionalização e execução de serviços de Pronto Atendimento Jacupiranga-SP.

2.1.2 Objetivos específicos

Na gestão do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, o ISD tem como objetivos específicos:

- a) Estabelecer parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), afim de promover a excelência no atendimento de urgência e emergência local;
- b) Oferecer atendimento humanizado a população de Jacupiranga-SP;
- c) Atuar de forma resolutiva nas demandas de saúde da população atendida no Pronto Atendimento;

- d) Aplicar de forma eficiente e equilibrada os recursos públicos durante a gestão do Pronto Atendimento;
- e) Amenizar o sofrimento humano durante a assistência em urgência e emergência no Pronto Atendimento;
- f) Otimizar os fluxos de atendimento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), formando a articulação necessária entre a Atenção Básica à Saúde e a Atenção hospitalar;
- g) Tornar efetivo o sistema de referência e contrarreferência por meio da comunicação efetiva e do uso de tecnologias da informação;
- h) Oferecer assistência de urgência e emergência de acordo com a Política Nacional de Atenção à Urgência e Emergência;
- i) Ser referência no modelo de gestão de urgência e emergência no Vale do Ribeira;
- j) Atuar em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde do município nos atendimentos de urgência e emergência;
- k) Oferecer atendimento médico e de enfermagem 24 horas por dia, todos os dias da semana, de forma ininterrupta;
- l) Atuar em conjunto com o Setor de Ambulância no recebimento e estabilização clínica de pacientes;
- m) Oferecer assistência médica e de enfermagem nas emergências clínicas, respeitando a dignidade humana e o uso de protocolos validados;
- n) Atuar de forma resolutiva e em conjunto com a SMS na definição e aplicação ações para resolução de problemas em situações de crise epidemiológica, por exemplo, na pandemia de COVID-19, surtos de influenza e/ou Arboviroses;
- o) Oferecer serviço de nutrição e dietética;
- p) Promover educação permanente e continuada para os profissionais que compõem a equipe do Pronto Atendimento, com foco na qualificação profissional e melhoria do processo de trabalho;
- q) Divulgar nas redes sociais o trabalho realizado pelo Pronto Atendimento, a fim de promover a conscientização da população sobre a finalidade e atuação do serviço;
- r) Desenvolver a qualificação de profissionais durante a formação por meio da oferta de campos de estágio e/ou práticas educacionais;
- s) Gerenciar o Pronto Atendimento por meio de ações voltadas para qualidade e Segurança do Paciente envolvendo o Plano de Segurança do Paciente (PSP) de acordo

com a Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 (que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo VIII - Da Segurança do Paciente) e com as normativas que vierem a serem definidas pela SMS de Jacupiranga-SP, contribuindo para qualificação do cuidado em saúde e promovendo a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde;

- t) Atuar no atendimento dos aspectos relacionados à transparência das despesas realizadas, nos termos Lei nº 12.527, de 2011 (Lei de Acesso à Informação) e da Seção IV Da Transparência da Gestão do Art. 25 da Lei 10372 de 25 de abril de 2018.

2.2 RESULTADOS ESPERADOS

Diante aos objetivos gerais e específicos definidos pelo ISD para gestão do Pronto Atendimento, o Quadro 3 mostra os principais resultados esperados com as ações a serem desenvolvidas. Ressalta-se, que por se tratar de um serviço de saúde dinâmico, sob influência das condições epidemiológicas no decorrer do ano (sazonalidade), para o alcance dos resultados esperados, algumas ações devem ocorrer de forma contínua, acompanhada por diagnósticos situacionais para verificação dos pontos chaves que possam impedir o alcance dos resultados esperados.

Ressalta-se, que o ISD compreende que para o alcance dos resultados esperados e da eficiência que se espera de um serviço de urgência e emergência, os recursos públicos devem ser aplicados de forma coerente, sem desperdícios e ao final, o atendimento oferecido à população deve se equiparar ao do setor privado. No decorrer da implementação das ações e verificação do seu efeito real na vida da população, o ISD oferecerá assessoria e apoio constante a SMS, a fim de manter a produtividade e eficiência do serviço.

Quadro 3. Principais resultados esperados pelo Instituto Santa Dulce na gestão do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

AÇÃO	PRAZO DE EXECUÇÃO	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DE MENSURAÇÃO
Promover treinamento de equipe sobre a metodologia de trabalho ISD	No primeiro mês de gestão do serviço e acordo com as demandas verificadas	Compressão sobre a filosofia de trabalho e o modelo de gestão do ISD	Relatório descritivo com observação do comportamento adotado pela equipe
Estruturar Programa de Educação Permanente	Mensalmente e/ou de acordo com as demandas verificadas	Qualificação profissional e melhora na assistência oferecida para comunidade	Lista de frequência com assinatura dos participantes e gráfico com evolução na participação
Manter a conferência e o abastecimento de estoque de medicamentos e materiais adequados para o funcionamento do serviço	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Serviço de saúde com quantidade suficiente de materiais e equipamentos para o pleno funcionamento	<i>Check-list</i> de materiais e equipamentos
Realizar a adequação do quadro de profissionais as necessidades do serviço	No primeiro mês de gestão do serviço e acordo com as demandas verificadas	Dimensionamento adequado da equipe para atender as demandas da população local	Quadro com dimensionamento da equipe por turno de trabalho
Implementar protocolos assistências	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Resolutividade nos atendimentos realizados pelo serviço	Número de atendimentos realizados no mês <i>versus</i> ouvidorias identificadas
Implementar política de contratação e manutenção de recursos humanos	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Redução no absenteísmo e na rotatividade de profissionais do serviço	Frequência absoluta de absenteísmo e pedidos de desligamento
Implantar ações voltadas para o alcances das metas quantitativa e qualitativa	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Oferecer assistência de qualidade aos usuários e cumprir as metas estabelecidas no program de trabalho	Frequência absoluta, relativa e/ou outros indicadores que comprovem o trabalho executado
Implementar as comissões do serviço de saúde	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Eficácia no serviço de saúde	Atas de reuniões e relatório descritivo das ações realizadas pelas comissões
Implementar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Humanização na assistência oferecida ao paciente e aumento na qualidade de vida do trabalhador	Frequência de ouvidorias e satisfação do trabalhador e usuário do serviço
Organizar o inventário, manutenção e conversação dos equipamentos recebidos pela Organização Social	No primeiro mês de gestão do serviço e de forma contínua	Conversação e preservação do patrimônio público	<i>Check-list</i> de equipamentos
Implementar a metodologia da pesquisa de satisfação	Mensalmente	Satisfação da população com indicador “satisfeito ou muito / completamente satisfeito” acima de 90 %	Gráfico com frequência relativa das respostas da pesquisa de satisfação

Nota: No decorrer da gestão e da implementação da metodologia de trabalho do Instituto Santa Dulce outros resultados esperados poderão ser definidos para melhorar a qualidade do serviço oferecido.

2.3 JUSTIFICATIVA

De acordo com dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, em 2023 o município de Jacupiranga-SP contava com uma população de 15.955 habitantes, densidade demográfica de 22,64 habitantes / Km², em sua maioria feminina (50,6%), na faixa etária entre 15 e 64 anos (66,9%). No mesmo ano, no SUS o município dispunha de sete Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Diagnose e Terapia, uma Clínica e um Pronto Atendimento, além de mais dois serviços classificados com “outros”. Além disso, contava com 0,88 médicos por mil habitantes e 1,44 enfermeiros por mil habitantes, que detinham vínculos empregatícios (Dados disponíveis em: <https://municipios.seade.gov.br/saude/>).

Assim como na realidade de outros municípios do Vale do Ribeira, o serviço de saúde de Jacupiranga-SP está atrelado principalmente a Atenção Básica à Saúde, que segundo dados do e-Gestor Atenção Básica (Disponível em: <https://bitly.com/lchWI>), em 2023 o município contava com seis equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e uma equipe de atenção básica, que realizavam 100% de cobertura da Atenção Básica à Saúde. Ademais, de acordo com dados da DRS XII – Registro, no mesmo período, Jacupiranga-SP apresentou 279 internações por causas sensíveis a Atenção Básica (CSAB).

No que tange ao Pronto Socorro, de acordo com os dados disponíveis no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 002/2024, nos últimos 12 meses foram realizados em média 130 atendimentos por dia no local, média de 875 Raio-X por mês e média de 177 consultas médicas com ortopedista por mês. Para gestão eficiente dos serviços de saúde é fundamental o conhecimento sobre os dados demográficos e epidemiológicos do município, afim de estabelecer um planejamento estratégico focado nas necessidades da população.

Dentro das Redes de Atenção à Saúde, a ESF é a porta de entrada para o usuário do SUS. É neste serviço que maioria dos problemas de saúde pública apresenta potencial para serem resolvidos. Aliado a ESF, a Rede Urgência e Emergência faz parte da articulação e integração dos serviços de saúde, sendo considerada como um serviço intermediário focado nos atendimentos urgência e emergência. Na prática, o Pronto Atendimento é um serviço de saúde que promove a interligação entre a Atenção Básica à Saúde e a Atenção Hospitalar.

A assistência em saúde realizada na RUE, exige equipe técnica qualificada e gestão eficiente para atenuar o sofrimento humano e salvar vidas. O objetivo geral da RUE é promover a classificação de risco e a resolutividade de problemas, assim como o acesso

humanizado e integral aos usuários. Logo, as Organizações Sociais representam uma excelente opção para auxiliar no gerenciamento dos serviços públicos de saúde. É neste cenário, que o ISD buscou compreender as características do município de Jacupiranga-SP e planejar este Programa de Trabalho sob a ótica do Termo de Referência e dos fundamentos da assistência clínica direcionadas a RUE.

Frente ao exposto, a elaboração deste Programa de Trabalho se justifica pela necessidade manifestada no Edital de Chamamento Público N° 002/2024 associada com a competência técnica do ISD na gestão de serviços no mesmo segmento. Ainda, o ISD é uma Organização Social do Vale do Ribeira, situação que favorece o conhecimento sobre as características da região, tornando-a capaz de melhorar o Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP por meio de metodologia de trabalho robusta e eficiente, conforme será descrito nos itens a seguir.

3 DETALHAMENTO DO PROGRAMA DE TRABALHO

O Pronto Atendimento pode ser descrito como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RUE.

Via de regra, o funcionamento do Pronto Atendimento ocorre de forma ininterrupta, 24 horas por dia e em todos os dias da semana, durante o ano todo. O atendimento é oferecido para todas as faixas etárias e tem como propósito acolher e atender a todos que buscam assistência em saúde, conforme seu modelo de atuação. Dentro da RUE, o Pronto Atendimento pode ser caracterizado como um modelo de atenção pré-hospitalar.

Constituída como um serviço público, o Pronto Atendimento deve atender e subordinar-se tecnicamente à SMS, articulando suas ações em conjunto com a Diretoria de Regulação da Média e Alta Complexidade, assim como da Atenção Básica em Saúde. Para execução deste Programa de Trabalho serão realizados atendimentos e serviços de urgência e emergência no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP (Figura 5), de forma ininterrupta para todas as faixas etárias, cuja permanência máxima no serviço será de 24 horas.



Figura 5. Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

Fonte: <https://incs.org.br/municipios/sao-paulo/jacupiranga/> (Adaptada).

A atuação do ISD durante o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de Pronto Atendimento em Jacupiranga serão realizadas nos termos das legislações e políticas públicas de saúde pertinentes ao SUS, em especial associadas as regulamentações descritas a seguir.

- **Lei N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990:** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- **Lei N° 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990:** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- **Lei N° 1.950, DE 19 DE ABRIL DE 2021:** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e das outras providências.
- **Lei Municipal N° 957, DE 23 OUTUBRO DE 2009:** Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como “Organizações Sociais”, e dá outras providências.
- **Lei N° 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993:** que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências.
- **Portaria de Consolidação N° 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017:** Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
- **Portaria N° 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002:** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- **Portaria N° 10, DE 3 DE JANEIRO DE 2017:** Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- **Lei N° 13.709, DE 03 DE JANEIRO DE 2018:** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais.
- **Lei Complementar N° 131, DE 27 DE MAIO DE 2009:** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
- **Portaria N° 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011:** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Portaria N° 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008:** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- **Portaria N° 529, DE 1 DE ABRIL DE 2013:** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- **Portaria de Consolidação N° 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017:** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- **Resolução – RDC N° 36, DE 25 DE JULHO DE 2013:** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- **Portaria N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em cumprimento a legislação vigente, as orientações do Termo de Referência, a filosofia de trabalho do ISD e ao modelo de gestão necessário para efetividade no atendimento realizado no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, durante a vigência do Programa de Trabalho serão resguardados os seguintes componentes:

- a) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

- b) Atendimento humanizado;
- c) Uso racional e consciente dos recursos disponíveis no Pronto Atendimento;
- d) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes, responsabilizando-se os ISD por cobrança indevida feita por seu colaborador;
- e) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- f) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- g) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;
- h) Preservação dos direitos e deveres dos usuários do Pronto Atendimento;
- i) Gestão e planejamento com ênfase nos princípios e diretrizes do SUS;
- j) Promoção da participação social;
- k) Auditoria, controle e avaliação dos serviços executados.

3.1 DIRETRIZES DOS ATENDIMENTOS NO PRONTO ATENDIMENTO

Para organização das atividades assistências, o ISD adotará as diretrizes descritas a seguir, em conformidade com o Termo de Referência.

- a) Os serviços a serem oferecidos aos usuários do SUS correspondem as consultas médicas, procedimentos terapêuticos que atendam aos casos demandados, atendimento de enfermagem correspondente, bem como serviços de apoio diagnóstico. Estes procedimentos diagnósticos poderão ser realizados diretamente na unidade ou quando couber em serviços externos (via SIRESP/CROSS), sendo responsabilidade do ISD, a monitoração do paciente no deslocamento, exceto quando a remoção for realizada pelo SAMU/USA em que a responsabilidade pela monitorização e transferida na passagem de plantão de um serviço para o outro;

- b) Os pacientes devem receber diagnósticos e tratamento adequado, com qualidade e segurança, no menor espaço de tempo possível e de acordo com a classificação de risco, evitando-se ou minimizando sequelas e outros danos à saúde;
- c) O atendimento realizado no Pronto Atendimento obedeceu a um fluxo de trabalho onde serão implementados processos específicos de atendimento nas diferentes áreas envolvidas;
- d) Em casos de emergências obstétricas voltados ao trabalho de parto em domicílio, poderá o médico plantonista se deslocar ao local de residência ou outro se necessário e prestar toda assistência médica, assegurando estabilidade da paciente até sua devida remoção em unidade de referência;
- e) As equipes devem estar aptas para assistir pacientes em estado grave, com risco iminente de perda de vida, com avaliação rápida, estabilização, tratamento, observação e encaminhamento aos hospitais de referência quando necessário (via Central de Regulação Médica de Urgência). O médico do serviço que encaminha o caso e responsável pelo paciente até a passagem do caso para a unidade de apoio. Compete ao serviço encaminhar o caso, acionar o serviço de transporte, visando garantir a segurança e o não agravamento do quadro em virtude do deslocamento;
- f) Para garantir qualidade do atendimento, com satisfação do cliente, deverá ser priorizado tempo mínimo entre a admissão do paciente no serviço (acolhimento na recepção) e o efetivo atendimento pelo profissional médico, até a conclusão do atendimento;
- g) A demanda espontânea, urgente ou não, que busca atendimento pré-hospitalar fixo, não está submetida a nenhum sistema regulatório, competindo ao Pronto Atendimento atender todos os casos, fazer a avaliação adequada e referenciar o paciente para as Unidades/Serviços de Saúde conveniados ao SUS, integrantes da Rede de Assistência à Saúde informando: a condição do paciente, hipótese e/ou diagnóstico, procedimentos realizados, inclusive exames e medicamentos;
- h) Após avaliação e tratamento recebidos a partir da demanda de urgência, no momento da alta médica, deve ser realizada a orientação que cabe ao paciente, especialmente na

orientação de casos leves o paciente busque agendar consulta em sua unidade ESF de referência;

- i) Em casos de situação de óbito em domicílio fora do horário de atendimento das equipes ESF, o médico plantonista quando acionado devesse deslocar-se até o local coletar as informações e se morte natural formalizar o atestado de óbito, se for de morte violenta, referenciar o atendimento para o IML.

3.2 ÁREAS DE ATIVIDADES

3.2.1 Atividades assistenciais a serem executadas

O Pronto Atendimento sob a gestão do ISD realizará procedimentos de baixa e média complexidade, com ênfase no atendimento de urgência e emergência, de forma ininterrupta (24 horas por, durante os todos os dias da semana), sendo os atendimentos oferecidos por demanda espontânea, assim como no sistema de referência e contrarreferência. Em geral, os serviços oferecidos estão relacionados aos segmentos descritos a seguir.

➤ **Atendimento Médico- Clínica Geral**

A equipe de médica será formada por profissionais qualificados para o atendimento em urgência e emergência, sendo disponibilizados dois profissionais para atendimento no período diurno e dois profissionais no período noturno. Na prática os atendimentos serão realizados durante 24 horas por dia distribuídos em todos os dias da semana.

➤ **Atendimento Médico – Ortopedia**

Em complemento a equipe médica, também será disponibilizado um médico especialista em ortopedia para realização de atendimentos vinculados a essa especialidade. Os atendimentos serão realizados em modelo ambulatorial, durante 16 horas por semana. Ainda,

quando solicitado, o médico ortopedista atenderá as demandas do Pronto Atendimento em consonância com os clínicos gerais do serviço.

➤ **Atendimento Médico – Ginecologia e Obstetrícia**

O atendimento médico de ginecologia e obstetrícia será realizado por um profissional médico especialista na área, em regime ambulatorial durante 16 horas por semana. Além disso, quando solicitado, o mesmo também atenderá as demandas do Pronto Atendimento em consonância com os clínicos gerais do serviço.

➤ **Atendimento de Enfermagem**

O serviço de enfermagem será organizado em conformidade com a Resolução COFEN N° 743, de 12 DE MARÇO DE 2024, que dispõe sobre o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços / locais em são realizadas atividades de enfermagem. Este serviço será executado durante 24 horas por dia, em todos os dias da semana, por equipe formada por profissionais de enfermagem.

➤ **Assistência Farmacêutica**

A assistência farmacêutica será realizada por meio do fornecimento e da dispensação de materiais e medicamentos necessários para o pleno funcionamento do Pronto Atendimento, em todos os dias da semana. A gestão do fluxo de medicamentos será realizada com objetivo em garantir a segurança do paciente, especificamente envolvendo a Meta 3: Melhorar a Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de Medicamentos.

➤ **Atendimento de Nutrição**

O serviço de nutrição e dietética será coordenado por um nutricionista, que executará o planejamento e a supervisão da operacionalização para disponibilidade de refeições (café da manhã, almoço, jantar e ceia) no Pronto Atendimento.

➤ **Atendimento de Assistente Social**

Com meta melhora a qualidade do atendimento, será disponibilizado durante 30 horas semanais, um assistente social que desenvolverá em conjunto com o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), especificamente voltadas para o acolhimento, a escuta ativa, o fortalecimento de vínculos e a garantia de direitos dos usuários no Pronto Atendimento.

➤ **Atendimento Multidisciplinar de Saúde**

Em conjunto com a equipe clínica (médico, equipe de enfermagem, nutricionista e assistente social), outros profissionais também complementarão o quadro de recursos humanos para oferta de atendimento multidisciplinar no Pronto Atendimento, tais como, gerente administrativo, controlador de acesso, recepcionista, cozinheira, motorista de ambulância, entre outros.

➤ **Atendimento Pré-Hospitalar**

Em extensão aos atendimentos do Pronto Atendimento, será realizado o gerenciamento do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar, com ênfase na capacitação dos profissionais, no atendimento de alta qualidade em tempo hábil e nas articulações entre o serviço pré e intra-hospitalar.

➤ **Assistência de Transporte em Ambulância**

A Assistência de Transporte em Ambulância será realizada por profissionais qualificados para o transporte móvel, com capacitação em atendimento pré-hospitalar. Serão disponibilizado o quantitativo suficiente para atender as demandas do município, em regime de trabalho 12 x 36, durante todos os dias da semana.

➤ **Serviço de Monitoramento e Operacionalização de Sistema de Regulação**

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será conduzido pelo médico plantonista, sob coordenação do diretor clínico do serviço. É

objetivo do NIR atuar na operacionalização de vagas para assistência clínica em âmbito hospitalar, conforme as demandas do paciente e oferta de serviços na região.

➤ **Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)**

Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) tratam-se da realização de exames complementares para auxiliar no diagnóstico médico, assim como a coleta de materiais e realização de procedimentos terapêuticos necessários nos atendimentos de urgência e emergência. Os exames serão solicitados pelo profissional médico. Contudo, em situações excepcionais, por exemplo, em epidemias, exames complementares específicos poderão ser solicitados por enfermeiro, de acordo com o plano de contingência e os protocolos exarados pela SMS de Jacupiranga-SP. Pelo SADT, o ISD o fornecerá serviços descritos a seguir.

❖ **Serviço de Radiodiagnóstico por Imagem**

A oferta do serviço de radiodiagnóstico por imagem ocorrerá durante todos os dias da semana, no período das 07h às 23h, com ações realizadas por profissionais técnicos de radiologia, sob supervisão e responsabilidade técnica de um médico radiologista. Este serviço será responsável pelo suporte no diagnóstico e tratamento dos pacientes em observação no serviço de urgência e emergência, assim como para toda e qualquer demanda que surgir no serviço. A oferta deste serviço inclui: a) gerenciamento dos recursos materiais para realização dos exames, emissão e entrega de laudos; b) aquisição e treinamento de mão de obra. Destaca-se que a realização dos exames se dará mediante a solicitação médica.

❖ **Serviço de Eletrocardiografia**

O serviço de eletrocardiografia será realizado de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, com objetivo em atender as demandas do Pronto Atendimento. Para os pacientes com queixa de dor torácica e/ou sinais e sintomas sugestivos de Síndrome Coronariana Aguda, o eletrocardiograma será realizado em até 10 minutos e o mesmo será direcionado para médica imediata.

❖ **Serviço de Laboratório de Análises Clínicas**

Para favorecer o processo diagnóstico e terapêutico serão realizados exames laboratoriais, quando solicitado pelos profissionais médicos do Pronto Atendimento. A oferta dos exames ocorrerá de forma ininterrupta durante todos os dias da semana, nas 24 horas do dia. Nos casos de urgência e emergência, a emissão dos laudos ocorrerá em no máximo até três horas após a retirada do material do Pronto Atendimento. O serviço de análises clínicas envolve: coleta, análise, informatização e gerenciamento organizada dos fluxos da coleta de exames laboratoriais até a emissão de laudos. Ainda, faz parte deste serviço a oferta de insumos, teste rápidos para COVID-19, troponina e dengue, assim como o transporte adequado do material coletado.

3.2.2 Atividades voltadas para serviços administrativos e de apoio

Para eficiência nas execução das atividades assistenciais também serão executadas atividades administrativas e de apoio, que têm como objetivo favorecer os processos de trabalho no Pronto Atendimento, essas atividades compreendem os itens a seguir.

➤ **Almoxarifado**

O serviço de almoxarifado será organizado com ênfase em favorecer a oferta em tempo hábil, dos materiais e insumos necessários para realização da assistência clínica no Pronto Atendimento. Esse serviço envolve a aquisição, o armazenamento, o controle e distribuição de materiais e insumos para assistência médica, de enfermagem, exames laboratórios e de imagem, materiais descartáveis, gêneros alimentícios, materiais de higiene e limpeza, de expediente e de manutenção predial externa.

➤ **Manutenção de equipamentos e mobiliário geral**

Esse serviços tem como objetivo garantir a manutenção corretiva e preventiva de todos os equipamentos e mobiliário disponíveis no Pronto Atendimento. O mesmo será

execução através de informes / solicitação para SMS, especificamente com objetivo em manter as calibrações periódicas dos equipamentos e o uso eficiente dos recursos físicos disponíveis no local. A logística de manutenções será realizada sobre orientações da SMS em articulação com a equipe gestora do Pronto Atendimento.

➤ **Serviço de Nutrição e Dietética**

Para o alcance da qualidade e eficiência do Serviço de Nutrição e Dietética, é de suma importância a presença de um nutricionista no Pronto Atendimento, pois trata-se de uma atribuição privativa deste profissional a assistência nutricional e a dietoterapia hospitalar. No Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, o ISD promoverá o serviço de nutrição e dietética sob coordenação de um nutricionista clínico e a participação de cozinheiras e auxiliares de cozinha. Seu principal objetivo é fornecer alimentação adequada aos pacientes que permanecerem em observação no local. Serão disponibilizadas no mínimo quatro refeições por dia para o paciente (café da manhã, almoço, jantar e ceia). Ademais, também será disponibilizado alimentação (almoço ou jantar) para os profissionais em regime de plantão e administrativos. A dinâmica de funcionamento do serviço segue descrita a seguir.

a) Profissional responsável pelo serviço de nutrição clínica no Pronto Atendimento

- ❖ Será contratado pelo ISD um nutricionista clínico para atuar no Pronto Atendimento. O mesmo será responsável pelo Serviço de Nutrição e Dietética na unidade e atuará de forma conjunta com a equipe médica e de enfermagem. Ainda, será responsável pela supervisão do serviço de cozinha no Pronto Atendimento.

b) Atribuições do nutricionista

Conforme previsto na Resolução CFN, N° 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018, são consideradas atividades do nutricionista na área de nutrição clínica em Pronto Atendimento 24 horas:

Atividades obrigatórios:

- ❖ Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente;
- ❖ Elaborar o diagnóstico de nutrição;
- ❖ Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes;
- ❖ Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND);
- ❖ Realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber;
- ❖ Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta;
- ❖ Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria;
- ❖ Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

Atividades complementares:

- Solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND);
- Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário;
- Promover ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, cuidadores, familiares ou responsáveis.
- Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico;
- Participar do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética e programas de aperfeiçoamento

para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;

- Participar do processo de acreditação hospitalar e da avaliação da qualidade em serviços de Nutrição Clínica;
- Integrar a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), quando houver, conforme legislação vigente;
- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.

c) **Dinâmica de funcionamento do Serviço de Nutrição e Dietética**

O Serviço de Nutrição e Dietética do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será conduzido de acordo com as atribuições do nutricionista clínico previstas no Conselho Federal de Nutrição, assim como nos elementos descritos a seguir (CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – 6º REGIÃO).

- Triagem de risco nutricional

A triagem nutricional será realizada em pacientes adultos com tempo de permanência ≥ 12 horas por meio dos instrumentos *Nutritional Risk Screening* – NRS (KONDRUP et al., 2013). Em idoso será aplicado o instrumentos Mini Avaliação Nutricional (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1996). Em crianças será aplicado o instrumento *Strong Kids* (HULST et al., 2010).

- Avaliação do estado nutricional

Após a triagem nutricional e na ocorrência de permanência no paciente no prazo ≥ 24 horas, será conduzida a avaliação do estado nutricional completa, que engloba dados antropométricos para estimativas das necessidades nutricionais. Ressalta-se, que a partir da avaliação nutricional que se obtém o diagnóstico nutricional do paciente, para fins de conduta nutricional.

➤ **Visita diária aos pacientes em observação**

Os pacientes em observação serão visitados pelo nutricionista clínico, com objetivo em realizar e/ou acompanhar o diagnóstico nutricional e a evolução nutricional do paciente. Na ocasião também será verificado a aceitação da dieta prescrita, regularidade das funções eliminatórias (renal e intestinal), presença de distúrbios gastrointestinais (distensão abdominal, náuseas, vômitos, entre outros), assim como a realização do exame físico com ênfase em sinais que possam estar associados a ingesta alimentar, por exemplo, edema e desidratação.

➤ **Prescrição nutricional**

A prescrição nutricional será realizada a partir a triagem e/ou avaliação nutricional. Para isso, serão levados em consideração as características clínicas do paciente, o tempo de permanência no Pronto Atendimento e as necessidades nutricionais para o processo de recuperação e cura.

➤ **Evolução nutricional em prontuário**

As informações pertinentes ao atendimento nutricional no Pronto Atendimento serão registradas no prontuário do paciente conforme orientações da Resolução CFN N° 594, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2017.

➤ **Orientações para alta nutricional**

Na ocorrência de alta médica, os pacientes e/ou familiares serão orientados sobre os cuidados necessários para continuidade em domicílio, na oferta ou ingestão dos nutrientes essenciais para integridade fisiológica. Ainda, quando necessário, os mesmos serão encaminhados para atendimento clínico na rede de atenção básica do município.

➤ **Serviço de Gases Medicinais**

Os gases medicinais podem ser descritos como medicamentos adotados para fins de diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças. No Pronto Atendimento a oferta desses

gases serão organizada em conformidade com INSTRUÇÃO NORMATIVA ANVISA – IN N° 301, DE 17 DE MAIO DE 2024, que institui a lista de gases medicinais enquadrados como medicamentos sujeitos a notificação. No Pronto Atendimento e no Serviço de Ambulância de Jacupiranga-SP serão disponibilizados os seguintes gases medicinais: ar medicinal comprimido; oxigênio medicinal, assim como sistema de vácuo medicinal, de acordo com a especificidades de cada setor. Os mesmos serão disponibilizados

➤ **Manutenção Predial**

Com objetivo em promover um ambiente agradável e acolhedor, assim como a prevenir danos estruturais, durante o período de gestão do ISD, será realizada a manutenção corretiva e preventiva de toda infraestrutura predial do Pronto Atendimento. Esse serviço envolverá a pintura interna e externa de paredes, portas e janelas, troca vidros, trocas de lâmpadas, manutenção da rede hidráulica, elétrica e do estacionamento, serviço de jardinagem, assim como outras ações de manutenção prediais necessárias para o pleno funcionamento do serviço.

➤ **Gerador de Emergencial de Energia**

Considerado como uma “Instalação Ordinária e Especial”, conforme descrito na RESOLUÇÃO RDC N° 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a equipe gestora do ISD no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP atuará com objetivo em garantir a manutenção corretiva e preventiva do Gerador Emergencial de Energia por meio da verificação e reposição de óleo lubrificante quando necessário, aferição de voltagem, testes eficiência, entre outros.

➤ **Manutenção e Conversação das Ambulâncias**

Para o funcionamento dos veículos fornecidos pelo município de Jacupiranga-SP, a equipe gestora atuará com ênfase em garantir a boa conservação e a manutenção periódica dos mesmos. Para tanto, serão realizadas ações permanentes para inspeção dos itens estruturais, mecânicos, fluídos, sistema de freio e elétricos dos veículos. Diante a ocorrência de

irregularidades, sob orientações da SMS serão realizados reparos, com ênfase no pleno funcionamento dos veículos. Para tanto, o ISD realizará no mínimo três orçamentos em empresas locais, para efeito de compra

➤ **Uniformes e Crachás dos Servidores**

Para todos os servidores envolvidos com o Pronto Atendimento serão oferecidos uniformes e crachás com o “logo” da Prefeitura de Jacupiranga-SP e em conformidade com a identidade visual do ISD.

➤ **Apoio Administrativo**

O Apoio Administrativo será organizado com ênfase em manter a qualidade da assistência clínica no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, e alcance de forma eficiente das metas previstas no Termo de Referência. Para tanto, este serviço envolverá a atuação da coordenação geral, da coordenação médica / diretoria técnica médica, do setor de faturamento, do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), do processo de compras, do setor de recursos humanos, do serviço de Tecnologia da Informação (TI) e do Programa de Treinamento e Desenvolvimento Profissional (PTDP).

A gestão das informações do Pronto Atendimento será realizada em conformidade com as normativas da secretaria municipal de saúde e com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei N° 13709/2018). Neste contexto, faz parte das ações:

- a) Aquisição de *software* para gestão de informações;
- b) Treinamento de equipe no uso dos dispositivos eletrônicos do serviço;
- c) Aquisição e gestão do prontuário eletrônico do paciente;
- d) Manutenção e monitoramento da rede de internet local;
- e) Integração de sistemas e provedores de *softwares* junto a secretaria municipal de saúde;
- f) Armazenamento e proteção da informações do serviço de saúde;
- g) Suporte técnico 24 horas para o pleno funcionamento dos sistemas de informação do serviço.

➤ **Serviço de Recepção**

O Serviço de Recepção será responsável pela escuta ativa e acolhimento inicial do paciente. Neste contexto, este serviço atuará durante todos os dias da semana, nas 24 horas do dia.

➤ **Serviço de Limpeza e Higienização**

Com ênfase na manutenção do ambiente biologicamente seguro, a limpeza e higienização do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, serão conduzidas para promover o bem-estar dos usuários e reduzir a propagação de doenças no local. Desse modo, serão realizadas as seguintes ações gerais:

- a) Promover a limpeza diária, conservação e desinfecção de superfícies dos dispositivos médico-hospitalares e mobiliários do serviço;
- b) Controlar a disseminação de doenças por meio da limpeza, desinfecção e sanitização do ambiente;
- c) Treinar e fornecer mão de obra para execução do serviço de limpeza e higienização;
- d) Gerenciar os insumos necessários em quantidade e qualidade para execução do serviço de limpeza e higienização (p. ex. carrinho e produtos de limpeza);
- e) Elaborar procedimento operacional padrão para limpeza diária e terminal do serviço de saúde;
- f) Cumprir a legislação vigente quanto a limpeza do serviço de saúde;
- g) Fornecer equipamento de proteção individual e coletiva (p. ex. avental, bota de borracha, luva de borracha, máscara, entre outros);
- h) Manter o Pronto Atendimento limpo e organizado durante a rotina de atividades assistenciais.

Na assistência em saúde nos ambientes hospitalares é essencial o emprego de técnicas assépticas para reduzir a transmissão de microrganismos e as taxas de infecção. Neste contexto, às áreas dos serviços de saúde podem ser classificadas de acordo com o risco de transmissão de infecções em relação às atividades executadas (BRASIL, 2010). Conhecer essa classificação e as nomenclaturas vinculadas ao controle de infecções permite a

elaboração de estratégias eficientes para conter a transmissão de doenças. A Figura 6 mostra às áreas dos serviços de saúde segundo a classificação quanto ao risco de transmissão de infecções (BRASIL, 2012).

Com o objetivo em reduzir a transmissão de infecções de acordo com as áreas do estabelecimento de saúde, serão adotadas no Pronto Atendimento estratégias para reduzir o fluxo de pessoas no local, manter o ambiente limpo e biologicamente seguro. As estratégias deverão ser executadas por todos os colaboradores e usuários do serviço, de acordo com o seu nível de competência e função no local.

Áreas do Serviço de Saúde

Crítica

São ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, por exemplo, centro cirúrgico, lavanderia, central de material e esterilização, unidade de terapia intensiva, dentre outros.

Semicrítica

São todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, por exemplo, enfermaria, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, dentre outros.

Não-crítica

São todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco, por exemplo, vestiário, copa, áreas administrativas, dentre outros.

Figura 6. Áreas dos serviços de saúde e a classificação de transmissão de infecções.

Fonte: Elaboração própria.

Considerando as definições de crítico, semicrítico e não crítico nos diferentes espaços e/ou tipos de atividades assistenciais, o ISD adotará estratégias distintas para conter a transmissão de microrganismos no serviço de saúde, sendo elas atreladas aos conceitos descritos a seguir (SOUZA et al., 2017; POTTER; PERRY, 2013). Como referência para manutenção de um ambiente biologicamente seguro, serão adotadas as orientações da

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) contidas no *e-book* “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies” (BRASIL 2012).

➤ **Conceitos associados ao controle de infecções**

Assepsia: consiste em minimizar o aparecimento e disseminação de infecção. A assepsia é a ausência de patógenos produtores de doenças. Existem dois tipos de técnica asséptica:

- **Assepsia médica:** também denominada como técnica limpa inclui procedimentos para reduzir o número de microrganismos presentes e prevenir sua transmissão. A higiene das mãos, o uso de barreiras (p. ex. avental) e a limpeza ambiental de rotina, são exemplos de assepsia médica. A precaução padrão deve ser adotada em todos os procedimentos realizados pela equipe de saúde, isso envolve a higienização das mãos, o uso de luvas, avental, óculos de proteção, máscara e descarte correto de materiais na caixa de perfuro-cortante.
- **Assepsia cirúrgica ou técnica estéril:** previne a contaminação de um determinado local ou objeto. Serve para isolar a área operatória de um ambiente não esterilizado e mantém um campo estéril para cirurgia ou execução de um procedimento. Os objetos em uso são considerados contaminados quando tocados por qualquer outro objeto que não esteja estéril. Isto exige o mais alto nível de técnica asséptica e requer que todas as áreas sejam mantidas livres de microrganismos infecciosos.

Campo estéril: é uma área livre de microrganismos e preparada para receber itens esterilizados. Pode ser preparada usando a superfície interior do invólucro estéril como superfície de trabalho ou usando um tecido estéril ou bandeja coberta.

Limpeza: remoção de toda sujeira (por exemplo, material orgânico e inorgânico) de objetos e superfícies. No geral a limpeza envolve o uso de ação química e ação mecânica com detergentes/sabão ou produtos enzimáticos.

Desinfecção: envolve o processo de eliminação de quase todos os microrganismos de objetos inanimados, com exceção de esporos bacterianos. Existem dois tipos de desinfecção, a

desinfecção de superfícies e a desinfecção de alto nível, que é necessário para objetos de cuidados ao paciente, tais como endoscópios e broncoscópios. A desinfecção pode ser realizada com um desinfetante químico ou pela pasteurização úmida (usada para equipamento de terapia respiratória). Exemplos de desinfetantes: álcoois, cloretos, gluteraldeídos, peróxido de hidrogênio e fenóis.

Esterilização: é a eliminação completa ou a destruição de todos os microrganismos, incluindo esporos. O vapor sob pressão, o gás de etileno (ETO), o plasma de peróxido de hidrogênio, dentre outros produtos químicos, são os agentes mais comuns utilizados na esterilização. O uso da autoclave (vapor úmido) é método físico comum na esterilização. A decisão de limpar ou limpar e desinfetar ou esterilizar depende da intenção do uso do equipamento em questão. Podemos classificar os equipamentos em três tipos:

- **Críticos:** itens que penetram nos tecidos estéreis ou no sistema vascular. Apresentam alto risco de infecção se estiverem contaminados por microrganismos, especialmente esporos bacterianos. Itens críticos devem ser estéreis. Exemplos: instrumentos cirúrgicos, cateteres cardíacos ou intravasculares, implantes.
- **Semicríticos:** itens que entram em contato com mucosas ou pele não intacta. Esses itens também apresentam risco de infecção e precisam estar livres de todos os microrganismos, exceto esporos bacterianos. Itens semicríticos devem ser submetidos à desinfecção de alto nível ou esterilizados. Exemplos: cânulas endotraqueais, endoscópios, endoscópios gastrointestinais.
- **Não críticos:** são itens que entram em contato com pele intacta, mas não com as mucosas. Esses itens precisam ser limpos e desinfetados. Exemplos: comadres, estetoscópios, mobílias do quarto.

Degermação: envolve a remoção ou redução no número de microrganismos por meio de método químico (uso de antisséptico) ou mecânico (escovação). Realizada principalmente nas mãos e antebraços (por exemplo: no preparo pré-operatório).

Desinfestação: é a eliminação de insetos, roedores ou outros animais (vetores) capazes de transmitir doenças ao homem;

Sanificação: é redução do número de microrganismo a um nível isento de perigo. O hipoclorito de sódio é a principal solução utilizada na sanificação.

Limpeza diária ou concorrente: é limpeza realizada diariamente para manutenção de um ambiente hospital limpo.

Limpeza geral ou terminal: é a limpeza realizada após o paciente receber alta, ser transferido de setor, após óbito ou suspensão de medidas de isolamento.

Destaca-se, que no Pronto Atendimento as medidas para controle de infecções serão implementadas de acordo com o modo de transmissão dos microrganismos, tais como: transmissão por contato, transmissão por gotículas, transmissão por aerossol e transmissão por vetores.

➤ **Controle de Tempo de Atendimento**

O “tempo” é um fator determinante nos atendimentos realizados em serviços de urgência e emergência, podendo impactar diretamente nas chances de sobrevivência do paciente. Neste contexto, no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será adotado o “Protocolo de Manchester” para triagem e classificação de risco. Ademais, o tempo para emissão dos resultados de exames laboratoriais e radiológicos também serão monitorados, com objetivo de emitir laudos com rapidez e eficiência. Para o controle e monitoramento do tempo de atendimento, será implementado pela ISD um sistema de prontuário eletrônico, que permitirá a gestão de informações sobre o tempo e consequentemente a análise da qualidade do atendimento.

➤ **Despesas Fixas**

As Despesas Fixas com telefonia e acesso à internet Wi-fi serão custeadas pelo ISD, sendo estes serviços garantidos de forma ininterrupta durante as 24 horas do dia. Destaca-se,

que a manutenção da rede de computadores e do sistema de telefonia será monitorado pelo serviço de Tecnologia da Informação.

➤ **Serviço de Desinsetização e Desratização**

Para evitar a infestação de parasitas e/ou a transporte de doenças por vetores, no Pronto Atendimento, o ISD atuará na contratação de empresa especializada na desinsetização e desratização do ambiente.

➤ **Licenças de Funcionamento e Outros(as)**

Em atendimento aos aspectos legais, o Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será gerenciado pelo ISD sob normativas estabelecidas pelos conselhos de classe profissional e pelo SUS. Para tanto, será mantido atualizado os registros profissionais, os certificados de responsabilidade técnica, a Licença Sanitária, o Alvará de Funcionamento, o Laudo de Vistoria do Corpo de Bombeiros, dentre outros pertinentes ao funcionamento de serviços de saúde.

➤ **Rouparia e Lavanderia**

A oferta de enxoval hospitalar será organizada pelo Serviço de Rouparia e Lavandeira. Os mesmos serão oferecidos pelo ISD em quantidade e qualidade suficientes para atender as demandas do Pronto Atendimento. Todas as ações vinculadas neste serviço, será norteadas pela RESOLUÇÃO – RDC N° 6, DE 30 DE JANEIRO DE 2012, que Dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para as Unidades de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde e dá outras providências. Na prática, este serviço será gerenciado com objetivo em garantir o processamento adequado e as condições necessárias para desinfecção, higienização, acondicionamento da roupa processada e qualidade nos serviços oferecidos. Para o tanto, o item “**Fluxo de enxoval hospitalar na unidade de pronto atendimento**”, deste programa de trabalho descreve de forma detalhada as ações que serão realizadas para organizar este serviço.

➤ Serviço de Controlador de Acesso

O acesso ao Pronto de Atendimento de Jacupiranga-SP será controlado, com objetivo em organizar o fluxo de pessoas dentro do serviço, evitar superlotação e otimizar os atendimentos. Este processo envolverá a identificação, cadastro e monitoramento nos acessos as dependências do serviço. O serviço será realizado por uma equipe capacitada para tal finalidade, podendo envolver o uso de *software* para tornar as ações mais eficientes. Em resumo, serão realizadas as seguintes ações:

- a) Identificação dos locais e as respectivas pessoas autorizadas para acessá-los;
- b) Elaboração de manual de normas e procedimentos operacionais sobre o acesso ao serviço de saúde;
- c) Treinamento da equipe de recepção e controladores de acesso sobre o fluxo de pessoas no local;
- d) Fiscalização e monitoramento das dependências do serviço;
- e) Registro e controle de ocorrências no serviço;
- f) Orientação para o usuários do serviço, quanto as dependências restritas e que podem ser acessadas;
- g) Proibição de comercialização de produtos e/ou outras formas de comércio dentro do serviço;
- h) Controle da entrada e saída de veículos no local;
- i) Comunicação efetiva com a equipe gestora e administrativa.

3.3 HUMANIZAÇÃO NO PRONTO ATENDIMENTO

Há décadas o conceito de humanização das práticas assistenciais à saúde tem sido discutido no mundo afora (GOULART; CHIARI, 2010). O progresso tecnológico e o modelo biomédico pautado na relação de causa e efeito resultaram no distanciamento das relações humanas, levando a análise do corpo humano como uma máquina e reduzindo as relações sociais, psicológicas e comportamentais (CAPARA; FRANCO, 1999). Cabe destacar que o avanço tecnológico e na medicina em geral trouxeram inúmeros benefícios para humanidade,

em especial a facilidade na resolução de problemas e a possibilidade de prolongamento da vida, por exemplo, por meio do uso do ventilador mecânico em paciente com comprometimento pulmonar.

No entanto, esses avanços estão acompanhados por dilemas éticos, que são vivenciados diariamente pelos profissionais da saúde, em especial, no que tange a relação inversamente proporcional entre a alta tecnologia e as relações humanas (BERTTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003). A partir deste cenário, surgiu a necessidade na elaboração de políticas e estratégias para humanizar a assistência em saúde e as relações estabelecidas entre as pessoas, em especial entre o profissional e o usuário em um serviço de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

A compreensão sobre o significado da vida durante a assistência em saúde, inclui não somente o conhecimento técnico do profissional e da disponibilidade de aparatos tecnológicos, mas também a competência de perceber e compreender o ser humano, sua relação no mundo em que vive, sua identidade enquanto pessoa e a sua própria história de vida (BERTTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003). A assistência em saúde, portanto, não pode estar fragmentada, mecanizada e/ou desvinculada da essência do ser humano. Para um cuidado eficiente e humanizado é necessário compreender o ser humano na sua totalidade.

Preocupado com a necessidade em rever o modo como a assistência em saúde é oferecida, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a PNH, também conhecida como HumanizaSUS, cujo objetivo central é colocar em prática os princípios do SUS, assim como produzir mudanças nos modos de gerir e agir (BRASIL, 2004). A partir da breve compreensão quanto à necessidade em reformular o modo como a assistência em saúde é realizada, no Pronto Atendimento o ISD promoverá ações com ênfase nos princípios e diretrizes da PNH (BRASIL, 2004), descritos na sequência, cujo objetivo final é promover o cuidado humanizado e centrado no paciente.

Princípios da humanização no Pronto Atendimento

a) Transversalidade

A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Neste contexto, transversalizar é reconhecer que as diferentes

especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

b) Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

c) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Diretrizes da humanização no Pronto Atendimento

a) Acolhimento

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

b) Gestão participativa e cogestão

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção.

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

c) Ambiência

Envolve a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

d) Clínica ampliada e compartilhada

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

e) Valorização do trabalhador

Trata-se de uma diretriz que busca dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

f) Defesa dos direitos dos usuários

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

Para o alcance dos princípios e diretrizes descritos anteriormente, serão realizados cursos e oficinas de capacitação, com objetivo em formar multiplicadores da PNH. Ainda, serão utilizados os materiais de formação, cartilhas e/ou publicações do Ministério da Saúde

para subsidiar as capacitações sobre a PNH. Todas as ações voltadas para humanização serão coordenadas pela Comissão de Humanização, que será composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um assistente social, um representante do serviço administrativo e um representante da comunidade local. O objetivo da Comissão de Humanização será promover os princípios e diretrizes da PNH no Pronto Atendimento, a partir de integração entre trabalhadores, usuários do serviço e gestores do ISD.

3.4 ETAPAS DO ATENDIMENTO NO PRONTO ATENDIMENTO

O fluxo das ações assistências no Pronto Atendimento envolvem um conjunto de etapas inter-relacionadas e interdependentes, cujo objetivo final é atender e resolver as demandas do usuário. A seguir serão descritas as principais etapas que fazem parte do atendimento aos usuários do Pronto Atendimento.

a) Entrada do usuário no Pronto Atendimento

A chegada do usuário no Pronto Atendimento poderá ocorrer de duas formas, tais como:

- **Entrada 1:** o usuário entrará no Pronto Atendimento por meio da porta de acesso principal. Na recepção, o mesmo deverá se identificar para profissional da recepção, que verificará no prontuário eletrônico vigente no município, se o usuário detém o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), em caso positivo, o funcionário da recepção obrigatoriamente realizará a atualização cadastral do usuário (endereço e telefone do usuário). Caso o usuário não o tenha o Cartão SUS, o funcionário deverá criar um Cartão SUS no prontuário eletrônico. Após esta etapa de verificação ou criação do Cartão SUS, o mesmo será encaminhado para **Classificação de Risco**, que será realizada pelo enfermeiro, de acordo com o Protocolo de Manchester.
- **Entrada 2:** os usuários que chegarem à unidade em situação grave, com risco de vida e/ou forem direcionados à sala de reanimação, caberá ao administrador realizar o cadastramento do usuário neste local. A **Classificação de Risco** deverá ser realizada

pelo enfermeiro utilizando como subsídio o Protocolo de Manchester. Após a classificação de risco do enfermeiro, o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica, que dependendo da situação clínica poderá ter outros atendimentos dentro da unidade.

b) Acolhimento

O acolhimento é uma diretriz da PNH, que tem como propósito promover a escuta qualificada (queixas) do usuário no processo saúde-doença, a fim de torná-lo protagonista durante a assistência em saúde.

c) Acolhimento com classificação de risco (ACCR)

A **Classificação de Risco** é uma importante ferramenta que auxilia no raciocínio clínico para definir a prioridade nos atendimentos, com critérios pré-estabelecidos, reduzindo as chances de prejuízos aos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Cartilha da PNH, a qual descreve o acolhimento e a classificação de risco, como instrumentos para melhorar o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por se tratar de um processo dinâmico, a classificação de risco exige do serviço de saúde, uma equipe com capacidade técnica para identificar e tratar de forma eficiente os problemas apresentados pelo paciente, minimizando assim o sofrimento gerado em situações de urgência e emergência. Para garantir a humanização na assistência, a PNH propõe a implantação do Acolhimento com a Classificação de Risco (ACCR), sendo o enfermeiro o principal responsável pela avaliação do paciente por essa atividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De modo geral, existem várias escalas e protocolos que podem ser adotados na classificação de risco, com destaque para: *Emergency Severity Index*, *Australasian Triage Scale*, *Canadian Triage Acuity Scale*, *Manchester Triage System* (SOUZA et al., 2011). Embora não exista uma escala e/ou protocolo capaz de medir a saúde na sua totalidade, um dos protocolos mais conhecidos e adotados nos serviços de saúde é o Protocolo de Manchester. No Pronto Atendimento, o mesmo será adotado como **Protocolo de Classificação de Risco**.

d) Atendimento multidisciplinar

O atendimento multidisciplinar no Pronto Atendimento trata-se de toda assistência conduzida pela equipe do serviço, a fim de atender as demandas do paciente, de acordo com o conhecimento, limites éticos e especificidades de cada profissão. No Pronto Atendimento esse atendimento envolve diretamente a atuação conjunta do médico, do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do farmacêutico, do nutricionista, do assistente social, podendo também envolver outros profissionais.

e) Desfecho final

O desfecho final compreende a finalização do atendimento realizado no Pronto Atendimento, cujo objetivo final é resultar na alta médica e/ou referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da regional. Pode ainda ocorrer como desfecho final o óbito do paciente, a depender da gravidade da doença e/ou condições clínicas de entrada no serviço de saúde. A Figura 7 mostra esquematicamente as etapas do atendimento no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

Fluxograma



Etapas do Atendimento na UPA 24 horas

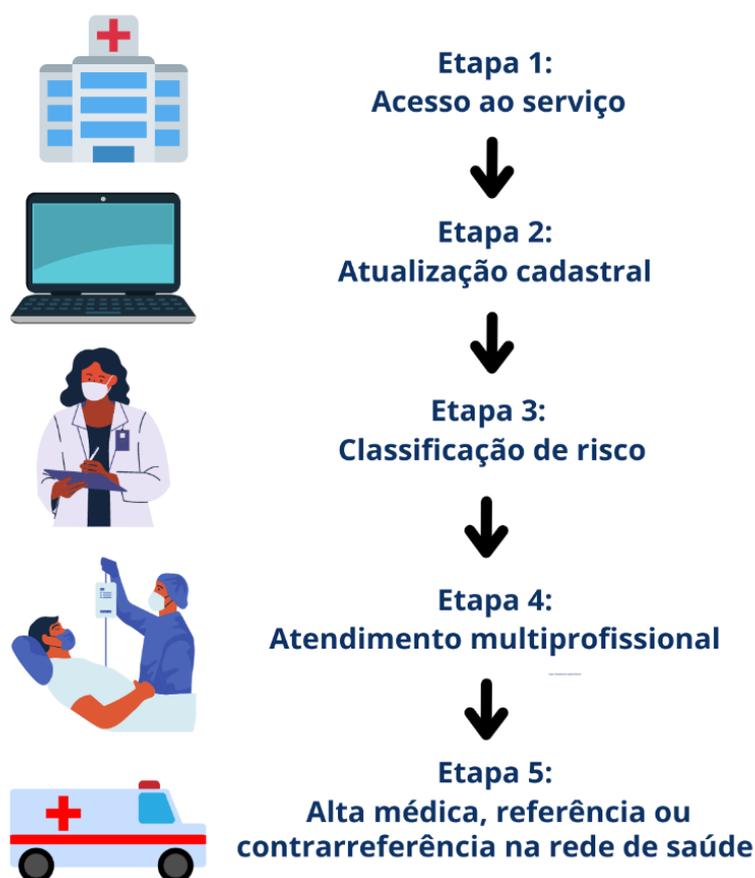


Figura 7. Fluxograma das etapas de atendimento na Unidade de Pronto de Atendimento de Jacupiranga-SP.
Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se, que para reduzir as chances de transmissão de doenças infectocontagiosas no Pronto Atendimento, durante o fluxo de atendimentos, além da precaução padrão que deverá ser adotada em todos os procedimentos, para os pacientes com suspeita de doenças de transmissão respiratória (aerossóis e gotículas) (Figura 8), será obrigatório o uso de máscara cobrindo boca e nariz durante a permanência no local, o que

envolve desde a atualização cadastral até o atendimento multiprofissional. Esse grupo de pacientes terá atendimento médico priorizado.

Doenças Infectocontagiosas

- Transmissão por aerossóis e gotículas -

- T u b e r c u l o s e
- S a r a m p o
- R u b é o l a
- C a x u m b a
- M e n i n g i t e
- C o q u e l u c h e
- V a r i c e l a
- S A R S - C o V - 2



Figura 8. Doenças infectocontagiosas com atendimento médico prioritário no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Outras doenças infectocontagiosas poderão fazer parte da lista acima, conforme situação epidemiológica do município.

3.5 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

A organização das atividades assistenciais que serão descritas a seguir estão alicerçadas na metodologia de trabalho do ISD e conseqüentemente planejadas para obter um produto final, que seja percebido pelo feito positivo que irá causar no funcionamento do serviço de saúde. A literatura descreve diversas ferramentas que podem ser adotadas para aprimorar os processos gerenciais nos serviços de saúde. A fim de facilitar a compreensão sobre o modelo operacional, o ISD adota como estratégia a elaboração de fluxogramas de trabalho.

O fluxograma é uma representação em forma de figura sobre as atividades e/ou passos, que deverão ser executados em um determinado trabalho ou local. É uma ferramenta

simples e de rápida compreensão pelas pessoas que executam o fluxograma. Ressalta-se que os fluxos operacionais e/ou fluxogramas que serão adotados no Pronto Atendimento poderão ser redefinidos em conjunto com SMS de Jacupiranga-SP, a fim de atender o bem estar da população e a resolutividade nas ações excetuadas pelo serviço de saúde.

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC N° 50, de 21 DE FEVEREIRO DE 2002, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. A RDC N° 50 destaca a necessidade em definir os fluxos internos e externos de atividades, assim como a adequação dos ambientes para favorecer o fluxo unidirecional de atividades e limitar o número de acessos nos estabelecimentos de saúde, cujo objetivo é obter maior controle na movimentação de pessoas no local. A Figura 9 mostra os critérios para projetos de estabelecimentos de saúde, conforme da RDC N° 50. Trata-se de elementos que devem nortear e regular as decisões operacionais em um estabelecimento de saúde.

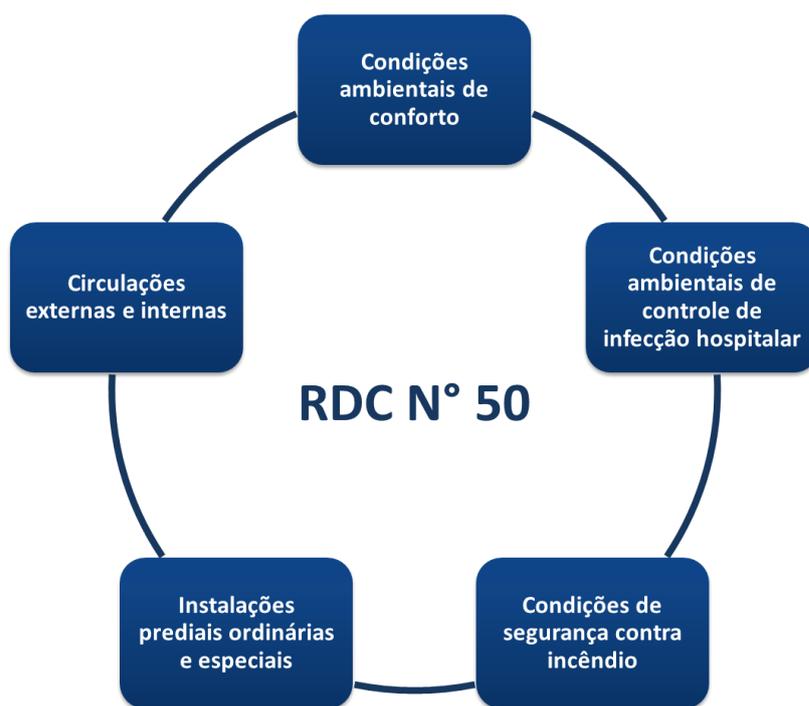


Figura 9. Critérios para projetos de estabelecimentos de saúde.
Fonte: Elaboração própria.

- a) **Circulações externas e internas:** as circulações externas e internas do estabelecimento de saúde são seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais, devendo estar em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT

(Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos).

- b) Condições ambientais e de conforto:** os sistemas de controle ambiental nos estabelecimentos de saúde abrangem duas dimensões: a endógena, que considera o edifício em sua finalidade de criar condições desejáveis de salubridade através do distanciamento das pessoas das variáveis ambientais externas, e a exógena, que observa os impactos causados pelas construções no meio ambiente externo alterando, de forma positiva ou negativa, suas condições climáticas naturais. As decisões de projeto dos estabelecimentos de saúde devem preocupar-se em atender sua dimensão endógena sem acarretar interferências negativas nas características ambientais de seu entorno.
- c) Condições ambientais de controle de infecção hospitalar:** esse elemento possui dois componentes técnicos, indispensáveis e complementares: 1) o componente de procedimentos nos estabelecimentos de saúde, em relação a pessoas, utensílios, roupas e resíduos-RSS; 2) o componente arquitetônico dos estabelecimentos de saúde, referente a uma série de elementos construtivos, como: padrões de circulação, sistemas de transportes de materiais, equipamentos e resíduos sólidos; sistemas de renovação e controle das correntes de ar, facilidades de limpeza das superfícies e materiais; e instalações para a implementação do controle de infecções.
- d) Instalações prediais ordinárias e especiais:** trata-se dos projetos relacionados às instalações prediais, por exemplo, os projetos elétricos, eletrônicos, hidráulicos, de climatização, de sinalização, dentre outros. São projetos essenciais para adequado funcionamento do estabelecimento de saúde. Logo, devem apresentar condições mínimas para aperfeiçoar o serviço e promover a harmonia com o conjunto arquitetônico.
- e) Condições de segurança contra incêndio:** esse elemento trata-se de projetos voltados para prevenção de incêndios. Por se tratar de um espaço físico de edição evacuação, a finalidade principal deste componente é impedir a ocorrência de incêndio e/ou controlar o seu desenvolvimento.

Destaca-se que a organização e o gerenciamento do fluxo de pacientes permite prevenir a superlotação nos serviços de saúde. Isso envolve trabalho em equipe, liderança, noções de entrada e saída, assim como às áreas de atendimento durante os fluxos do paciente no local. Inúmeros são os fatores que podem resultar na superlotação de um serviço de saúde e desfavorecer a fluidez no atendimento. Ainda, é necessário que tanto o paciente, quanto os colaboradores conheçam o espaço físico e a dinâmica de trabalho local. A Figura 10 mostra um modelo conceitual para compreensão de fatores que podem resultar na superlotação de um pronto socorro (ASPLIN et al., 2003).

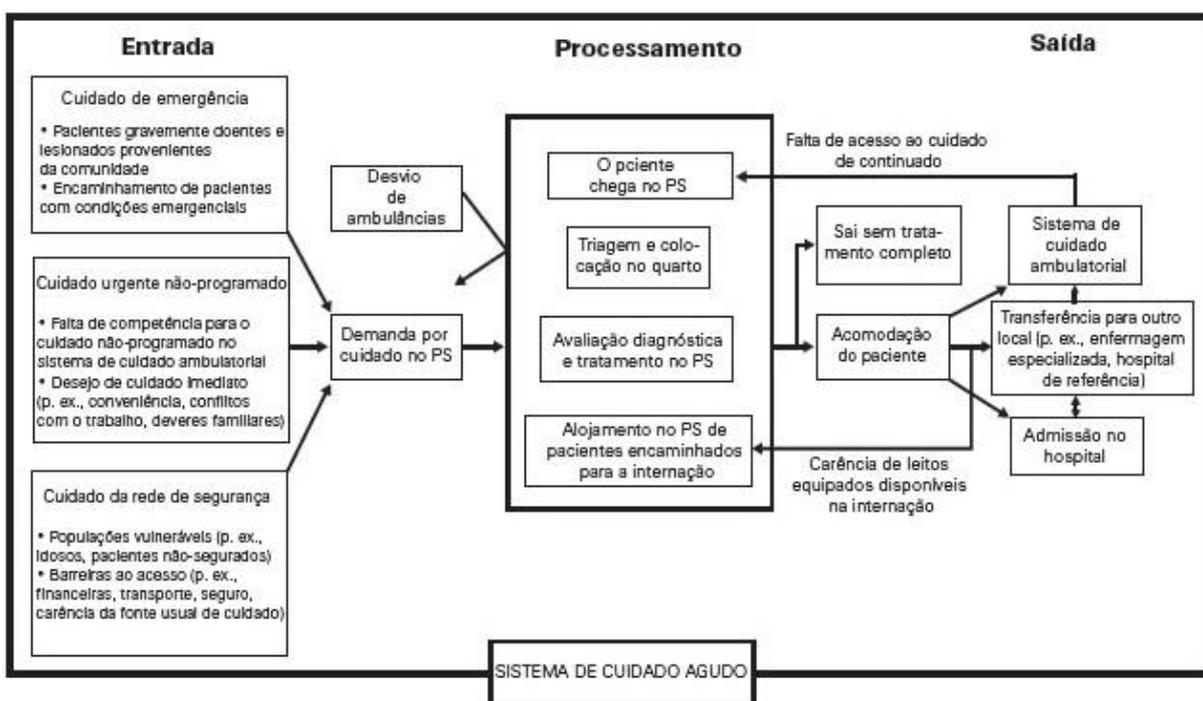


Figura 10. Modelo conceitual de entrada-processamento-saída de superlotação do Pronto Socorro.

Fonte: Reproduzida de Asplin et al. (2003), com permissão do American College of Emergency Physicians.

Disponível: <https://bitly.com/GxccR>.

- ❖ **Entrada:** trata-se dos fatores e/ou condições de saúde que resultaram no motivo pelo busca do atendimento, por exemplo, doenças, visitas familiares, manutenção, dentre outros. A entrada pode ser dividida em três categorias: emergência, urgente não programado e relativo à rede de segurança (ASPLIN et al., 2003).
- ❖ **Processamento:** neste item identifica-se o tempo de permanência no estabelecimento de saúde, como contribuinte para superlotação no local. No processamento, a primeira etapa compreende a triagem, a colocação do paciente no quarto e a avaliação clínica

inicial. A segunda etapa trata-se do diagnóstico e tratamento do paciente (ASPLIN et al., 2003).

- ❖ **Saída:** este componente do modelo conceitual está relacionado à movimentação dos pacientes do pronto socorro para próximo local de atendimento na rede de saúde (ASPLIN et al., 2003). Um exemplo de problema na saída do paciente do pronto socorro, é a ausência de leitos hospitalares, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19, o que resultou na superlotação das unidades de pronto atendimento.

A redução de atrasos no atendimento e a resolução de problemas estão diretamente associadas à avaliação e implementação constante de melhorias nos fluxos entre a atenção básica, a unidade de pronto atendimento e a atenção hospitalar. Ainda fundamentado nos componentes da RDC N° 50 e no estudo de Asplin et al (2003), para organização dos fluxos de atividades assistenciais no Pronto Atendimento, o ISD adotará rotineiramente as seguintes ações:

- a) Identificação de todos os colaboradores do serviço, com crachá, nome e foto;
- b) Afixação de banners com orientações sobre o papel do Pronto Atendimento e as definições de urgência e emergência;
- c) Afixação de banners com telefones úteis e de todas as ESFs do município;
- d) Identificação do espaço físico de forma acessível a todos os usuários;
- e) Treinamento da equipe para atuação em casos de surtos psicóticos;
- f) Treinamento e padronização da passagem de plantão da recepção, equipe de segurança, médica e de enfermagem;
- g) Treinamento e implementação da comunicação efetiva para evitar erros durante a assistência do paciente;
- h) Identificação da classificação de risco na ficha de atendimento do paciente;
- i) Realização de censo semanal sobre o número de usuários atendidos no serviço e tempo de permanência nos leitos da unidade;
- j) Garantir que o paciente receba tratamento e/ou transferência no tempo adequado, para minimizar a superlotação no local;
- k) Aplicar as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e preconizadas pela *Joint Commission International* (JCI);

- l) Análise e revisão de processos ineficientes, na ocorrência de fatores que dificultam o funcionamento eficiente do serviço de saúde.

3.6 ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

3.6.1 Gestão de pessoas

A gestão de pessoas trata-se de um conjunto de políticas e práticas adotadas por uma instituição, com objetivo de agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas (MENEGAZ; FONTES, 2018). A gestão de pessoas envolve aspectos quantitativos, qualitativos, modelos de trabalho, salários, benefícios, plano de carreira, recrutamento e seleção, capacitação, avaliação de *performance*, dentre outros elementos associados a instituição (CHIAVENATO, 2014).

Por muito tempo a “gestão de pessoas” era encarada como um segmento que só gera despesas para empresa. Entretanto, a qualidade dos recursos representa um elemento chave para o sucesso na gestão dos serviços de saúde, logo compreende-se que a gestão de pessoas é o início do processo de gestão e não a sua finalização (KURCGANT et al., 2019). A gestão adequada dos recursos humanos possibilita que o colaborador se torne mais feliz e consciente do trabalho que executa o que por sua vez, resulta no melhor desempenho profissional (KURCGANT et al., 2019).

Considerando os aspectos envolvidos na gestão de pessoas, a política institucional do ISD se aplicada por meio das seguintes ações:

- a) Seleção e Recrutamento

Trata-se do processo de seleção e recrutamento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD. O objetivo geral é compor uma equipe qualificada para a execução dos processos de trabalho do instituto. Para tanto, todo processo seletivo ocorre através de edital de seleção, conforme consta no ANEXO H.

b) Programa de Treinamento e Desenvolvimento Profissional (PTDP)

O PTDP tem como propósito capacitar e desenvolver habilidades e competências para o exercício das atividades nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD. O programa é coordenado por um enfermeiro de educação permanente, que atua com foco nas necessidades do serviço e do colaborador. As atividades de educação são realizadas conforme cronograma anual de intervenções educativas.

c) Dimensionamento dos recursos humanos

Trata-se da disponibilidade adequada de recursos humanos no serviço de saúde, sendo definida por meio da análise da carga horária média de trabalho na unidade, da distribuição percentual dos profissionais, do índice de segurança técnica (IST) e do tempo efetivo de trabalho. Em resumo, envolve a disponibilidade suficiente de profissionais para atender as demandas do serviço e alcançar as metas definidas pelo ISD.

d) Avaliação da *Performance* Profissional

Compreende um processo contínuo de avaliação do profissional no serviço de saúde, cujo objetivo é identificar o seu desempenho no exercício da função que ocupa. A avaliação é realizada por meio da análise do comportamento no trabalho, do conhecimento, das competências, das habilidades, da produtividade, da eficácia e eficiência, assim como a satisfação do colaborador e da instituição.

e) Incentivo ao autocuidado

A expressão estilo de vida tem o seu conceito bem amplo e abrangente, que pode ser descrito como um conjunto de ações cotidianas e de aspectos comportamentais de um único indivíduo ou de um determinado grupo de pessoas, que são expressos de acordo com sua rotina, hábitos e o meio em que está inserido (RODRIGUEZ ANEZ; PETROSKI; REIS, 2008). O estilo que o sujeito adota para sua vida vai de acordo com sua personalidade e pode influenciar diretamente na sua saúde, como bons ou maus hábitos alimentares, a prática de exercício físico regular ou sedentarismo, entre outros (MADUREIRA et al., 2009).

Considerando que o bem-estar e o estilo de vida adotado pelo colaborador podem influenciar no seu desempenho profissional, nos municípios de atuação do ISD, a OS busca parcerias em acadêmicas, estabelecimentos de saúde, cultura e lazer, a fim de obter descontos e inserir o colaborador em atividades que possam promover o seu bem-estar e autocuidado. Além disso, também são realizadas por meio PTDP atividades de conscientização sobre a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis e os benefícios no cuidado com a mente e o corpo.

3.6.2 Dimensionamento de pessoal

A equipe necessária para atuar no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será composta por profissionais direcionados a assistência clínica e ao apoio as atividades operacionais e assistenciais. Os dimensionamento da equipe será equalizado em conformidade com os Conselhos de Classe de cada categoria profissional e as necessidades do serviço de saúde. Em situações de epidemias, mediante a necessidade de readequação do quadro de profissionais, o ISD realizará os ajustes necessários após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, havendo necessidades também será realizado ajustes financeiros, que serão contemplado em termo aditivo.

3.6.3 Composição da equipe

Para execução dos serviços de saúde no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, a equipe mínima necessária será compostas pelos profissionais descritos no Quadro 4. Destaca-se, que a contratação dos profissionais será realizada por meio de processo seletivo, conduzido de forma pública e impessoal, sendo o mesmo divulgado por meio de editais de seleção. Ademais, o Quadro 5 mostra a relação salários, encargos e provisionamentos e os benefícios para os profissionais contratados em regime CLT.

Quadro 4. Relação das categorias, quantitativo e carga horária / regime de trabalho dos profissionais do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

Profissionais	Quantidade de Profissionais					
	Carga horária					
	12 x 36h	12h	16h	20h	30h	40h
Equipe Técnica Multidisciplinar						
Assistente Social					1	
Nutricionista					1	
Enfermeiro(a)	5					
Técnico(a) de Enfermagem	8					
Médico(a) Ginecologista			1			
Médico(a) Ortopedista			1			
Médico Generalista - Diurno		2				
Médico Generalista – Noturno		2				
Gerência Técnica – Administrativa						
Gerente Administrativo						1
Analista Administrativo						1
Auxiliar de Almoxarifado						1
Auxiliar de RH						1
Auxiliar de Faturamento / SAME						1
Médico(a) - Diretor Clínico		1				
Médico(a) Radiologista		1				
Coordenador(a) de SCHI e NEP						1
Equipe de Apoio Operacional						
Auxiliar de Limpeza	7					
Controlador de Acesso	5					
Recepcionista	7					
Cozinheiro (a) – Diurno		3				
Auxiliar de Cozinha – Diurno		2				
Auxiliar de Manutenção Predial						1
Técnico de Imobilização				1		
Auxiliar de Lavanderia						2
Motorista de Ambulância						3
Total	32	11	2	1	2	12

Nota: os profissionais serão distribuídos para o pleno funcionamento do Pronto Atendimento, no período de 24 horas por dia, sete dias por semana durante o ano todo.

Quadro 5. Salário, encargos / provisionamentos e benefícios mensais para os profissionais em regime CLT.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL 2024 - BASE CLT																			
Função	Carga Horária/Semanal	Quant	SALÁRIO BASE	SALARIO BASE X QTDE FUNC	ADICIONAL INSALUBRIDADE X QTDE FUNC	ADICIONAL NOTURNO X QTDE FUNC	13º salário 8,33% X QTDE FUNC	Férias 11,11% X QTDE FUNC	H.E	IMPOSTO SOBREFÉRIAS 36,8%	MULTA RESCISÓRIA	FGTS 8%	INSS+RAT 22%	PIS 1%	Terceiros 5,80%	CESTABÁSICA	AUXILIO CRECHE	VALE TRANSPORTE	Custo MENSAL
Analista Administrativo	40 Horas	1	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 190,12	R\$ 253,57	R\$ 114,12	R\$ 93,32	R\$ 94,81	R\$ 237,03	R\$ 651,83	R\$ 29,63	R\$ 171,85	R\$ 182,00	R\$ 29,34	R\$ 23,47	R\$ 4.353,49
Auxiliar de RH	40 Horas	1	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 160,97	R\$ 214,69	R\$ 96,62	R\$ 79,01	R\$ 80,27	R\$ 200,68	R\$ 551,87	R\$ 25,09	R\$ 145,49	R\$ 182,00	R\$ 24,84	R\$ 19,87	R\$ 3.713,80
Auxiliar de limpeza (diurno)	12x36 Horas	3	R\$ 1.500,00	R\$ 4.500,00	R\$ 847,20	R\$ -	R\$ 445,42	R\$ 594,07	R\$ 267,36	R\$ 218,62	R\$ 222,12	R\$ 555,31	R\$ 1.527,11	R\$ 69,41	R\$ 402,60	R\$ 546,00	R\$ 68,73	R\$ 54,98	R\$ 10.318,94
Auxiliar de limpeza (noturno)	12x36 Horas	4	R\$ 1.500,00	R\$ 6.000,00	R\$ 1.129,60	R\$ 1.200,00	R\$ 693,86	R\$ 925,42	R\$ 416,48	R\$ 340,55	R\$ 346,01	R\$ 865,04	R\$ 2.378,85	R\$ 108,13	R\$ 627,15	R\$ 728,00	R\$ 107,06	R\$ 85,65	R\$ 15.951,80
Auxiliar de Almoarifado	40 Horas	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 148,47	R\$ 198,02	R\$ 89,12	R\$ 72,87	R\$ 74,04	R\$ 185,10	R\$ 509,04	R\$ 23,14	R\$ 134,20	R\$ 182,00	R\$ 22,91	R\$ 18,33	R\$ 3.439,65
Auxiliar de Faturamento/ SAMIE	40 Horas	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 148,47	R\$ 198,02	R\$ 89,12	R\$ 72,87	R\$ 74,04	R\$ 185,10	R\$ 509,04	R\$ 23,14	R\$ 134,20	R\$ 182,00	R\$ 22,91	R\$ 18,33	R\$ 3.439,65
Auxiliar de Lavanderia (diurno)	40 Horas	2	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00	R\$ 564,80	R\$ -	R\$ 296,95	R\$ 396,05	R\$ 178,24	R\$ 145,75	R\$ 148,08	R\$ 370,21	R\$ 1.018,07	R\$ 46,28	R\$ 268,40	R\$ 364,00	R\$ 45,82	R\$ 36,65	R\$ 6.879,30
Auxiliar de Cozinha (diurno)	12x36 Horas	2	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00	R\$ 564,80	R\$ -	R\$ 296,95	R\$ 396,05	R\$ 178,24	R\$ 145,75	R\$ 148,08	R\$ 370,21	R\$ 1.018,07	R\$ 46,28	R\$ 268,40	R\$ 364,00	R\$ 45,82	R\$ 36,65	R\$ 6.879,30
Auxiliar de Manutenção Predial	40 Horas	1	R\$ 1.650,00	R\$ 1.650,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 160,97	R\$ 214,69	R\$ 96,62	R\$ 79,01	R\$ 80,27	R\$ 200,68	R\$ 551,87	R\$ 25,09	R\$ 145,49	R\$ 182,00	R\$ 24,84	R\$ 19,87	R\$ 3.713,80
Controlador de Acesso (noturno)	12x36 Horas	3	R\$ 1.650,00	R\$ 4.950,00	R\$ 847,20	R\$ 990,00	R\$ 565,37	R\$ 754,06	R\$ 339,36	R\$ 277,49	R\$ 281,94	R\$ 704,86	R\$ 1.938,36	R\$ 88,11	R\$ 511,02	R\$ 546,00	R\$ 87,23	R\$ 69,79	R\$ 12.950,80
Controlador de Acesso (diurno)	12x36 Horas	2	R\$ 1.650,00	R\$ 3.300,00	R\$ 564,80	R\$ -	R\$ 321,94	R\$ 429,38	R\$ 193,24	R\$ 158,01	R\$ 160,55	R\$ 401,36	R\$ 1.103,75	R\$ 50,17	R\$ 290,99	R\$ 364,00	R\$ 49,67	R\$ 39,74	R\$ 7.427,60
Cozinheira	12x36 Horas	3	R\$ 1.650,00	R\$ 4.950,00	R\$ 847,20	R\$ -	R\$ 482,91	R\$ 644,07	R\$ 289,86	R\$ 237,02	R\$ 240,82	R\$ 602,05	R\$ 1.655,62	R\$ 75,26	R\$ 436,48	R\$ 546,00	R\$ 74,51	R\$ 59,61	R\$ 11.141,40
Assistente Social	30 horas	1	R\$ 2.865,18	R\$ 2.865,18	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 262,19	R\$ 349,70	R\$ 157,38	R\$ 128,69	R\$ 130,75	R\$ 326,88	R\$ 898,92	R\$ 40,86	R\$ 236,99	R\$ 182,00	R\$ 40,46	R\$ 32,36	R\$ 5.934,75
Gerente Administrativo	40 Horas	1	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 440,02	R\$ 586,87	R\$ 264,12	R\$ 215,97	R\$ 219,43	R\$ 548,58	R\$ 1.508,60	R\$ 68,57	R\$ 397,72	R\$ 182,00	R\$ 67,89	R\$ 54,32	R\$ 9.836,51
Enfermeiro - Coordenador	12x36 Horas	1	R\$ 3.886,36	R\$ 3.886,36	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 347,26	R\$ 463,15	R\$ 208,44	R\$ 170,44	R\$ 173,17	R\$ 432,93	R\$ 1.190,56	R\$ 54,12	R\$ 313,87	R\$ 182,00	R\$ 53,58	R\$ 42,86	R\$ 7.801,14
Enfermeiro(a)(noturno)	12x36 Horas	4	R\$ 3.886,36	R\$ 15.545,44	R\$ 1.129,60	R\$ 3.109,09	R\$ 1.648,02	R\$ 2.198,02	R\$ 989,21	R\$ 808,87	R\$ 821,84	R\$ 2.054,60	R\$ 5.650,15	R\$ 256,83	R\$ 1.489,59	R\$ 728,00	R\$ 254,28	R\$ 203,43	R\$ 36.886,96
Motorista	40 Horas	3	R\$ 1.800,00	R\$ 5.400,00	R\$ 847,20	R\$ -	R\$ 520,39	R\$ 694,06	R\$ 312,36	R\$ 255,42	R\$ 259,51	R\$ 648,78	R\$ 1.784,14	R\$ 81,10	R\$ 470,36	R\$ 546,00	R\$ 80,29	R\$ 64,24	R\$ 11.963,85
Nutricionista	30 Horas	1	R\$ 3.261,63	R\$ 3.261,63	R\$ 242,20	R\$ -	R\$ 295,22	R\$ 393,74	R\$ 175,19	R\$ 144,90	R\$ 145,86	R\$ 364,64	R\$ 1.002,76	R\$ 45,58	R\$ 264,36	R\$ 182,00	R\$ 45,13	R\$ 36,10	R\$ 6.599,31
Recepcionista (diurno)	12x36 Horas	3	R\$ 1.750,00	R\$ 5.250,00	R\$ 847,20	R\$ -	R\$ 507,90	R\$ 677,40	R\$ 304,86	R\$ 249,28	R\$ 253,28	R\$ 633,20	R\$ 1.741,30	R\$ 79,15	R\$ 459,07	R\$ 546,00	R\$ 78,37	R\$ 62,69	R\$ 11.689,70
Recepcionista (noturno)	12x36 Horas	4	R\$ 1.750,00	R\$ 7.000,00	R\$ 1.129,60	R\$ 1.400,00	R\$ 793,82	R\$ 1.058,74	R\$ 476,48	R\$ 389,62	R\$ 395,86	R\$ 989,66	R\$ 2.721,56	R\$ 123,71	R\$ 717,50	R\$ 728,00	R\$ 122,48	R\$ 97,99	R\$ 18.145,01
Tecnico de Enfermagem (diurno)	12x36 Horas	4	R\$ 2.720,45	R\$ 10.881,80	R\$ 1.129,60	R\$ -	R\$ 1.000,55	R\$ 1.334,47	R\$ 600,57	R\$ 491,08	R\$ 498,96	R\$ 1.247,40	R\$ 3.430,34	R\$ 155,92	R\$ 904,36	R\$ 728,00	R\$ 154,38	R\$ 123,50	R\$ 22.680,94
Tecnico de Enfermagem (noturno)	12x36 Horas	4	R\$ 2.720,45	R\$ 10.881,80	R\$ 1.129,60	R\$ 2.176,36	R\$ 1.181,84	R\$ 1.576,26	R\$ 709,39	R\$ 580,06	R\$ 589,37	R\$ 1.473,41	R\$ 4.051,89	R\$ 184,18	R\$ 1.068,22	R\$ 728,00	R\$ 182,35	R\$ 145,88	R\$ 26.658,61
Coordenador de SCHI e NEP	40 Horas	1	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 356,72	R\$ 475,77	R\$ 214,12	R\$ 175,09	R\$ 177,89	R\$ 444,73	R\$ 1.223,01	R\$ 55,59	R\$ 322,43	R\$ 182,00	R\$ 55,04	R\$ 44,03	R\$ 8.008,84
Técnico de Imobilização	20 Horas	1	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 165,13	R\$ 220,24	R\$ 99,12	R\$ 81,05	R\$ 82,35	R\$ 205,87	R\$ 566,15	R\$ 25,73	R\$ 149,26	R\$ 182,00	R\$ 25,48	R\$ 20,38	R\$ 3.805,18
TOTAL		52	R\$ 54.590,43	R\$ 113.672,21	R\$ 14.644,60	R\$ 8.875,45	R\$ 11.431,46	R\$ 15.246,53	R\$ 6.859,61	R\$ 5.610,72	R\$ 5.699,33	R\$ 14.248,32	R\$ 39.182,88	R\$ 1.781,04	R\$ 10.330,03	R\$ 9.464,00	R\$ 1.763,41	R\$ 1.410,72	R\$ 260.220,31

*Nota: Os salários e benefícios poderão sofrer alterações em conformidade com a legislação vigente, determinações sindicais e de classes profissionais.

3.7 AÇÕES VOLTADAS A QUALIDADE

Nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem buscado a qualidade e segurança nos serviços oferecidos, como forma de atender as necessidades e expectativas dos usuários por meio da eficiência na gestão dos serviços de saúde (KURCGANT et al., 2019). Esse processo de transformação com ênfase na qualidade é decorrente da globalização, uso de novas tecnologias, socialização de informações, usuários mais conscientes, assim como devido à competitividade entre as organizações que gerenciam serviços de saúde (KURCGANT et al., 2019).

O alcance da “qualidade” do produto oferecido a sociedade, tem como premissa básica a implementação de processos de trabalho eficientes (KURCGANT et al., 2019), o que envolve o modelo gerencial adotado, a capacitação de recursos humanos, a organização dos processos de trabalho e, sobretudo, a assistência centrada nas necessidades do usuário (KURCGANT et al., 2019). O constructo “qualidade” pode ser abordado de diferentes maneiras, o *Institute of Medicine do Committe on Quality of Health Care in America*, descreve qualidade como (IOM, 2001): “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingirem desfechos desejados, tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional vigente”.

Para a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ, 2006), a qualidade resulta do conjunto de características de uma organização, que possibilita atender e satisfazer as necessidades implícitas e explícitas dos usuários e demais interessados. Para a *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), a qualidade pode ser descrita como a relação entre o grau de cuidados oferecidos ao paciente e a possibilidade desejada de recuperação, resultando na redução da probabilidade de eventos adversos, dado ao estado atual de saúde e conhecimento (JCAHO, 1989).

Percebe-se que o termo qualidade pode envolver múltiplas definições, quando se trata dos serviços de saúde. De acordo com Malik (2006), a qualidade em saúde deve envolver três grupos de critérios para conceituá-la, sendo eles: **a) Cidadão:** usuários diretos e indiretos do serviço de saúde; **b) Recursos humanos:** pessoas envolvidas na assistência em saúde e/ou nas ações com ênfase na saúde / qualidade de vida; **a) Tomadores de decisão:** pessoas responsáveis pela alocação de recursos, definição de prioridades, dentre outros, por exemplo, a coordenação administrativa.

Fundamentado nas mais variadas definições sobre qualidade, o ISD atua no gerenciamento dos serviços de saúde, com foco na obtenção de benefícios e na satisfação do usuário, assim como na cultura da Segurança do Paciente, direcionado a busca pela redução de danos desnecessários ao paciente, associado à assistência em saúde. Em resumo, o ISD por meio do seu processo de trabalho e metodologia de atuação, desenvolve a gestão de qualidade centrada nos colaboradores, no uso consciente dos recursos público e principalmente no atendimento de excelência aos usuários dos serviços de saúde.

Além disso, a gestão de qualidade promovida pelo ISD está alicerçada nos setes pilares da qualidade descritos por Donabedian (1990), sendo eles:

1. **Eficácia:** a capacidade do cuidado, em sua melhor forma, de melhorar a saúde;
2. **Efetividade:** o grau em que as melhorias de saúde alcançáveis são alcançadas;
3. **Eficiência:** a capacidade de obter a maior melhoria da saúde com o menor custo;
4. **Otimidade:** o balanceamento mais vantajoso de custos e benefícios;
5. **Aceitabilidade:** conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, a relação paciente-profissional, as comodidades, os efeitos do cuidado e o custo do cuidado;
6. **Legitimidade:** conformidade com as preferências sociais em relação a todos os itens acima;
7. **Equidade:** equidade na distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde.

3.7.1 Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e produtividade

A construção e avaliação de indicadores de desempenho (eficiência, eficácia e efetividade), com base em padrões e critérios pré-definidos, é uma constante nos serviços de saúde (KURCGANT et al., 2019). De acordo com Donabedian (1990), “padrão” refere-se a uma medida “quantitativa específica”, capaz de definir a qualidade almejada, ou seja, é um componente estrutural, de processo ou resultado que permitir efetuar a mensuração da qualidade.

Para medir a qualidade desejada em um serviço de saúde, é necessário o uso de indicadores. O “indicador” é uma expressão numérica (unidade de medida) adotada para

mensurar e monitorar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço de saúde (JCAHO, 1989). Em termos práticos, os indicadores são utilizados para compreender o sistema de saúde e determinar como ele pode ser melhorado; comparar o desempenho do serviço de saúde com modelos padrão e; possibilitar a transparência na tomada de decisão (KURCGANT et al., 2019).

Considerando a metodologia de trabalho do ISD, a importância no uso de indicadores para medir a qualidade dos serviços de saúde, a implementação de ações corretivas baseada em dados e a necessidade de obtenção e divulgação de informações, o monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e produtividade no Pronto Atendimento será realizado conforme as etapas descritas na Figura 11, já mencionada na sessão “ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE TRABALHO.

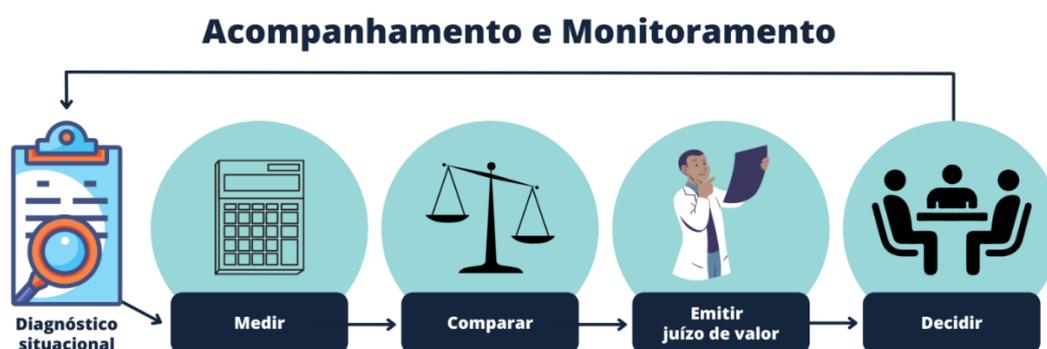


Figura 11. Etapas do acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

Os indicadores são construídos e monitorados pela **Equipe Gestora**, formada pelo coordenador administrativo, supervisor de enfermagem e diretor técnico (médico), podendo contar com a colaboração de outros profissionais. A construção dos indicadores de qualidade é composta pelos seguintes itens (KURCGANT et al., 2019): **a) Numerador:** representa o total de eventos pré-definidos e; **b) Denominador:** representa a população de risco selecionada. Destaca-se, que os indicadores elaborados devem apresentar confiabilidade, validade, sensibilidade, especificidade e valores preditivos (KURCGANT et al., 2019).

Um exemplo clássico de indicador de qualidade é a Densidade de Incidência da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), sendo este um indicador amplamente utilizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cujos valores mensurados podem refletir, por exemplo, a ausência e/ou realização frequente de higiene oral no paciente com ventilador

mecânico. Em resumo, as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem (higiene oral) e/ou aspiração oral podem refletir na redução e/ou aumento da incidência de PAV.

Neste contexto, a premissa básica para elaboração dos indicadores é possibilitar que os mesmos sejam passíveis de serem estudados e comparáveis (*benchmarking*), no âmbito do serviço de saúde, com padrões internos e externos (KURCGANT et al., 2019). O *benchmarking* pode ser descrito como o processo de criação de parâmetros, comparação de metas, fatos e dados internos ou externos, como instrumentos para o conhecimento das mudanças ocorridas em um serviço de saúde e/ou instituição (BITTAR, 2001).

A principal finalidade do *benchmarking* é a busca por melhorias na organização do serviço, a partir da avaliação e comparação de indicadores. Em uma instituição, podemos dividi-lo em: *benchmarking* interno, *benchmarking* funcional, *benchmarking* genérico e *benchmarking* competitivo (BITTAR, 2001). Destaca-se, que no *benchmarking* os indicadores buscam medir aspectos quantitativos e qualitativos relacionados ao meio ambiente, a estrutura, aos processos e aos resultados de um determinado serviço (BITTAR, 2001).

Para o monitoramento da qualidade da assistência em saúde no Pronto Atendimento, o ISD adotará indicadores para medir e comparar as dimensões descritas por Donabedian (1992), sendo elas: estrutura, processo e resultado. Para tanto, serão adotados os indicadores desempenho que estejam em conformidade com as metas qualitativas e quantitativas deste Programa de Trabalho. A frequência e/ou intervalo de avaliação dos indicadores será definida pela Equipe Gestora, devendo estar em consonância com a SMS de Jacupiranga-SP, assim como com o tempo de efeito das intervenções que serão realizadas no serviço de saúde.

3.7.2 Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho

No decorrer da implementação do processo de trabalho em um serviço de saúde, com foco em atingir as metas pré-estabelecidas, podem ser tomadas decisões para melhorias e/ou ações corretivas para a obtenção dos resultados finais, neste caso especificamente o alcance das metas de cada indicador. A busca por melhorias é uma constante no setor industrial e de saúde, principalmente através do desenvolvimento de planos estratégicos para desenvolver e oferecer produtos de qualidade, assim como evitar desperdícios e reduzir custos (HOLANDA; SOUZA; FRANCISCO, 2013).

A *International Organization for Standardization* (ISO), no Brasil representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR), é uma organização que busca normalizar a utilização de produtos e serviços, com ênfase em diretrizes para melhorar a qualidade. Neste contexto, a Norma NBR ISO 9001:2015, trata especificamente dos Sistemas de Gestão da Qualidade. Entende-se, como um Sistema de Gestão da Qualidade, “as decisões de uma empresa para melhorar o seu desempenho global”, com objetivo em atender as necessidades e aumentar a satisfação do cliente.

Para o alcance de resultados satisfatórios, é fundamental a definição de processos, instrumentos e métodos de gerenciamento (OLIVEIRA; REIS, 2016). Sendo a qualidade um requisito indispensável em um serviço de saúde, a análise e correção de situações que interferem nos processos produtivos se faz necessárias (HOLANDA; SOUZA; FRANCISCO, 2013). Uma ação corretiva, envolve a investigação, análise e correção das causas de itens em não-conformidades, que estejam interferido no resultado final da produção.

Existem diversos métodos, para o monitoramento do processo gerencial em um serviço de saúde, dentre eles destaca-se o PDCA, em inglês *Plan, Do, Check e Action*, ou seja, planejar, executar, verificar e agir corretivamente (OLIVEIRA; REIS, 2016). O PDCA trata-se de um método aplicado na busca por melhoria contínua e controle eficaz das atividades de gestão por meio da padronização das informações para o controle de qualidade (PRATES; STADNIK, 2017). No Pronto Atendimento, o PDCA será adotado pela Equipe Gestora, para a organização, acompanhamento e implementação de ações corretivas. A seguir será descrito as definições de cada etapa do PDCA (COSTA, 2007; SILVA et al., 2017).

- **Plan (Planejar):** caracteriza-se pela compreensão e descrição detalhada do que se pretende com todo processo, ou seja, consiste em definir as ações necessárias, dimensionar os recursos e condições, identificar as dependências e as implicações, atribuir às responsabilidades e especificar o processo de medição do desempenho e dos resultados esperados. É nesta fase que se elegem os itens prioritários para implementação.
- **Do (Executar):** trata-se da execução das ações planejadas inicialmente, ou seja, desde a obtenção de recursos e condições até a implantação do processo de medição e controle. O resultado é um conjunto de sistemas, processos, equipamentos, dentre

outros previstos no plano, devidamente implementado e em condições de ser operado e de produzir os efeitos desejados.

- **Check (Verificar):** implica em assegurar que o processo tenha sido executado mediante a observação detalhada de seu desempenho planejado inicialmente. Para isso, usam-se relatórios de acompanhamento e de desvios, mostrando o atendimento ou não dos parâmetros de controle estabelecidos.
- **Action (Atuar):** nessa fase verificam-se os resultados do processo, por meio da análise dos erros e acertos das ações executadas. A partir da análise dos relatórios de acompanhamento, podem ocorrer duas situações: ou tudo deu certo, ou houve problemas. A primeira hipótese significa que o processo de trabalho foi favorável e bem-sucedido, devendo ser institucionalizado e transformado como “padrão”, para que outras pessoas possam ser treinadas para agir da mesma forma. A segunda hipótese manifesta a necessidade de ações corretivas em busca de melhores resultados.

No Pronto Atendimento, as etapas do PDCA (Figura 12) serão aplicadas conforme descrição no Quadro 6. A Equipe Gestora será responsável pelo desenvolvimento do PCDA no serviço de saúde.



Figura 12. Etapas do PDCA - *Plan, Do, Check e Action.*
Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6. PDCA - *Plan, Do, Check e Action* no Pronto Atendimento.

ETAPAS DO PDCA	Pronto Atendimento
P (Planejar)	Elaboração do programa de trabalho, com os protocolos assistenciais, ações prioritárias, recursos humanos necessários e definição os indicadores.
D (Executar)	Execução do programa de trabalho com ênfase no alcance dos indicadores almejados.
C (Verificar)	Monitoramento dos indicadores almejados com análise crítica sobre os impedimentos (desvios) para o alcance do resultado esperado.
A (Atuar)	Implementação de ações corretivas na busca por melhorias nos processos ou padronização dos itens que foram favoráveis ao alcance das metas.

Fonte: Elaboração própria.

Para o sucesso das ações corretivas de desempenho, a Equipe Gestora implantará as seguintes atividades:

- a) Aplicação e documentação do PDCA em relatórios estatísticos, com análises quantitativas e qualitativas;
- b) Uso de *software* para monitoramento de tendências, em especial por meio de gráficos de tendência e prevalência;
- c) Execução de medidas contínuas dos indicadores almejados, sendo aplicadas em intervalos pré-definidos, de acordo com o tipo de indicador;
- d) Comparação entre dados basais (antes das intervenções realizadas) e pós-intervenção, para verificação do efeito das ações realizadas;
- e) Análise constante das causas de “não-conformidade” com o programa de trabalho e alcance dos indicadores pré-definidos;
- f) Monitoramento dos setores dos serviços de saúde, em especial da execução dos protocolos assistenciais.
- g) Reuniões e discussões da Equipe Gestora, com ênfase na tomada de decisão para o alcance de melhores resultados.

3.7.3 Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação

A organização do recebimento do usuário e a pesquisa de satisfação será realizada pelo Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), cuja equipe de coordenação será composta pelo coordenador administrativo, assistente administrativo e assistente social. O principal objetivo do SAU é promover a aproximação entre o serviço de saúde e o usuário, assim como melhorar os processos de trabalho e a satisfação do cliente. As ações do SAU estão relacionadas às dimensões: atendimento, direitos e deveres do usuário, pesquisa de satisfação e ouvidoria. A Figura 13 mostra a relação entre essas dimensões.

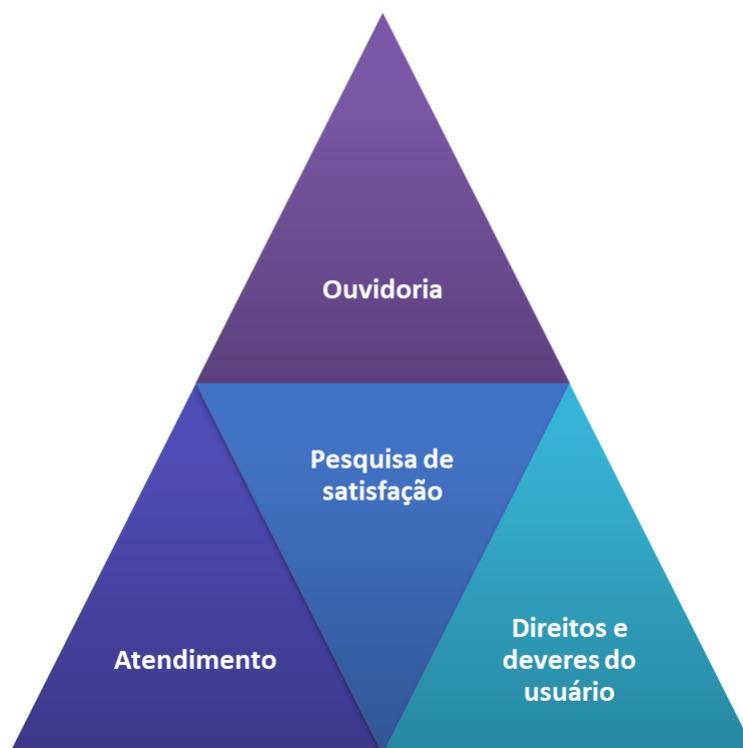


Figura 13. Serviço de atendimento ao usuário.
Fonte: Elaboração própria.

Para otimizar o contato com o usuário do serviço de saúde, a atuação do SAU envolverá os seguintes itens:

- a) Recebimento de solicitações, sugestões, reclamações, denúncias e elogios;

- b) Oferta de atendimento *on-line* por meio da elaboração de canais de contato entre o SAU e o usuário do serviço, por exemplo, site do ISD “fale conosco”, whatsapp institucional, facebook institucional, telefone e ou e-mail;
- c) Oferta de atendimento *off-line* através da sala do SAU disponível dentro do serviço de saúde;
- d) Em todos os cenários de atendimento do SAU serão resguardados a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais prerrogativas legais vigentes;
- e) O tempo de resposta do SAU, aos apontamentos do usuário, não poderá ultrapassar 48 horas, a partir da notificação recebida;
- f) O SAU em conjunto com a Equipe Gestora deve buscar soluções para os problemas apontados pelos usuários;
- g) Finalizadas as ações e proposições para melhorias do serviço, o usuário receberá uma notificação sobre as medidas realizadas pelo SAU, diante aos apontamentos encaminhados;
- h) O SAU será responsável pela pesquisa de satisfação do usuário no serviço de saúde;
- i) Mensalmente o SAU deve emitir um relatório geral com o balanço dos atendimentos realizados e ações implementadas;
- j) É papel do SAU zelar pela eficiência do atendimento realizado pelo ISD.

3.7.3.1 Atendimento ao usuário

O atendimento do SAU aos usuários do Pronto Atendimento no formato *on-line* será oferecido 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. O atendimento no formato *off-line* será realizado de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 18:00h. Ressalta-se, que as respostas para os apontamentos recebidos no formato *on-line* serão realizadas durante o período de atendimento *off-line*, ou seja, em horário administrativo.

Os atendimentos do SAU, conseqüentemente do Pronto Atendimento serão realizados de acordo com os seis princípios básicos de ingresso digno nos serviços de saúde (públicos ou privados), descritos na **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde** (BRASIL, 2011), sendo eles:

- I. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- II. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- III. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- IV. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seu direitos;
- V. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- VI. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Ressalta-se, que também faz parte do atendimento a implementação dos protocolos assistências, desde a chegada do paciente no serviço até a resolução do caso, sendo este um dos parâmetros que devem ser adotados na pesquisa de satisfação do usuário.

3.7.3.2 Direitos e deveres do usuário

No Pronto Atendimento serão resguardadas as diretrizes contidas na RESOLUÇÃO N° 553, DE 09 DE AGOSTO DE 2017, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Ressalta-se, que essas diretrizes podem estar direta ou indiretamente relacionadas aos serviços oferecidos pelo Pronto Atendimento. As ações do SAU serão norteadas pelas diretrizes descritas a seguir.

Primeira diretriz: toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

- a) Cada pessoa possui o direito de ser acolhida no momento em que chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, independentemente de senhas ou procedimentos burocráticos, respeitando as prioridades garantidas por lei;

- b) A promoção e a proteção da saúde devem estar relacionadas com as condições sociais, culturais e econômicas das pessoas, incluídos aspectos como:
- Segurança alimentar e nutricional;
 - Saneamento básico e ambiental;
 - Tratamento às doenças negligenciadas conforme cada região do País;
 - Iniciativas de combate às endemias e doenças transmissíveis;
 - Combate a todas as formas de violência e discriminação;
 - Educação baseada nos princípios dos Direitos Humanos;
 - Trabalho digno; e
 - Acesso à moradia, transporte, lazer, segurança pública e previdência social.
- c) O acesso ao serviço de saúde se dará preferencialmente na Atenção Básica;
- d) Nas situações de urgência e emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade;
- e) Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema;
- f) O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação, com transparência;
- g) Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Segunda diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada.

- a) É direito da pessoa ter atendimento adequado, inclusivo e acessível, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:

- Atendimento ágil, com estratégias para evitar o agravamento, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;
- Espaços de diálogo entre usuários e profissionais da saúde, gestores e defensoria pública sobre diferentes formas de tratamentos possíveis;
- Informações sobre o seu estado de saúde, de forma objetiva, respeitosa, compreensível, e em linguagem adequada a atender a necessidade da usuária e do usuário, quanto a:
 - ✓ Possíveis diagnósticos;
 - ✓ Diagnósticos confirmados;
 - ✓ Resultados dos exames realizados;
 - ✓ Tipos de exames solicitados, as justificativas e riscos;
 - ✓ Objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;
 - ✓ Duração prevista do tratamento proposto;
 - ✓ Quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;
 - ✓ A necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;
 - ✓ Artes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;
 - ✓ Duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
 - ✓ Evolução provável do problema de saúde;
 - ✓ Informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;
 - ✓ Outras informações que forem necessárias;
 - ✓ Que toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde;
 - ✓ O registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:
 - ❖ Motivo do atendimento ou internação;
 - ❖ Dados de observação e da evolução clínica;
 - ❖ Prescrição terapêutica;
 - ❖ Avaliações dos profissionais da equipe;
 - ❖ Procedimentos e cuidados de enfermagem;

- ❖ Quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;
 - ❖ A quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
 - ❖ Identificação do responsável pelas anotações;
 - ❖ Data e local e identificação do profissional que realizou o atendimento;
 - ❖ Outras informações que se fizerem necessárias;
 - ❖ O acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;
- O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas deverão conter:
 - ✓ O nome genérico das substâncias prescritas;
 - ✓ Clara indicação da dose e do modo de usar;
 - ✓ Escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;
 - ✓ Textos sem códigos ou abreviaturas;
 - ✓ Nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e
 - ✓ A assinatura do profissional e a data;
- b) Recebimento dos medicamentos, quando prescritos, que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo, deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde;
- c) A garantia do acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário, extensivo à rede de apoio;
- d) O encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha:
- Caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;
 - Resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
 - Linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;

- Nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e
- Identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade a que está sendo encaminhada.

Terceira diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível.

- a) Nos serviços de saúde haverá igual visibilidade aos direitos e deveres das pessoas usuárias e das pessoas que trabalham no serviço de saúde;
- b) A Rede de Serviços do SUS utilizará as tecnologias disponíveis para facilitar o agendamento de procedimentos nos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.
- c) Os serviços de saúde serão organizados segundo a demanda da população, e não limitados por produção ou quantidades de atendimento pré-determinados;
- d) A utilização de tecnologias e procedimentos nos serviços deverá proporcionar celeridade na realização de exames e diagnósticos e na disponibilização dos resultados;
- e) Haverá regulamentação do tempo de espera em filas de procedimentos;
- f) A lista de espera de média e alta complexidade deve considerar a agilidade e transparência;
- g) As medidas para garantir o atendimento incluem o cumprimento da carga horária de trabalho dos profissionais de saúde;
- h) Nas situações em que ocorrer a interrupção temporária da oferta de procedimentos como consultas e exames, os serviços devem providenciar a remarcação destes procedimentos e comunicar aos usuários;
- i) As redes de serviço do SUS deverão se organizar e pactuar no território a oferta de plantão de atendimento 24 horas, inclusive nos finais de semana;
- j) Cada serviço deverá adotar medidas de manutenção permanente dos equipamentos, bens e serviços para prevenir interrupções no atendimento;
- k) É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições

econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

- Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;
- A identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e por outras formas de identificação de fácil percepção;
- Nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:
 - ✓ Integridade física;
 - ✓ Privacidade e ao conforto;
 - ✓ A individualidade;
 - ✓ Aos seus valores éticos, culturais, religiosos e espirituais;
 - ✓ A confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
 - ✓ A segurança do procedimento;
 - ✓ O bem-estar psíquico e emocional;
 - ✓ A confirmação do usuário sobre a compreensão das questões relacionadas com o seu atendimento e possíveis encaminhamentos;
- O atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada;
- O direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;
- O direito a acompanhante, nos casos de internação, nas situações previstas em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida, com oferta de orientação específica e adequada para os acompanhantes;
- O direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente, abertas em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;
- A continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente;

- A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências e a relação custo-benefício da escolha de tratamentos, com direito à recusa, atestado pelo usuário ou acompanhante;
- A escolha do local de morte;
- O direito à escolha de tratamento, quando houver, inclusive as práticas integrativas e complementares de saúde, e à consideração da recusa de tratamento proposto;
- O recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;
- A opção de marcação de atendimento pessoalmente, por telefone e outros meios tecnológicos disponíveis e acessíveis;
- O recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;
- A não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação;
- A espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo a sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas;
- Soluções para que não haja acomodação de usuários em condições e locais inadequados.

Quarta diretriz: toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.

Esses direitos serão garantidos por meio de:

- a) Escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo;
- b) Sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública;

- c) Acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio;
- d) Obtenção de laudo, relatório e atestado sempre que justificado por sua situação de saúde;
- e) Consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;
- f) Pleno conhecimento de todo e qualquer exame de saúde admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, ou demissional realizado e seus resultados;
- g) A indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;
- h) O recebimento ou a recusa à assistência religiosa, espiritual, psicológica e social;
- i) A liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados;
- j) A não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso:
 - Que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa;
 - Que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados; e
 - Que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido;
- k) Direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro

mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e

- l) A participação nos processos de indicação e eleição de seus representantes nas Conferências, nos Conselhos de Saúde e nos Conselhos Gestores da Rede SUS.

Quinta diretriz: toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Para essas diretrizes as pessoas deverão:

- a) Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre:
 - Queixas;
 - Enfermidades e hospitalizações anteriores;
 - História de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas, exames anteriores;
 - Demais informações sobre seu estado de saúde.
- b) Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas;
- c) Seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento;
- d) Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;
- e) Assumir a responsabilidade formal pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;
- f) Contribuir para o bem-estar de todas e todos nos serviços de saúde, evitar ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborar com a segurança e a limpeza do ambiente;
- g) Adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;

- h) Realizar exames solicitados, buscar os resultados e apresentá-los aos profissionais dos serviços de saúde;
- i) Ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
- j) Cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios desta Resolução; adotar medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua saúde e da comunidade;
- k) Comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;
- l) Desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida; comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e
- m) Não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

Sexta diretriz: toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

- a) A educação permanente em saúde e a educação permanente para o controle social devem estar incluídas em todas as instâncias do SUS, e envolver a comunidade;
- b) As unidades básicas de saúde devem constituir conselhos locais de saúde com participação da comunidade;
- c) As ouvidorias, Ministério Público, audiências públicas e outras formas institucionais de exercício da democracia garantidas em lei, são espaços de participação cidadã;
- d) As instâncias de controle social e o poder público devem promover a comunicação dos aspectos positivos do SUS;
- e) Devem ser estabelecidos espaços para as pessoas usuárias manifestarem suas posições favoráveis ao SUS e promovidas estratégias para defender o SUS como patrimônio do povo brasileiro;
- f) Os direitos previstos nessa diretriz, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados sobre:

- O direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e o SUS;
 - Os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;
 - As ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e
 - A interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.
- g) Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a:
- Endereços;
 - Telefones;
 - Horários de funcionamento;
 - Ações e procedimentos disponíveis.
- h) Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível e acessível à população:
- Nome do responsável pelo serviço;
 - Nomes dos profissionais;
 - Horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço e;
 - Ações e procedimentos disponíveis.
- i) As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa;
- j) Os Conselhos de Saúde deverão informar à população sobre:
- Formas de participação;
 - Composição do Conselho de Saúde;
 - Regimento interno dos Conselhos;
 - Conferências de Saúde;

- Data, local e pauta das reuniões; e
 - Deliberações e ações desencadeadas
- k) Os direitos previstos nessa diretriz inclui a participação de Conselhos e Conferências de Saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

Sexta diretriz: toda pessoa tem direito a participar dos Conselhos e Conferências de Saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

- a) As Conferências Municipais de Saúde são espaços de ampla e aberta participação da comunidade, complementadas por Conferências Livres, distritais e locais, além das de plenárias de segmentos;
- b) Respeitada a organização da democracia brasileira, toda pessoa tem direito a acompanhar dos espaços de controle social, como forma de participação cidadã, observando o Regimento Interno de cada instância;
- c) Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância dessas diretrizes, comprometem-se a:
- Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação;
 - Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Resolução, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;
 - Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS;
 - Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Resolução;
 - Adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS;
 - Promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de:
- ✓ Otimizar o financiamento;

- ✓ Qualificar o atendimento aos serviços de saúde;
- ✓ Melhorar as condições de trabalho;
- ✓ Reduzir filas; e
- ✓ Ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

Além das diretrizes descritas anteriormente, o atendimento ao usuário do serviço de saúde será realizado em conformidade com a:

- **LEI N° 13.460, DE 26 DE JUNHO DE 2017** – Dispõe sobre a participação e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.
- **LEI N° 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990** – Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.
- **LEI N° 10.241, DE 17 DE MARÇO DE 1999** – Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde do Estado de São Paulo.
- **RESOLUÇÃO COFEN N° 564, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2017** – Dispõe sobre o Código de Deontologia de Enfermagem.
- **RESOLUÇÃO CFM N° 2.217, DE 27 DE SETEMBRO DE 2018** – Dispõe sobre o Código de Ética Médica.
- **RESOLUÇÃO CFF N° 711, DE 30 DE JULHO 2021** – Dispõe sobre o Código de Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
- **LEI N° 8.662, DE 13 DE MARÇO DE 1993** – Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

Para o efetivo cumprimento dos direitos e deveres do usuário, durante os treinamentos de integralização, os colaboradores receberam orientações sobre o papel do SAU e as prerrogativas legais que norteiam o atendimento ao usuário.

3.7.3.3 Pesquisa de satisfação

Um dos pressupostos básicos de um serviço de saúde é atender as necessidades dos usuários, ou seja, o usuário busca o serviço com a finalidade de que os profissionais de saúde resolvam o seu problema, ou que pelo menos atenuem o sofrimento humano (GOMIDE et al., 2018). Logo, compreende-se que a eficiência de um serviço de saúde depende dos processos de trabalho que são executados e conseqüentemente do produto final oferecido à população.

De todos os indicadores que podem ser mensurados em um serviço de saúde, a satisfação do usuário pode ser vista como um “potente indicador de resultado”, em especial para redefinir as práticas profissionais e refletir sobre a organização do serviço (MISHIMA et al., 2010). A “satisfação do usuário” apresenta polissemia conceitual e pode ser descrita com diferentes abordagens teóricas (MISHIMA et al., 2010; ESPERIDÃO; TRAD, 2006). Segundo Boulding et al (1993), a satisfação do cliente possui dois conceitos:

- a) **Satisfação específica:** experiência particular com um produto ou serviço, medida em curto prazo, trata-se da avaliação particular de um produto ou serviço, a partir de encontros de curto prazo;
- b) **Satisfação acumulada:** experiência particular com uma empresa ou mercado, medida em longo prazo, ou seja, da *performance* atual e de longo prazo de um serviço no mercado.

Por se tratar de um serviço com elevada rotatividade de usuários, a pesquisa de satisfação do Pronto Atendimento será adotada dentro do contexto de satisfação específica (BUDING et al., 1993), sendo aqui também compreendida como o “bem-estar” percebido pelo usuário durante o atendimento realizado. Neste contexto, pressupõe-se que a satisfação pode ser avaliada durante todo o percurso do usuário no serviço de saúde, cujos objetivos são de atender as expectativas do usuário e avaliar sua percepção sobre o cuidado recebido (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006).

Considerando o percurso do paciente no Pronto Atendimento, a satisfação do usuário será realizada por meio de um formulário padronizado para análise de 10 indicadores associados às dimensões:

- a) Instalações físicas;
- b) Atendimento médico;
- c) Atendimento de enfermagem;
- d) Atendimento farmacêutico;
- e) Atendimento administrativo;
- f) Atendimento da recepção;
- g) Limpeza e conservação;
- h) Conforto local;
- i) Resolução de problema;
- j) Tempo de espera.

As alternativas de respostas do formulário estão no formato de escala tipo *likert* (1 a 5 pontos), com parâmetro de avaliação de “De “Nem um pouco Satisfeito a Completamente Satisfeito”, onde 1 (um) representa o pior indicador possível e 5 (cinco) o melhor indicador (ANEXO J). A pontuação total obtida com a somatória de todas as dimensões do formulário varia entre 10 a 50 pontos. Neste contexto, serão adotados como critérios de estratificação para mensuração da satisfação do usuário: 0 a 10 pontos = Nem um pouco satisfeito; 11 a 20 pontos = Um pouco satisfeito; 21 a 30 pontos = Satisfeito; 31 a 50 pontos = Muito satisfeito / Completamente Satisfeito.

Dimensões da pesquisa de satisfação

- a) **Instalações físicas:** trata-se da infraestrutura do serviço de saúde, por exemplo, acessibilidade, pintura, disposição das salas, informativos, dentre outros.
- b) **Atendimento médico:** refere-se ao atendimento realizado pelo profissional médico, desde a abordagem inicial até a resolução do caso.
- c) **Atendimento de enfermagem:** consiste na assistência de enfermagem, desde a classificação de risco até os cuidados realizados no tratamento do paciente.
- d) **Atendimento farmacêutico:** envolve a assistência farmacêutica na dispensação de medicamentos.
- e) **Atendimento administrativo:** caracterizado pelo atendimento do SAU *on-line* e *off-line*.

- f) **Atendimento da recepção:** diz respeito ao recebimento e atendimento do paciente na recepção do serviço de saúde.
- g) **Limpeza e conservação:** trata-se da limpeza local e conservação de equipamentos que são utilizados pelos usuários.
- h) **Conforto local:** consiste na climatização do ambiente, ventilação, no conforto físico, dentre outros.
- i) **Resolução de problema:** envolve a percepção do usuário sobre a relação entre a queixa apresenta e a resolução do problema.
- j) **Tempo de espera:** caracterizado pela percepção do usuário em relação ao tempo de espera no atendimento recebido.

Considerando as orientações contidas no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 002/2024, a amostra de respondentes da pesquisa de satisfação será obtida pelo cálculo referente ao número de pacientes avaliados durante o mês dividido pelo número de pacientes atendidos x 100. Ao final, espera-se que no mínimo 30% deste montante respondam o questionário de satisfação.

Serão incluídas na pesquisa de satisfação, pessoas com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, que manifestarem o interesse em participar após abordagem inicial realizada por um colaborador do serviço de saúde. A seleção dos participantes será realizada de forma consecutiva durante a rotina de atendimentos na unidade, com meta a incluir toda população de usuários do Pronto Atendimento e desde que atenda ao tamanho amostral mínimo estipulado. Para aquelas que apresentarem dificuldades em responder o questionário, oferecido o heteropreenchimento com ajuda de um colaborador.

A metodologia e aplicação da pesquisa de satisfação serão organizadas e conduzidas pelo SAU, de acordo com as características do serviço de saúde e da população atendida, podendo ser realizada através de impressos, totem e/ou de forma virtual. As pesquisas de satisfação serão realizadas mensalmente, sendo os resultados compilados e submetidos à análise estatística descritiva. Ao término das análises serão gerados relatórios para o acompanhamento e sugestão de mudanças propostas pelo SAU, Equipe Gestora e/ou SMS. Ressalta-se, que os resultados da pesquisa serão divulgados em locais de fácil visualização do usuário e dos colaboradores do serviço.

3.7.3.4 Ouvidoria

A ouvidoria do Pronto Atendimento será coordenada pelo SAU, sendo caracterizada como um canal de comunicação para receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios, dentre outras manifestações do usuário perante o serviço prestado. De acordo com a Lei N° 13.460/17, as ouvidorias têm como atribuições precípua:

- a) Promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário;
- b) Acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade;
- c) Propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços;
- d) Auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta Lei;
- e) Propor a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta Lei;
- f) Receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e
- g) Promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes.

Além das atribuições fundamentais descritas na Lei N° 13.460/17, o ISD por meio da implementação da ouvidoria tem como objetivos:

- a) Garantir a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário;
- b) Favorecer a comunicação entre o serviço de saúde e o usuário;
- c) Fortalecer o controle social do serviço de saúde;
- d) Formalizar os apontamentos do usuário;
- e) Servir de ferramenta de gestão e controle de qualidade.

A ouvidoria do Pronto Atendimento funcionará de forma ininterrupta durante os dias da semana. As manifestações dos usuários deverão ser registradas no formato *on-line* através do canal “fale conosco” disponível no site do ISD e/ou no formato *off-line* por meio do preenchimento do formulário de ouvidoria disponível em caixas dispostas no serviço de saúde e na sala de atendimento do SAU. A Figura 14 mostra a dinâmica da ouvidoria que será adotada pelo ISD no serviço de saúde.



Figura 14. Etapas da ouvidoria.
Fonte: Elaboração própria.

3.7.4 Monitoramento e garantia da qualidade da informação

A garantia de uma informação de qualidade é a premissa básica para análise da situação de um serviço de saúde, para a tomada de decisão baseada em indicadores. Entretanto, segundo o *Measure Evaluation* (2015) o uso de dados para tomar decisões baseadas em evidências ainda é incipiente na maioria dos países de baixa e média renda. A *Measure Evaluation* é um projeto financiado pela *United States Agency for International Development*, que trabalha com ênfase no fortalecimento dos sistemas de informação em saúde (SIS) (MEASURE EVALUTION, 2015).

A ausência de dados e/ou dados de baixa qualidade pode resultar em serviços de saúde ineficientes. Logo, o *Measure Evaluation* (2015) propõe métodos para a “*Routine Health Information Systems* (RHIS)”, ou seja, a sistematização no uso regular de informações confiáveis dentro de um sistema de saúde. A Figura 15 mostra esquematicamente o método proposto pela *Measure Evaluation* (2015).

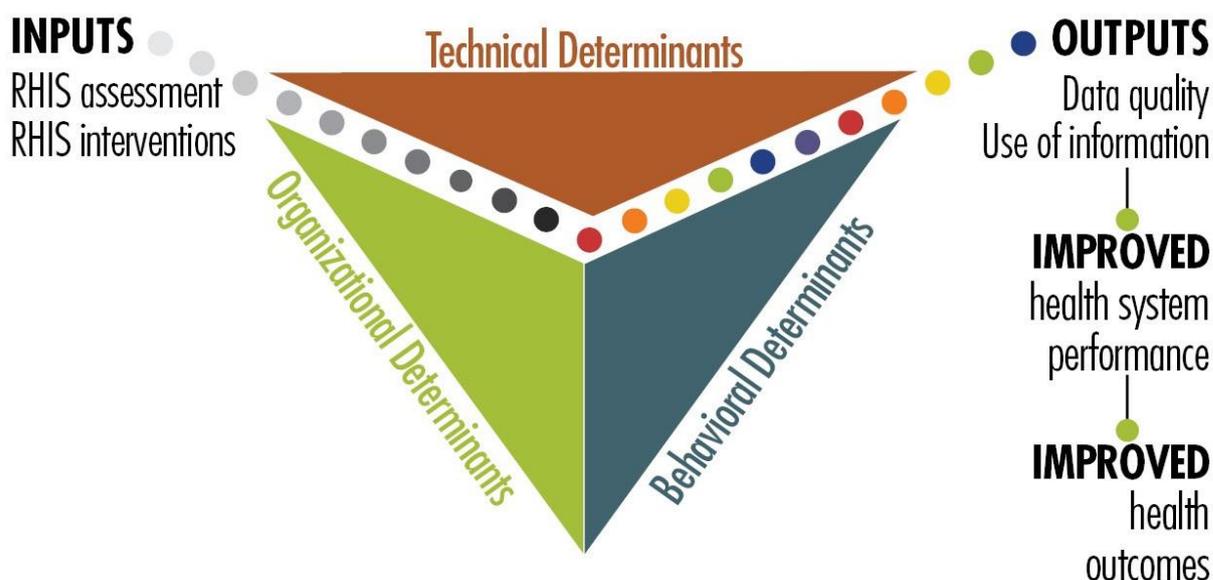


Figura 15. Measure Evaluation: Performance of Routine Information System Management.

Fonte: <https://www.measureevaluation.org/prism>

Para auxiliar na melhora das evidências do RHIS, o uso do “*Performance of Routine Information System Management (PRISM)*”, em português: Estrutura de Gerenciamento do Sistema de Informação, tem sido adotado com frequência na literatura científica e nos serviços de saúde (HOTCHKISS et al., 2010). O PRISM trata-se de uma estrutura conceitual para análise e avaliação dos dados do RHIS (AQIL; LIPPEVELD; HOZUMI, 2009). A Figura 16 mostra a relação entre os conceitos, onde se observa que os fatores tecnológicos, comportamentais e organizacionais (**inputs**) afetam a coleta, transmissão e o processamento de dados (**processes**), que por sua vez influencia na qualidade dos dados (**output**), no desempenho do sistema de saúde (**outcomes**) e conseqüentemente no estado de saúde da população (**impact**) (AQIL; LIPPEVELD; HOZUMI, 2009).

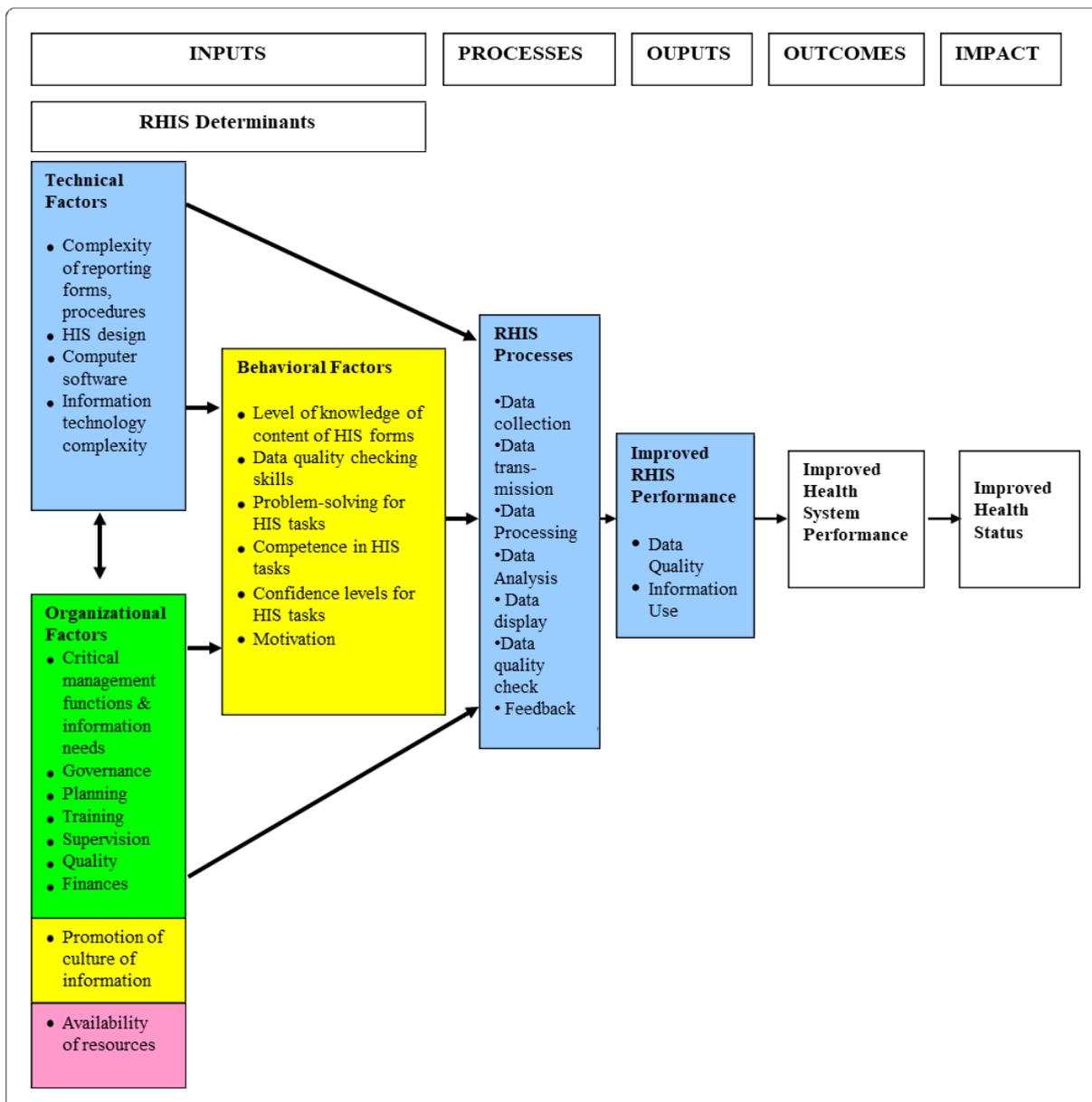


Figura 16. PRISM (Performance of Routine Information System Management) conceptual framework.
Fonte: Aqil; Lippeveld; Hozumi (2009).

A partir das fundamentações apresentadas sobre o RHIS, o ISD adotará a metodologia de trabalho descrita no PRISM (AQIL; LIPPEVELD; HOZUMI, 2009) como estratégia para o monitoramento e garantia da qualidade da informação no serviço de saúde. O Quadro 7 exemplifica o uso do PRISM no Pronto Atendimento.

Quadro 7. Indicadores classificação por sistema e exemplo de serviço no monitoramento e garantia da qualidade da informação.

Componentes do sistema	Descrição	Exemplo
Input	Recursos necessários para realizar as atividades assistenciais	Equipamentos, medicamentos, equipe treinada
Processes	Atividades que são realizadas durante a assistência em saúde	Classificação de risco e atendimento médico / enfermagem
Output	Resultados das atividades, incluindo cobertura, conhecimento, atitude e mudanças comportamentais	Frequência absoluta de usuários que receberam atendimento médico
Outcomes	Efeitos de desenvolvimento em longo prazo	Frequência de casos não resolvidos / retorno para atendimento no mesmo dia
Impact	Estado de saúde da população	Taxa de erros associados a assistência em saúde

Fonte: Measure Evaluation (2015), Adaptado.

A fim de melhorar a qualidade e eficiência do serviço de saúde, os dados dos indicadores quantitativos e qualitativos serão tratados dentro da lógica apresentada no PRISM (AQIL; LIPPEVELD; HOZUMI, 2009). Neste contexto, a Equipe Gestora em conjunto com a equipe do SAU desenvolverão as ações descritas a seguir para o monitoramento e garantia da qualidade da informação no Pronto Atendimento.

- a) Capacitação sobre o uso do método PRISM (AQIL; LIPPEVELD; HOZUMI, 2009) para a RHIS;
- b) Promoção da cultura da informação como parâmetro de medida da qualidade do serviço de saúde;
- c) Definição dos instrumentos e métodos de coleta de informações;
- d) Coleta, verificação da qualidade, digitação, análise e interpretação dos dados da RHIS;
- e) Padronização dos modelos de relatório para a descrição do monitoramento e garantia da qualidade da informação no Pronto Atendimento;
- f) Definição dos intervalos e da periodicidade da coleta de dados (indicadores) no serviço de saúde;

- g) Definição das estratégias de divulgação dos dados dentro e fora do serviço de saúde;
- h) Elaboração de plano de ação para melhoria dos indicadores com metas não alcançadas.

Cabe reiterar, que a qualidade da assistência em saúde, mesmo em se tratando de um indicador muitas vezes subjetivo, pode ser mensurada através de metodologia robusta, por exemplo, com o PRISM (AQIL; LIPPEVELD; HOZUMI, 2009). Para tanto, é necessário que a Equipe Gestora compreenda aquilo que se deseja medir e como será medido, ou seja, a construção de evidências (informações) de qualidade exige método e estratégias que estejam ao alcance de todos. Em resumo, a coleta, tratamento e monitoramento dos dados do serviço de saúde possibilitam identificar o real impacto do serviço sobre o usuário, assim como a tomada de decisão assertiva na busca da qualidade que se almeja.

3.7.5 Planos de qualidade da organização social

Desde a publicação do estudo *To Err Is Human: Building a Safer Health System* – Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro, realizado pelo *Institute of Medicine* (KOHN et al., 2000), o tema qualidade do serviço de saúde tem sido recorrente e apresentou grandes avanços na busca por melhorias no atendimento. Este estudo apontou que a cada ano quase 100.000 norte-americanos morriam em função de falhas na assistência em saúde (KOHN et al., 2000). Dados semelhantes também foram identificados em outros países, como por exemplo, no Brasil.

O termo “qualidade” pode ser descrito de diferentes formas, contudo o ISD planeja suas ações com base na definição de qualidade dos serviços de saúde proposta pelo *Institute for Health Improvement* (IHI): “trata-se do esforço em atender às necessidades dos clientes de forma contínua, confiável e sustentável” (SAMPATH et al., 2021). Na prática, a qualidade deve ser encarada como o centro do segmento de saúde, ou seja, qualidade é uma estratégia organizacional, não meramente um componente da estratégia (SAMPATH et al., 2021).

O IHI propõe uma abordagem holística para implementação de um sistema de qualidade em um serviço de saúde, o que envolve os contextos descritos a seguir (SAMPATH et al., 2021).

- a) A qualidade de todo o sistema (QTS) do serviço de saúde envolve a busca da qualidade em toda estrutura organizacional através de práticas de gerenciamento, que favoreçam a troca de conhecimento e princípios de liderança que possam fomentar a cultura da aprendizagem. A Figura 17 mostra as práticas e princípios da qualidade de todo o sistema;
- b) As organizações que provem a qualidade de todo o sistema, apresentam visão ampliada para dentro e além de si mesmas, a fim de aprender como atender às demandas dos pacientes, populações e comunidades, de maneira contínua, confiável e sustentável;
- c) A qualidade de todo o sistema envolve a integração do planejamento da qualidade, o controle da qualidade e as ações de melhora da qualidade, que por sua vez, comunica-se com abordagem estratégia da qualidade em toda organização interligada e centrada no cliente.

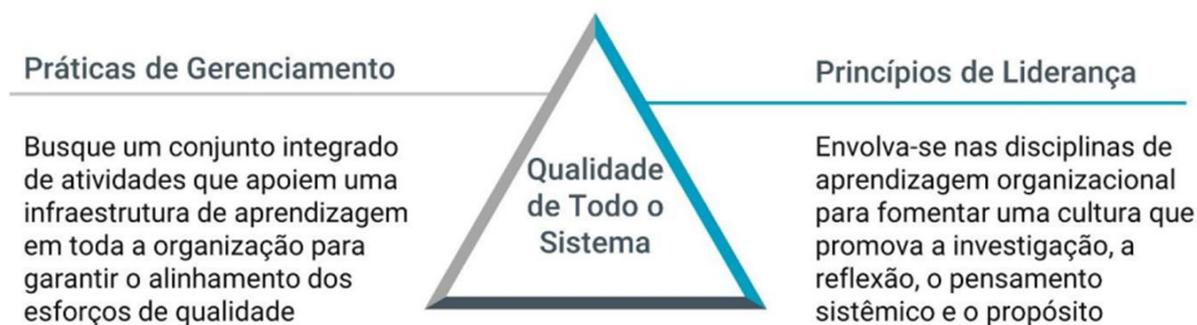


Figura 17. Práticas e princípios da qualidade de todo o sistema.
Fonte: Sampath et al (2021).

Para o alcance do QTS as práticas de gerenciamento devem incluir funções, responsabilidades e atividades em todo o serviço de saúde, desde os usuários e famílias até a diretoria (SAMPATH et al., 2021). Podemos dividir as práticas do QTS em três domínios (JURAN; GODFREY, 1999), sendo eles:

- 1. Planejamento da qualidade (PQ) (*quality planning* – QI):** consiste na identificação das necessidades do cliente, na definição de metas de qualidade e no planejamento e implementação de estratégias para atender de forma eficiente às necessidades prioritárias.

2. **Controle da qualidade (CQ) (*quality control* – QC):** caracteriza-se pelo estabelecimento de padrões de desempenho, o desenvolvimento de sistemas de monitoramento da qualidade, a identificação de lacunas entre o real e o almejado, assim como na aplicação de processos padrão para reduzir estas lacunas.
3. **Melhoria da qualidade (MG) (*quality improvement* – QI):** trata-se da redefinição de estratégias para atingir melhores níveis de desempenho através da ciência da melhoria.

A Figura 18 mostra a abordagem do QTS em um serviço de saúde de acordo com o grupo de interesse. A abordagem trata-se de uma estratégia centrada na organização e no atendimento das necessidades do cliente.

Planejamento da Qualidade	Controle da Qualidade	Melhoria da Qualidade	
Ofereça <i>input</i> para informar a estratégia organizacional como grupo principal de clientes	Ofereça <i>feedback</i> sobre a qualidade da experiência para informar a compreensão do desempenho	Envolve-se como coprodutores em atividades relevantes de MQ	Pacientes, Famílias e Comunidades
P O N T O D E A T E N D I M E N T O			
Informe os planos e requisitos para executar a estratégia localmente	Identifique e resolva problemas à medida que surgem (padrões com falhas), escalonando conforme necessário	Lidere e envolva-se em atividades locais de MQ e identifique potenciais projetos de MQ	Médicos
Traduza a estratégia em um plano de definição da unidade e defina os requisitos de execução	Monitore o desempenho e soluções diretas, escalonando os problemas conforme necessário	Lidere projetos de MQ e capture ideias para possíveis trabalhos de MQ	Líderes de Unidades
Facilite o processo de planejamento estratégico, apoie atividades de pesquisa e análise	Dê suporte ao desenvolvimento de padrões de trabalho e infraestrutura de CQ	Apoie as atividades locais de MQ e comunique os esforços de priorização do projeto	Equipe do Departamento da Qualidade
Trabalhe com executivos e líderes de unidade para articular como executar a estratégia	Identifique problemas transversais e tendências, feche ciclos de feedback	Patrocine projetos de MQ, lidere esforços transversais de MQ	Líderes de Departamentos
Identifique clientes, priorize necessidades e desenvolva estratégia	Mobilize recursos para resolver problemas emergentes e transversais	Patrocine e autorize projetos prioritários de MQ	Líderes Executivos
Garanta que a estratégia organizacional seja centrada na qualidade	Analise o desempenho da qualidade regularmente	Revise o desempenho dos principais projetos de MQ regularmente	Conselho de Diretores

Figura 18. Abordagem da Qualidade de Todo o Sistema: Planejamento da Qualidade, Controle da Qualidade e Atividades de Melhoria da Qualidade, de acordo com o grupo de interesse.
Fonte: Sampath et al (2021).

Destaca-se, que a Melhoria da Qualidade reflete uma fase intermediária entre o Planejamento da Qualidade e o Controle da Qualidade (Figura 19). Em resumo, nos serviços de saúde, a fase de Planejamento da Qualidade diz respeito à definição de estratégias, prioridades, metas, indicadores de qualidades centradas no cliente. A Melhoria da Qualidade possibilita a operacionalização das estratégias de qualidade e constitui a estrutura e os recursos necessários para melhor o desempenho na busca por atingir as metas pré-definidas.

Por fim, o Controle da Qualidade, compreende a atuação das unidades organizacionais (equipe, comissões, departamentos, dentre outros) no monitoramento do desempenho dos indicadores associados às metas da qualidade.

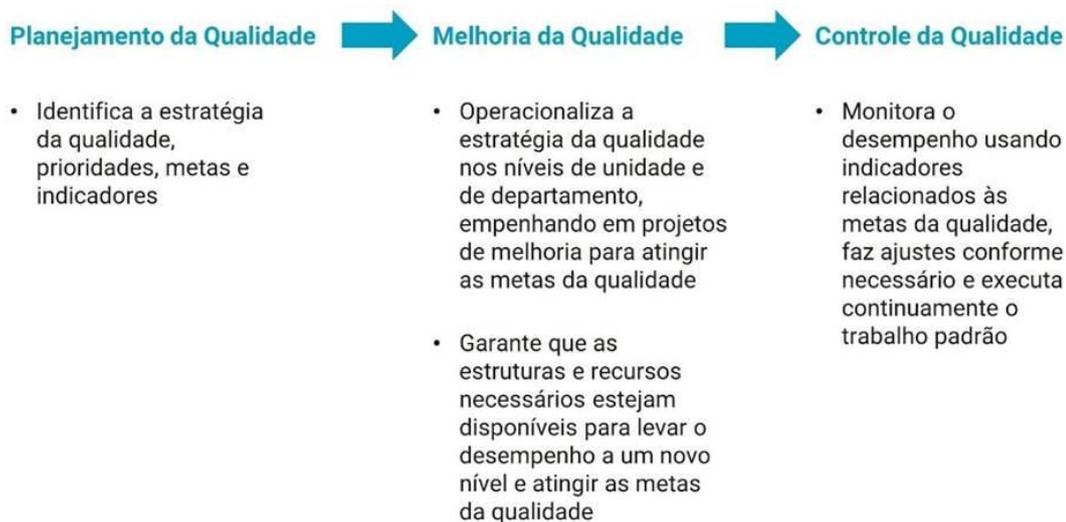


Figura 19. Relação entre Planejamento da Qualidade, Melhoria da Qualidade e Controle da Qualidade.
Fonte: Sampath et al (2021).

Para exemplificar a atuação do ISD na execução dos planos de qualidade segundo a metodologia da QTS, a Figura 20 apresenta a relação entre cada domínio da QTS com a gestão no Pronto Atendimento.



Figura 20. Exemplo de Planejamento da Qualidade, Melhoria da Qualidade e Controle da Qualidade no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

Considerando as funções dos líderes de unidades, equipe do departamento da qualidade, líderes de departamentos, líderes executivos e conselho de diretores previstos no modelo de QTS (SAMPATH et al., 2021), o ISD realizará o gerenciamento da qualidade por meio da Equipe Gestora, do SAU e da equipe do PTDP, assim como das comissões do serviço de saúde.

3.8 FLUXOS ASSISTENCIAS INTERNOS DO PRONTO ATENDIMENTO

3.8.1 Recepção e classificação de risco

Os serviços de urgência e emergência compreendem espaços de intenso sofrimento humano, destinados para atendimentos de quadros agudos, clínicos, traumáticos e/ou de natureza psiquiátrica, com objetivo de atenuar agravos e resolver os problemas de saúde daqueles que os procuram (SOUZA; BASTOS, 2008).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria N° 2048 que regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002), o objetivo principal desta portaria é organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência no Brasil, a fim de melhorar a organização, a resolutividade e os fluxos de usuários nos serviços de saúde. Ainda, são considerados como alicerces da portaria a (SOUZA; BASTOS, 2008):

- a) Regionalização com referência pactuada;
- b) Hierarquização resolutiva;
- c) Operacionalização do acolhimento;
- d) Operacionalização da atenção qualificada e resolutiva;
- e) Estabilização e referência adequada na rede de atenção à saúde;
- f) Acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências.

Ao longo da evolução dos serviços de saúde no Brasil, as unidades de urgência e emergência sempre foram consideradas como locais de tratamento dos problemas apresentados pela população, principalmente devido à facilidade no atendimento médico rápido e resolutivo (SOUZA; BASTOS, 2008). No entanto, a falta de compreensão sobre o real papel destes serviços levou nas últimas décadas o aumento na demanda de atendimentos e consequentemente a superlotação. Cabe destacar que os serviços de urgência e emergência são direcionados principalmente para o atendimento de pacientes em risco de morte e/ou quadros agudos (SOUZA; BASTOS, 2008).

Com vista em melhorar o atendimento nas unidades de urgência e emergência e ao mesmo tempo operacionalizar a assistência de forma equitativa, foi instituído a metodologia do ACCR (SOUZA; BASTOS, 2008). Para compreendermos com maior clareza essa metodologia, fazem-se necessários resgatar e detalhar alguns conceitos já descritos anteriormente (BRASIL, 2004).

Acolhimento: ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O objetivo do acolhimento é operacionalizar processos de trabalho, de forma que todos os que procuram o serviço de saúde, possam ser atendidos dentro das suas demandas.

Classificação de risco: processo dinâmico de identificação dos riscos e/ou vulnerabilidades do paciente, que necessita de tratamento imediato, de acordo com agravo à saúde e o grau de sofrimento. Na classificação de risco tem como objetivo principal avaliar as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do usuário, como subsídios para tomada de decisão e resolução dos problemas do paciente.

A partir das definições dos conceitos de acolhimento e classificação de risco, o ISD compreende o ACCR como a “engrenagem” para o funcionamento eficiente do serviço de saúde, ou seja, quando realizado de forma eficaz resultará na eficácia do atendimento. Assim, os atendimentos no Pronto Atendimento serão conduzidos pela avaliação e classificação das necessidades do paciente. Em síntese, a meta do ACCR será garantir o acesso universal, equitativo, resolutivo e humanizado no Pronto Atendimento.

O ACCR será conduzido pela equipe de enfermagem, sendo a Classificação de Risco executada privativamente por um enfermeiro treinado e de acordo com as etapas do Processo de Enfermagem, com objetivo geral de promover o cuidado multiprofissional. Na prática, o usuário será recepcionado logo na sua chegada, avaliado e encaminhado para o atendimento médico, de acordo com os protocolos e/ou fluxogramas adotados no serviço de saúde.

Conforme descrito no modelo conceitual de entrada-processamento-saída de superlotação em serviços de saúde, o fluxo de usuários no Pronto Atendimento será implementado a fim de evitar a superlotação, reduzir a transmissão de doenças infectocontagiosas e favorecer a eficiência no atendimento realizado. A Figura 21 mostra os tipos de pessoas e materiais que acessa (entram e saem) um estabelecimento de saúde.

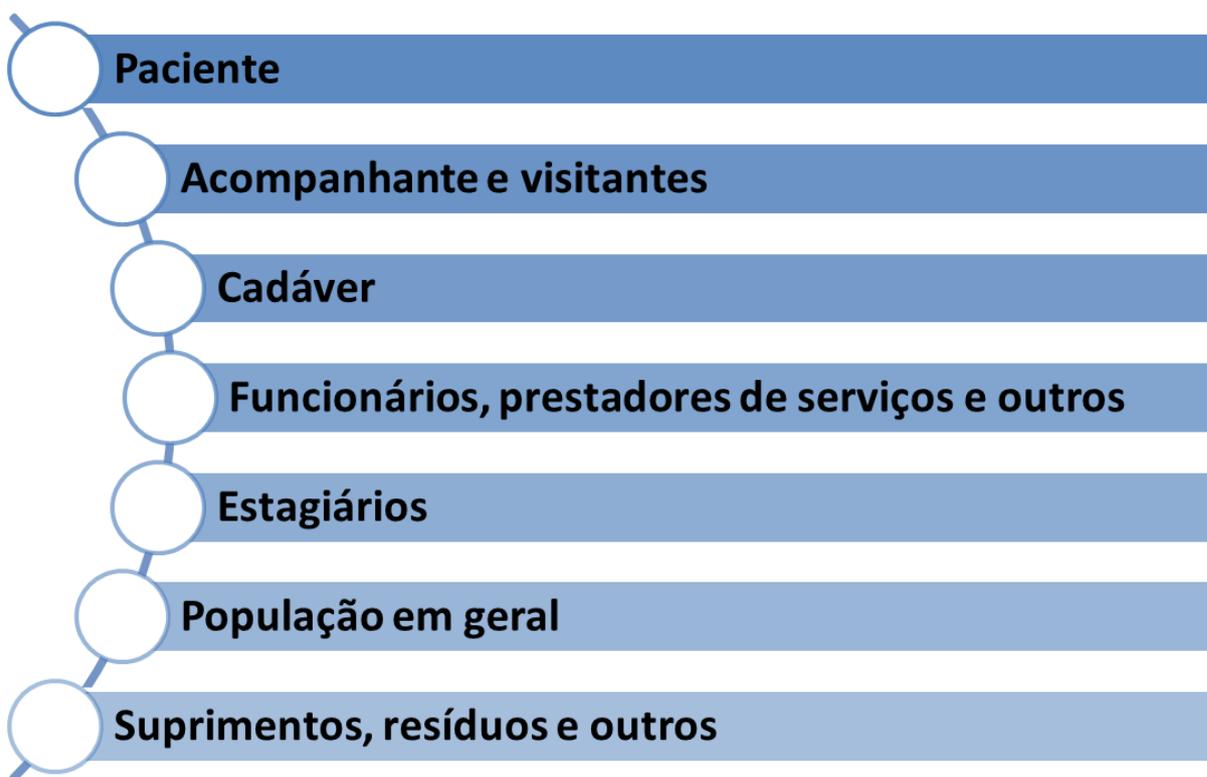


Figura 21. Tipos de pessoas e materiais que acessam o Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

A fluxo de usuários na unidade de Pronto Atendimento será realizado em conformidade com as orientações descritas a seguir.

➤ **Orientações gerais para acesso do usuário no Pronto Atendimento**

- a) A organização do acesso e fluxos de usuários no serviço será conduzida e monitorada pela equipe de enfermagem;
- b) Ao entrar no Pronto Atendimento, o usuário será acolhido e deverá identificar-se na recepção para fins de atualização cadastral;
- c) Após a atualização cadastral o usuário deverá aguardar na recepção da unidade para ser chamado para o ACCR, realizado pelo enfermeiro;
- d) Ao final do ACCR, no prontuário do usuário será registrado a cor referente a classificação de risco avaliada pelo enfermeiro;
- e) Para usuários que necessitam de atendimento médico imediato (emergência) a atualização cadastral e classificação de risco deverá ser realizada em momento oportuno, no decorrer da assistência médica;
- f) Após a classificação de risco o usuário deverá aguardar na recepção da unidade para ser chamado para o atendimento médico;
- g) Logo no primeiro momento do atendimento médico será registrado o horário de início da abordagem clínica, a fim de verificar a correspondência entre a Classificação de Risco e o início do atendimento;
- h) Mediante a avaliação e prescrição médica, o usuário receberá o tratamento adequado para resolução de suas queixas;
- i) Após os cuidados médicos e de enfermagem o usuário receberá orientações sobre o desfecho final do tratamento (alta, observação, referência ou contrarreferência);
- j) O tempo de observação clínica do usuário será de até 24 horas, vencido este prazo o mesmo terá sua regulação para atenção hospitalar conforme a disponibilidade de vagas na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS);
- k) Os acompanhantes e/ou responsáveis legais deverão ser orientados sobre o desfecho clínico do atendimento.

No Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será adotado o Protocolo de Manchester como instrumento para **Classificação de Risco** e/ou outros critérios utilizados pela SMS. A Classificação de Risco resultará na prioridade do atendimento, sendo este definido pelas cores: vermelho, amarelo, verde e azul (Quadro 8).

Quadro 8. Cores da Classificação de Risco.

VERMELHO (RISCO IMEDIATO DE PERDER A VIDA)
Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à emergência devido à necessidade de atendimento imediato, por exemplo, politraumatizado grave, desconforto respiratório grave, crises convulsivas, tentativa de suicídio, dor no peito associada à falta de ar, entre outros.
AMARELO (CONDIÇÃO QUE PODE AGRAVAR)
Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco, por exemplo, agitação, crise asmática, dor abdominal intensa febre alta (acima de 39°C) desmaios, entre outros.
VERDE (BAIXO RISCO DE AGRAVO)
Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples, por exemplo, idade superior a 60 anos, pacientes escoltados, deficientes físicos, asma fora de crise, enxaqueca, dor de ouvido moderada à grave, dor abdominal sem alteração de sinais vitais, entre outros.
AZUL (SEM RISCO IMEDIATO DE AGRAVO)
Demais pacientes que não se enquadram nas situações e/ou queixas acima, por exemplo, queixas crônicas sem alterações agudas, curativos, solicitação de atestados médicos. Será por ordem de chegada e/ou após todos os usuários classificados como vermelho, amarelo e verde.

Fonte: Brasil (2004), Adaptado.

A Figura 22 mostra o fluxograma de atendimento na unidade de Pronto Atendimento considerando a chegada do paciente pelo pela urgência ou emergência.

Fluxograma

Acolhimento e Classificação de Risco Pronto Atendimento

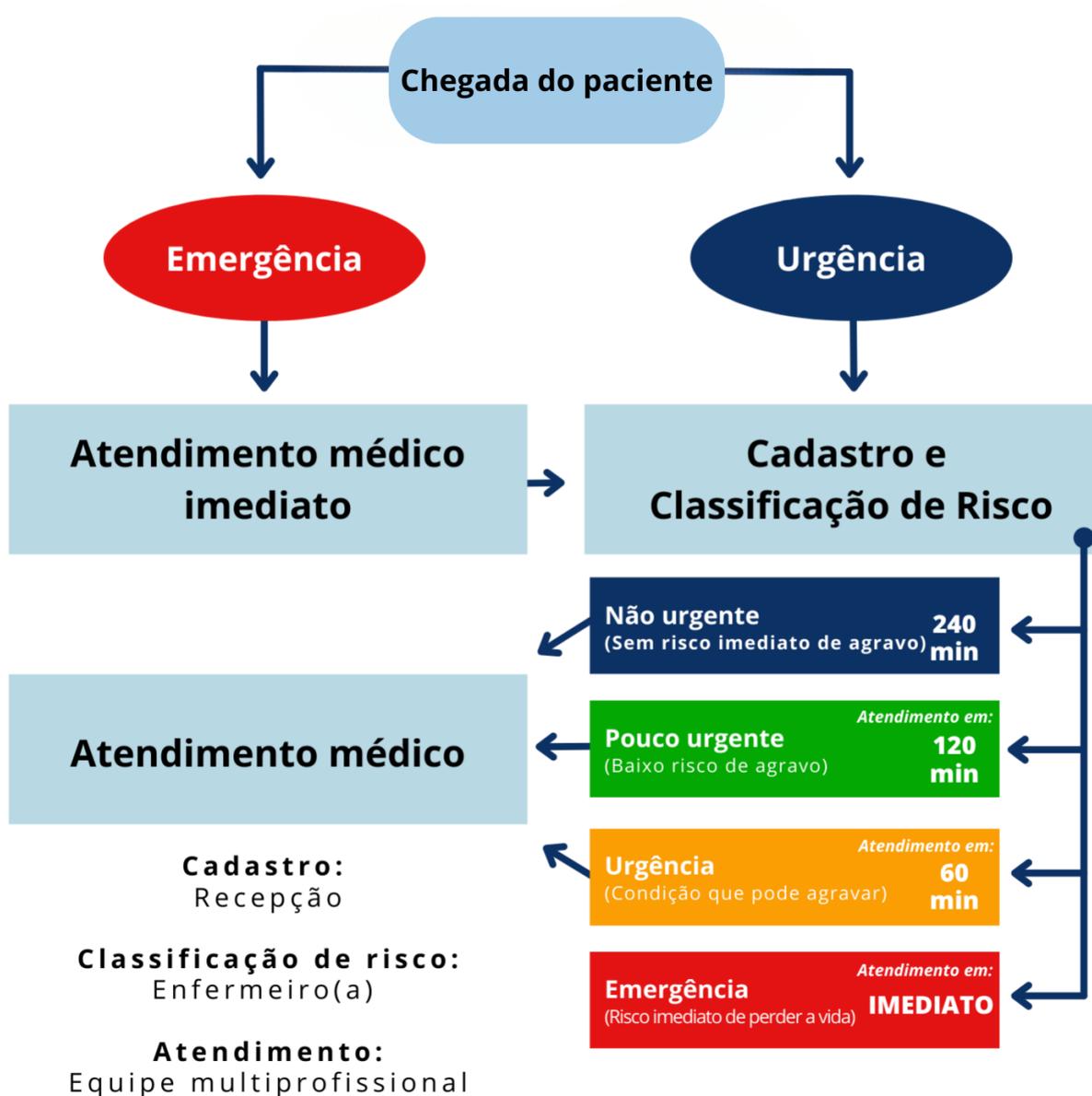


Figura 22. Fluxograma do acolhimento e classificação de risco no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

3.8.2 Sistema de informações

De acordo com a Resolução CFM N° 1.638, DE 09 DE AGOSTO DE 2002, o prontuário do paciente, também descrito como prontuário médico, trata-se de um “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”.

Considerando as transformações na informação e comunicação em saúde ocorridas nas últimas décadas, no Pronto Atendimento será adotado como instrumento de documentação assistencial o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). O PEP trata-se de uma Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) amplamente utilizada nos serviços de saúde, que possibilita o registro da história clínica do paciente, o exame físico, a solicitação de exames, a prescrição médica, dentre outros.

O uso do PEP no Pronto Atendimento será norteado pelas recomendações contidas na “**Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde**” publicada em fevereiro de 2012 pelo Conselho Federal de Medicina (disponível em: <https://bit.ly/3tRstvY>). Ainda serão garantidas as normas descritas nas resoluções:

- **Resolução CFM N° 1.638, DE 09 DE AGOSTO DE 2002** – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.
- **Resolução CFM N° 1.821, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2002** – Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

A Comissão de Revisão de Prontuários do Pronto Atendimento será responsável pelo monitoramento do cumprimento das resoluções descritas anteriormente, assim como das demais resoluções pertinentes às informações e comunicação em saúde relacionadas ao

prontuário do paciente. O processo de implantação do PEP no Pronto Atendimento pelo ISD envolverá as etapas descritas seguir.

1. Escolha do PEP (*software*)

A escolha pelo sistema operacional do PEP (*software*) será realizada logo no primeiro mês de gestão do serviço, pela Equipe Gestora do Pronto Atendimento em conjunto com a Comissão de Revisão de Prontuários. Para o isso, o PEP deve atender as necessidades do serviço, no que tange: a facilidade no registro de informações sobre o quadro clínico do paciente, registro de intervenções e exames realizados, assim como a prescrição médica e demais registros associados a equipe multiprofissional. Ainda, a escolha será pautada no melhor custo benefício para o serviço e efetivamente no registro de informações.

2. Certificado digital

O PEP (*software*) utilizado no Pronto Atendimento deve ter certificado digital válido e em conformidade com os padrões estabelecidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), que busca garantir a autenticidade e a integridade de documentos eletrônicos por meio da sistemática da criptografia assimétrica (chaves públicas e privadas). Serão considerados válidos para uso no Pronto Atendimento os *softwares* com Certificado A1 ou A3 pelo ICP-Brasil. Ainda, o PEP deve atender as recomendações das resoluções do Conselho Federal de Medicina e da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) – Lei N° 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018.

3. Capacitação dos colaboradores

Definido o PEP (*software*) que será adotado no Pronto Atendimento, os colaboradores receberão um treinamento para o uso adequado do PEP. O treinamento será promovido pela empresa fornecedora do *software* em conjunto com a Comissão de Revisão de Prontuários. Ressalta-se, que havendo necessidade outros treinamentos poderão ocorrer durante a gestão do ISD.

4. Monitoramento e revisão de prontuários

O monitoramento dos registros de informações e a revisão dos prontuários será conduzido pela Comissão de Revisão de Prontuários, com objetivo em analisar e corrigir erros que possam impactar negativamente na qualidade das informações e continuidade da assistência em saúde.

3.8.3 Atendimento no eixo verde

Em conformidade com o Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester, que será adotada no Pronto Atendimento de Jaucpiranga-SP (Figura 22), o atendimento médico no eixo verde será realizado em tempo ≤ 120 minutos. Entende-se como pacientes desse eixos, aqueles sem risco de vida, com queixas agudas ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples, por exemplo, idade superior a 60 anos, pacientes escoltados, deficientes físicos, asma fora de crise, enxaqueca, dor de ouvido moderada à grave, dor abdominal sem alteração de sinais vitais, entre outros.

3.8.4 Atendimento no eixo vermelho

Em conformidade com o Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester, que será adotada no Pronto Atendimento de Jaucpiranga-SP (Figura 22), o atendimento médico no eixo vermelho será realizado na sala de emergência de forma imediata. São considerados como público alvo deste atendimento aqueles que apresentam risco iminente de morte, por exemplo, politraumatizado grave, desconforto respiratório grave, crises convulsivas, tentativa de suicídio, dor no peito associada à falta de ar, entre outros.

3.8.5 Sala de observação

Considerando perfil clínica de pacientes atendimento em serviços de urgência e emergência, após o atendimento médico inicial, o paciente poderá ser destinado para sala de observação, com objetivo em estabilizar as manifestações clínicas e/ou aguardar transferência para rede hospitalar através da Central de Regulação de Leitos. Neste contexto, conforme legislação vigente fica determinado o tempo máximo de permanência de 24 horas na sala de observação.

Durante a permanência do paciente na sala de observação será disponibilizado assistência clínica multiprofissional; quatro refeições no dia e intervenções com ênfase na recuperação em saúde. Destaca-se, que todas as ações serão realizadas em conformidade com os protocolos do ISD e das prerrogativas do Ministério da Saúde.

3.8.6 Leitos de observação

Os pacientes recebidos na sala de observação, serão acomodados nos leitos disponíveis no local e receberam atendimento de enfermagem de forma ininterrupta, assim como assistência clínica médica, farmacêutica e nutricional. O preparo da unidade do paciente (leito e equipamentos no entorno), assim como a disponibilidade dos insumos e equipamentos necessários para assistência clínica, será de responsabilidade da equipe de enfermagem. Ademais, o local será organização com ênfase no conformo e na assistência clínica eficiente para resolver os problemas de saúde do paciente.

3.8.7 Fluxos para solicitação e realização de exames

A solicitação e realização de exames será definida no contexto do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), que tem como objetivo fornecer dados de biomarcadores biológicos para auxiliar no diagnóstico médico. A coleta de materiais será realizada pela equipe de enfermagem e/ou por profissionais contratados pelo ISD. Na prática, os exames serão solicitados pelo profissional médico, no entanto, em situações excepcionais poderão ser

solicitados pelo enfermeiro, de acordo com o plano de contingência e os protocolos exarados pela Secretaria Municipal de Saúde de Jacupiranga-SP.

- Coleta no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.
- Processamento, análise e emissão de laudos por empresa especializada;
- Acesso ao laudo de forma digital por meio de login e senha de acesso;
- Em geral, os laudos serão emitidos em no máximo 24 horas, exceto para os exames que exigem tempo maior, por exemplo os exames de cultura celular;
- Nos casos de urgência e emergência, a emissão dos laudos ocorrerá em no máximo até três horas após a retirada do material do Pronto Atendimento;
- Serão realizados os exames previstos no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 002/2024.

3.8.8 Processo de controle de infecção e esterilização

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) estão entre os principais problemas vinculados a prestação de cuidados em saúde ao paciente. Além disso, representam um desafio na busca pela segurança do paciente, em especial na prevenção de infecções do trato respiratório, do trato urinário, da corrente sanguínea e do sítio cirúrgico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Consideradas como “eventos adversos”, as IRAS repercutem na elevação dos custos de tratamento, no aumento do tempo de internação, e nas altas taxas de morbidade e mortalidade nos serviços de saúde.

Uma infecção é caracterizada pela invasão de agentes patogênicos ou microrganismos em um hospedeiro susceptível (POTTER; PERRY, 2013). Como resultado a infecção / doença o corpo apresenta alterações no seu funcionamento. Se a infecção for capaz de ser transmitida de um indivíduo para o outro, ela passa a ser denominada como doença transmissível (POTTER; PERRY, 2013). O mecanismo de transmissão ocorre principalmente por meio do contato com a fonte contaminada, tendo como principal forma de transmissão o contato pelas mãos contaminadas dos profissionais de saúde.

A prevenção e controle de infecções requer participação de todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente. A enfermagem representa o maior corpo clínico e a que mais executa procedimentos em âmbito hospitalar, o que a coloca em posição de privilégio

para mudar o cenário das IRAS. Contudo, isso requer mudanças na cultura profissional, conhecimento sobre estratégias para mitigar infecções e manter o ambiente biologicamente seguro e livre de danos (POTTER; PERRY, 2013).

A manutenção de um ambiente limpo para o controle de infecções origina-se na enfermagem a partir da Teoria Ambientalista de Florence, a qual retrata que a função da enfermagem é manter um ambiente favorável ao processo de cura do paciente, o que envolve: ambiente limpo, iluminado, arejado e silencioso em conjunto com uma alimentação nutritiva. A partir desses pressupostos pode-se considerar que o controle do ambiente e a promoção do conforto ao paciente são alicerces da assistência em saúde (POTTER; PERRY, 2013).

Na área hospitalar os pacientes permanecem em risco de adquirir infecções, o que pode ser explicado pelo número de procedimentos invasivos que recebem, pela diminuição da resposta imunológica, pela exposição a patógenos e pela resistência bacteriana (POTTER; PERRY, 2013). Os profissionais de saúde também estão expostos a riscos, no entanto, o uso correto de precauções padrão (higienização das mãos, luvas e avental, óculos e máscara e caixa de perfuro-cortante) minimizam as chances de agravos.

Vários fatores podem influenciar na susceptibilidade às infecções, como extremos de idade (criança ou idoso), ingestão insuficiente de nutrientes, estresse físico ou emocional, doenças crônicas (p. ex. diabetes *mellitus*). Todos esses fatores repercutem na deficiência do sistema imunológico em responder aos microrganismos invasores. Quando combinado mais de um fator no mesmo paciente os riscos para infecção aumentam (POTTER; PERRY, 2013).

Além da identificação dos fatores de risco para infecção a equipe de saúde deve adotar medidas no seu controle. Neste contexto, com o propósito de reduzir o risco de infecção durante a assistência clínica o uso de técnicas assépticas se faz necessário (POTTER; PERRY, 2013). Compreende-se como assepsia a ausência de microrganismos patogênicos (que causam doenças). As técnicas assépticas podem ser divididas em:

1) Assepsia Médica: também denominada como técnica limpa, inclui procedimentos para reduzir o número de microrganismos presentes no ambiente e prevenir sua transmissão. A higiene das mãos, o uso de avental e limpeza diária/terminal do ambiente, são exemplos de assepsia médica. A assepsia médica deve ser adotada em todos os procedimentos realizados pela equipe de saúde e isso basicamente adotação de medidas de precaução padrão.

2) Assepsia cirúrgica: também denominada com técnica estéril envolve procedimentos para eliminar todos os microrganismos (incluindo esporos) de uma área ou objeto. Como também serve para isolar a área operatória de um ambiente não esterilizado e mantém um campo estéril para cirurgia ou execução de procedimentos. Os objetos em uso são considerados contaminados quando tocados por qualquer objeto que não seja estéril. Isto exige alto nível de técnica asséptica e requer que as áreas permaneçam livres de microrganismos infecciosos.

O manuseio correto de materiais esterilizados também faz parte da rotina de cuidados na prevenção de infecções. Durante a execução de um procedimento estéril (p. ex. cateterismo vesical) é necessário: abrir corretamente os pacotes com materiais estéreis, evitar movimento brusco próximo ao campo estéril, não tocar suprimentos estéreis sem o uso de luva estéril, não tossir, espirrar ou falar sobre uma área estéril (POTTER; PERRY, 2013).

Com meta em fomentar um ambiente biologicamente seguro, prevenir as IRAS e motivar à cultura de prevenção de infecções, o ISD elaborou seu plano de ações e o fluxograma para uso de materiais esterilizados a partir da:

- **Resolução RDC N° 15, DE 15 DE MARÇO DE 2021:** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processo de produtos para saúde e dá outras providências.
- **Resolução RDC N° 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002:** Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde.
- Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC).

Neste contexto, o ISD atuará com ênfase na operacionalização dos processos relacionados a esterilização e uso de materiais esterilizados no serviço de saúde, em especial pela gestão da Central de Materiais Esterilizados (CME) dentro no Pronto Atendimento. A CME caracteriza-se como uma unidade de apoio operacional, que têm como objetivos:

- a) Receber material sujo e/ou contaminado;
- b) Descontaminar, preparar e esterilizar materiais sujos e/ou contaminados;
- c) Distribuir materiais esterilizados para as unidades assistenciais;

- d) Realizar controle microbiológico e de qualidade dos produtos esterilizados;
- e) Estabelecer protocolos de segurança na esterilização de materiais.

Ressalta-se que o funcionamento eficiente possibilita a redução nas taxas de infecções hospitalares, dos custos com internação e conseqüentemente nas taxas de morbimortalidade. Para compreender o trabalho do ISD na CME, a seguir serão apresentados alguns conceitos importantes sobre a esterilização em serviços de saúde.

Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Área semicrítica: Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos e que não apresentem infecção ou colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

Artigo crítico: aquele utilizado em procedimentos de alto risco, que penetra tecidos ou órgãos. Requer esterilização para seu uso.

Artigo semicrítico: aquele que entra em contato com a pele não íntegra ou com a mucosa do paciente. Requer desinfecção de alto nível ou esterilização para seu uso.

Artigo não crítico: aquele que não toca sangue e/ou saliva, mas entram em contato com a pele íntegra e/ou superfícies.

Artigos médico-hospitalares: compreendem instrumentos cirúrgicos, objetos e acessórios de equipamentos utilizados no tratamento de pacientes, instrumental odontológico e outros;

Barreiras físicas: são estruturas que devem ser associadas a condutas técnicas visando minimizar a entrada de microrganismos externos. São absolutamente necessárias nas áreas críticas.

Central de material esterilizado (CME): unidade destinada à recepção, expurgo, limpeza, descontaminação, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais utilizados nas diversas unidades de um estabelecimento de saúde. Pode se localizar dentro ou fora da edificação usuária dos materiais;

Data limite de uso do produto esterilizado: prazo estabelecido em cada instituição, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado;

Descontaminação: processo de redução dos microrganismos de artigos e superfícies, eliminando ou neutralização dos seus efeitos adversos;

Desinfecção de alto nível: processo físico ou químico que destrói a maioria dos microrganismos de artigos semicríticos, inclusive micobactérias e fungos, exceto um número elevado de esporos bacterianos;

Desinfecção de nível intermediário: processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, micobactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies;

Esterilização: eliminação total ou inviabilização de todos os microrganismos, incluindo os esporos, por meio de processo físico ou químico;

Limpeza: remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies

internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização;

Pré-limpeza: remoção da sujidade visível presente nos produtos para saúde;

Processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

Superfícies: área externa de um objeto ou corpo, por exemplo, mobiliário, paredes, equipamentos, instrumentos cirúrgicos, entre outros.

A partir do conhecimento dos conceitos descritos acima, a CME gerenciada pelo ISD no Pronto Atendimento será enquadrada nos contextos, atribuições e atividades gerais descritas a seguir, conforme RDC N° 15, de 15 de março de 2012. Ainda, serão adotados Procedimentos Operacionais Padrão para o correto funcionamento da CME.

Tipos de CME

As CME são classificadas em CME Classe I e CME Classe II.

- CME Classe I: é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.
- CME Classe II: é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

Infraestrutura da CME

A CME deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- I - Área de recepção e limpeza (setor sujo);
 - II - Área de preparo e esterilização (setor limpo);
 - III - Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
 - IV - Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
 - V - Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).
- A CME deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos;
 - Os pisos e paredes deverão ser construídos com material lavável, lisos, resistentes, de cor clara, para fácil limpeza. Além disso, os tetos e portas também deverão ser de superfície lisa, clara, lavável, sem juntas para acúmulo de sujeiras. Ainda, as portas deverão dispor de visores;
 - O ambiente deve possuir luminosidade suficiente para favorecer o processo de desinfecção e esterilização;
 - O local deve ser protegido para evitar a entrada de insetos e roedores.

Fluxo de materiais

O processamento de produtos deve seguir o fluxo contínuo (unidirecional), sempre da área suja para a área limpa, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, assim como, o trânsito do mesmo trabalhador entre a área suja e as áreas limpas. A Figura 23 mostra o fluxo unidirecional para esterilização de materiais no Pronto Atendimento.



Figura 23. Fluxo unidirecional de materiais na Central de Material e Esterilização.
Fonte: Elaboração própria.

Rotulagem de produtos

Os materiais esterilizados na CME do Pronto Atendimento serão identificados por meio de rótulos ou etiquetas. A rotulagem dos produtos esterilizados deverá ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. Os rótulos ou etiquetas deverão conter:

- I – Nome do produto;
- II – Número do lote;
- III – Data da esterilização;
- IV – Data limite de uso;
- V – Método de esterilização;
- VI – Nome do responsável pelo preparo.

Horário de funcionamento

A CME funcionará de acordo com a rotina e necessidades no Pronto Atendimento, com jornada de trabalho preferencialmente de 12 x 36 horas.

Recursos humanos

A equipe da CME na Pronto Atendimento será composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo, cujas atribuições estão descritas a seguir (SOBECC, 2017).

- a) Enfermeiro
 - Gerenciar e supervisionar o serviço de enfermagem na CME;
 - Prever os materiais necessários para o funcionamento das unidades consumidoras;
 - Estabelecer protocolos operacionais para limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição os itens esterilizados para as unidades consumidoras;
 - Planejar, coordenar e desenvolver ações para o controle de qualidade da CME;

- Estabelecer protocolos operacionais para o uso e a correta manutenção de equipamentos da CME;
- Realizar teste para controle microbiológico e eficácia dos equipamentos da CME;
- Estabelecer rotina para o controle de recebimento e distribuição de itens esterilizados pela CME;
- Elaborar relatórios de produção da CME e fatores que interferem no processo de esterilização;
- Participar de comissões institucionais que requerem a atuação da CME;
- Participar do monitoramento estatístico das taxas de infecção hospitalar;
- Conduzir a passagem de plantão na CME durante a troca de turno;
- Participar do processo de aquisição de novos equipamentos e materiais;
- Promover e participar de treinamentos junto à equipe da CME;
- Manter-se atualizado em relação às evidências e determinações legais sobre a CME.

b) Técnico de enfermagem

- Participar das atividades da CME mediante aquilo que for delegado pelo enfermeiro;
- Receber, conferir e preparar materiais para esterilização;
- Monitorar em conjunto com o enfermeiro os indicadores biológicos de qualidade e eficácia na esterilização;
- Preparar Kits de materiais esterilizados;
- Monitorar em conjunto com o enfermeiro a qualidade dos materiais recebidos e esterilizados na CME;
- Distribuir materiais para as unidades consumidoras, conforme protocolo da CME;
- Relatar ao enfermeiro a ocorrência de fatores que possam interferir no funcionamento correto da CME.

C) Auxiliar de enfermagem

- Participar das atividades da CME mediante aquilo que for delegado pelo enfermeiro;
- Receber e limpar materiais para esterilização;
- Distribuir materiais para as unidades consumidoras, conforme protocolo da CME;

- Relatar ao enfermeiro a ocorrência de fatores que possam interferir no funcionamento correto da CME.

d) Auxiliar administrativo

- Auxiliar o enfermeiro no gerenciamento da CME;
- Realizar e manter atualizado o inventário de materiais e equipamentos;
- Participar do processo de aquisição de materiais para CME;
- Auxiliar na elaboração de relatórios relacionados a CME;
- Auxiliar no controle e recebimento de materiais na CME;
- Auxiliar na solicitação de manutenção de equipamentos.

A Figura 24 mostra o fluxograma de materiais esterilizados que será adotado pelo ISD no Pronto Atendimento.

Fluxograma

Materiais Esterilizados

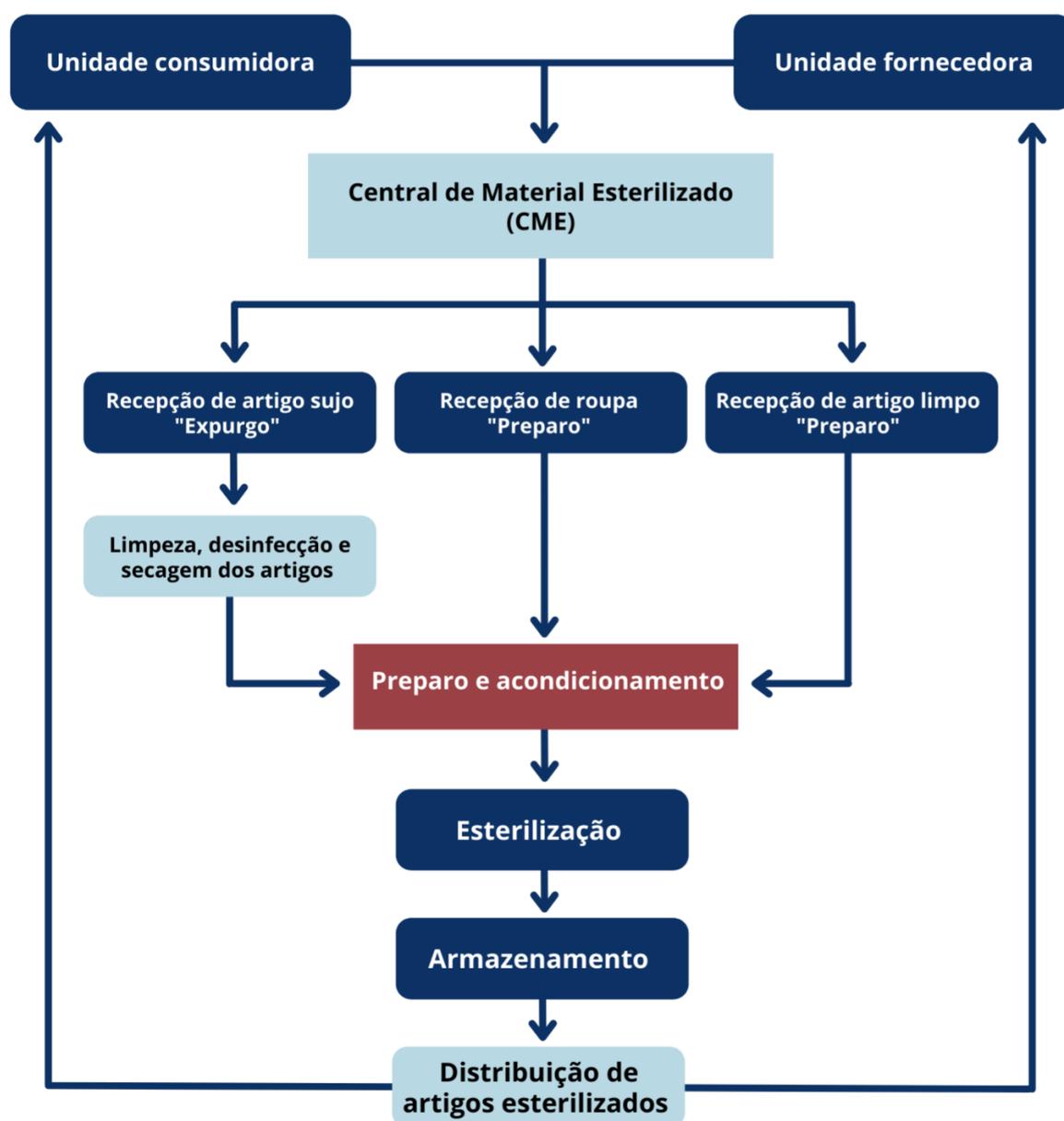


Figura 24. Fluxograma de materiais esterilizados no Pronto Atendimento.

Fonte: Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterelização (2017), Adaptada.

3.8.8.1 Fluxo da limpeza no serviço de saúde

A manutenção de um biologicamente seguro origina-se na enfermagem a partir da Teoria Ambientalista de Florence em meados do século XIX. Durante a Guerra da Crimeia, Florence identificou que no tratamento dos soldados, elementos como sujeira, umidade, baixa temperatura, correntes de ar, mau cheiro e escuridão impactavam na saúde do indivíduo e nos elevados índices de mortalidade e, portanto, deveriam ser eliminados do ambiente (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

O ambiente hospitalar expõe os pacientes ao risco permanente de lesões físicas e biológicas, muitas vezes decorrentes da assistência oferecida pelos profissionais de saúde (POTTER; PERRY, 2017). Logo, a Teoria Ambientalista norteia a atuação profissional ao abordar que é essencial a manutenção de um ambiente favorável ao processo de cura do paciente, o que envolve: ambiente limpo, iluminado, arejado e silencioso em conjunto com uma alimentação nutritiva. A partir desses pressupostos pode-se considerar que o controle do ambiente e a promoção do conforto ao paciente formam os pilares da assistência em saúde (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

No ambiente hospitalar os pacientes estão sujeitos as infecções devido ao número elevado de procedimentos invasivos que recebem, assim como em função da diminuição da resposta imunológica, da exposição a patógenos e da resistência bacteriana. A susceptibilidade as infecções podem aumentar nos extremos de idade (criança ou idoso), nos casos de deficiência nutricional, no estresse físico ou emocional e na presença de doenças crônicas (p. ex. diabetes *mellitus*). Além dos pacientes, os profissionais de saúde também estão expostos a risco, no entanto, o uso correto de precauções padrão (higienização das mãos, luvas e avental, óculos e máscara e caixa de perfuro-cortante) reduzem as chances de agravos.

Uma infecção ocorre pela invasão de agentes patogênicos ou microrganismos num hospedeiro susceptível, o que resulta no desequilíbrio homeostático. Se a infecção for capaz de ser transmitida de um indivíduo para o outro, ela passa a ser denominada como doença transmissível (POTTER; PERRY, 2017). O mecanismo de transmissão ocorre principalmente através do contato com a fonte contaminada. Os quartos de internação hospitalar (unidade do paciente) são repletos de objetos inanimados, como: leito, mesa para refeição, cadeiras, suporte de soro, armarinho, dentre outros. Tendo em vista que os objetos inanimados são

fontes potenciais e microrganismos patogênicos, é fundamental a limpeza contínua desses objetos.

A limpeza em ambiente hospitalar corresponde à remoção de toda sujeira (por exemplo, material orgânico e inorgânico) de objetos e superfícies. Em resumo, a limpeza envolve o uso de ação química e ação mecânica com detergentes/sabão ou produtos enzimáticos. De modo geral, podemos dividir a limpeza em concorrente e terminal. A **limpeza concorrente** é aquela realizada diariamente no ambiente hospitalar (unidade do paciente, corredores, banheiros, posto de enfermagem, dentre outros locais). A **limpeza terminal** é realizada após alta, óbito ou transferência do paciente, sendo mais completa quando comparada a limpeza concorrente (POTTER; PERRY, 2017).

A partir da breve compreensão sobre a importância da limpeza no ambiente assistência, o ISD adará as seguintes ações gerais para promoção de um ambiente limpo (BRASIL, 2010):

- a) Implementação do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies, que será responsável pela limpeza, desinfecção e conservação das superfícies e equipamentos permanentes;
- b) A atuação do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies será permeada pelos seguintes princípios gerais:

Da organização

- A equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies deve receber treinamento para execução das atividades que realizará;
- Todos os produtos de limpeza adquiridos no serviço devem estar devidamente registrados na ANVISA;
- A compra de produtos para o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies será realizada pelo setor de compras em conjunto com a Equipe Gestora;
- O profissional de limpeza deve certificar se os produtos de higiene são suficientes para atender as demandas do setor;
- Cada setor deverá ter a quantidade mínima necessária de materiais para limpeza e desinfecção de superfícies;
- O serviço de limpeza deve funcionar de forma ininterrupta;

- A frequência de limpeza das superfícies será determinada pela Equipe Gestora, de acordo com o protocolo institucional;
- Ao término da jornada de trabalho todos os equipamentos deverão ser limpos antes do armazenamento, em local destinado para tal finalidade

Para o colaborador

- É obrigatório o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) durante a rotina de trabalho;
- É obrigatório a higienização frequentemente das mãos;
- É proibido o uso de adornos durante a rotina de trabalho, por exemplo, anéis, pulseiras, relógios, colares, entre outros;
- As mulheres devem manter os cabelos presos, as unhas limpas, aparadas e sem esmalte;
- Os homens devem manter os cabelos curtos e a barba feita;

Para limpeza

- É proibido varrer superfícies a seco, sendo permitido somente à varredura úmida, que pode ser realizada com o rodo e pano de limpeza de pisos;
- A limpeza de piso deve ser realizada na seguinte sequência: varredura úmida, ensaboamento, enxágue e secagem;
- O uso de desinfetantes fica restrito somente para as superfícies que contenham matéria orgânica ou sob indicação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
- Durante a limpeza os corredores devem estar com um espaço livre para o trânsito dos usuários e equipe de saúde;
- É obrigatório o uso de sinalização durante a limpeza, a fim de evitar acidentes no local.

A Figura 25 mostra o fluxograma de limpeza no Pronto Atendimento. Para fins de compreensão, o ISD adotará como referência para limpeza local as orientações contidas no e-book: Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies (BRASIL, 2010).

Fluxograma

Limpeza de superfície

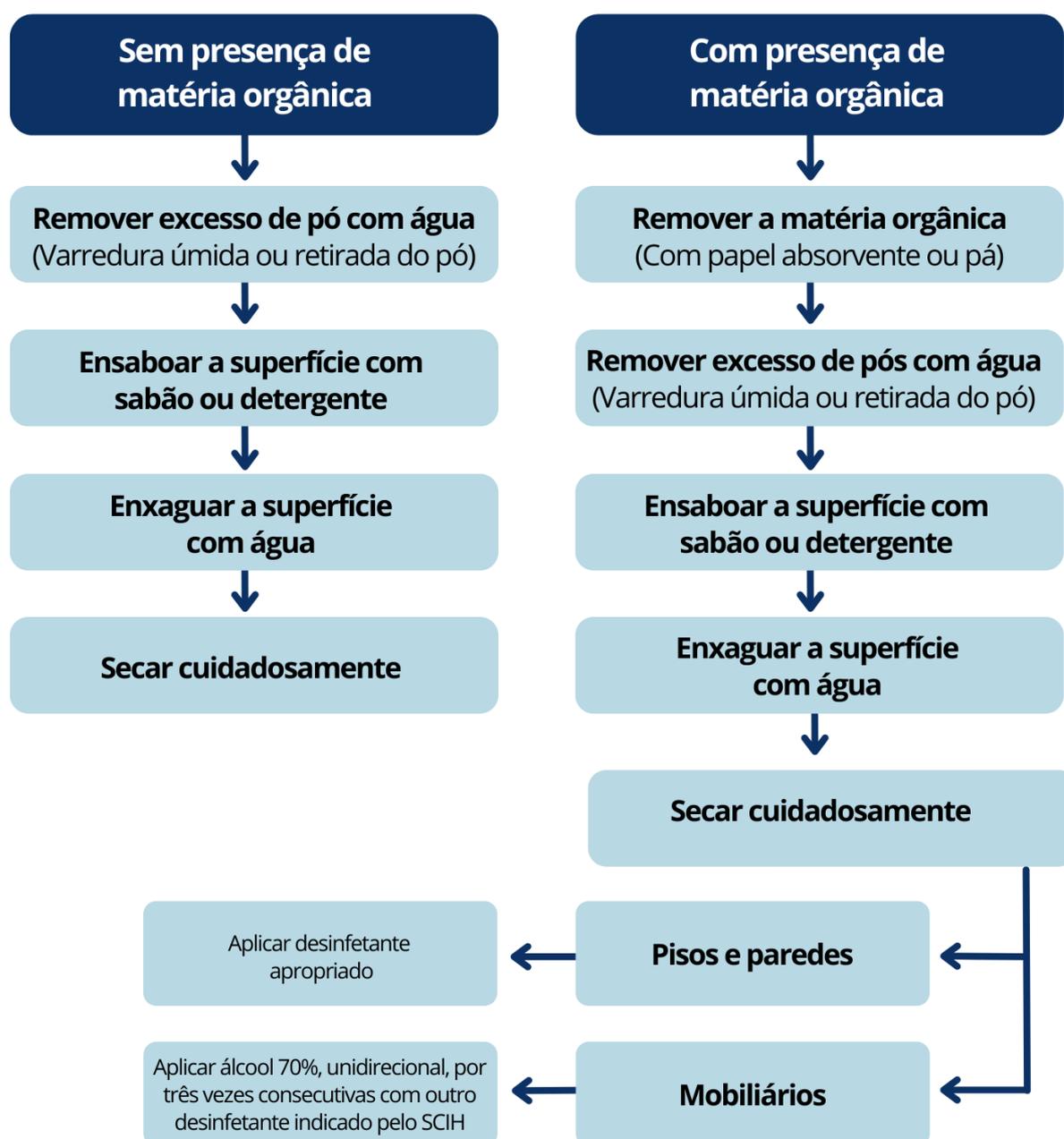


Figura 25. Fluxograma da limpeza do serviço de saúde.
Fonte: Brasil (2010).

3.8.9 Organização interna das comissões assistenciais

As comissões de um serviço têm como papel central auxiliar na gestão da qualidade do serviço, por meio da coordenação e do monitoramento das ações realizadas dentro do estabelecimento de saúde. O trabalho das comissões também está direcionado a busca pelo atendimento das necessidades do usuário. Para o gerenciamento do serviço de saúde, o ISD por meio da Equipe Gestora do serviço, formará as comissões, de acordo com os aspectos legais e os modelos adotados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e/ou Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo. O ANEXO I apresenta os respectivos regulamentos para cada uma das comissões descritas a seguir.

- a) Comissão de Ética Médica;**
- b) Comissão de Ética em Enfermagem;**
- c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;**
- d) Comissão de Revisão de Óbito;**
- e) Comissão de Revisão de Prontuário;**
- f) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;**
- g) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho;**
- h) Comissão de Farmácia e Terapêutica;**
- i) Comissão de Humanização;**
- j) Núcleo de Segurança do Paciente.**

As comissões serão formadas pelos colaboradores do serviço de saúde, que deverão realizar reuniões periódicas para investigação de casos, monitoramento de indicadores e proposição de medidas para melhorar o processo de trabalho do serviço. Ainda, o conteúdo das reuniões deverá ser registrado em ata, com a assinatura dos participantes.

3.8.10 Operacionalização da capacitação continuada

Num cenário em constante evolução na produção de conhecimento, para gestão de qualidade é inquestionável a necessidade por recursos humanos capacitados (KURCGANT et al., 2019). Atualmente não se trata apenas da contratação de profissionais e da prática clínica diária, a complexidade do cuidado em saúde exige reflexões e tomadas de decisão imediatas. Mais do que fazer, é necessário saber o que se faz (KURCGANT et al., 2019).

O colaborador (profissional) de um serviço deve ser visto como o agente transformador e/ou preditivo para alcance dos objetivos institucionais. A essência do Processo de Trabalho está naquele que transforma o objeto, ou seja, o Homem por meio do instrumento intelectual é a base para obtenção de um produto de qualidade (GOMES et al., 1997). Desse modo, também é papel das organizações o investimento no desenvolvimento de habilidades e competências profissionais (KURCGANT et al., 2019).

A educação trata-se de um processo dinâmico e constante de produção de conhecimento (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Podemos considerar que o processo ensino-aprendizagem diz respeito a um complexo sistema de interações comportamentais entre professores e aluno, no nosso caso entre os profissionais (KUBO; BOTOMÉ, 2001). Neste contexto, ensinar é o nome da relação entre o que um professor faz e o que o aluno aprende, enquanto que a aprendizagem se dá pela mudança de comportamento apresentada pelo aluno. A Figura 26 mostra a relação entre do processo ensino – aprendizagem.

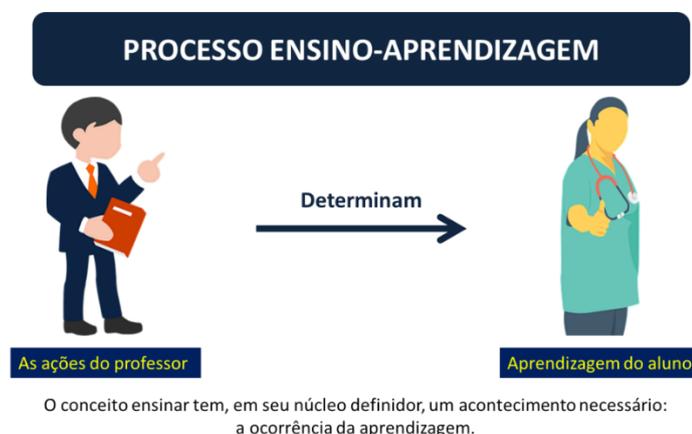


Figura 26. Processo Ensino – Aprendizagem.
Fonte: Elaboração própria.

A educação permanente pode ser descrita como a busca pelo aprendizado contínuo, no que tange ao aprimoramento profissional, durante toda a sua vida, ou seja, está relacionada ao desenvolvimento pessoal para capacitação técnica e aquisição de novos conhecimentos (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), define a educação permanente em saúde como (BRASIL, 2018):

“uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto”.

Em resumo, a educação permanente em saúde tem como objetivo promover a qualificação e o aperfeiçoamento profissional, com vista na melhora do processo de trabalho, na qualidade e humanização da prestação de serviços no âmbito do SUS (BRASIL, 2018). Ressalta-se, que outro termo também adotado nos serviços de saúde, é a educação continuada, que pode ser conceituada como um processo de capacitação e desenvolvimento pessoal e profissional direcionados para organização profissional e aos interesses da sociedade (KURCGANT et al., 2019). Para título de compreensão, o ISD adotará os termos educação permanente e educação continuada como sinônimos.

Em conformidade com Kurcgant et al (2019), a educação permanente promovida pelo ISD no Pronto Atendimento, terá como finalidade alcançar os seguintes objetivos institucionais:

- Participar dos processos de mudança da organização, compreendendo o processo de trabalho;
- Incentivar as pessoas ao autodesenvolvimento;
- Analisar e desenvolver competências individuais e coletivas;
- Capacitar pedagogicamente à equipe multiprofissional para difusão e socialização de conhecimento;
- Coordenar o processo de recrutamento e seleção de recursos humanos;
- Coordenar o processo de avaliação e de desempenho profissional;

- Avaliar os processos de educação permanente tendo como referência os objetivos e metas estabelecidas;
- Analisar e documentar os processos de educação permanente visando subsidiar a tomada de decisão da Equipe Gestora.

No Pronto Atendimento, a educação permanente, por hora denominada como Programa de Treinamento e Desenvolvimento Profissional (PTDP), será coordenada por um enfermeiro de educação permanente, que atuará junto a Equipe Gestora nos processos descritos na Figura 27 (KURCGANT et al., 2019):

Programa de Treinamento e Desenvolvimento Profissional (PTDP)



Figura 27. Processos do Programa de Treinamento e Desenvolvimento Profissional (PTDP).

Fonte: Elaboração própria.

Recrutamento e seleção: caracteriza-se pelo processo de seleção de pessoal para atuar no serviço de saúde, de acordo com as necessidades do Pronto Atendimento do profissional. A seguir serão apresentados os principais elementos envolvidos nesse processo.

- a) O recrutamento e a seleção serão considerados como a “porta de entrada” dos recursos humanos;
- b) O recrutamento e a seleção ocorrerão por meio de edital público de processo seletivo;
- c) O processo seletivo será caracterizado pela “construção do perfil profissional” almejado pelo ISD, com base no diagnóstico situacional, nos objetivos, perspectivas, modelo gerencial e características gerais para atuação no serviço de saúde;
- d) No perfil também serão consideradas as habilidades pessoais (*Soft skills*) e as capacitações técnicas (*Hard skills*). Entende-se como *Soft skills* as habilidades apresentadas em dinâmicas de grupo, enquanto o *Hard skills* diz respeito às

- capacitações realizadas pelo profissional, sendo elas comprovadas por meio de certificados;
- e) Durante o processo seletivo poderão ser adotados um ou mais dos seguintes métodos de seleção: análise de currículo, prova situacional, prova teste, prova práticas, prova dissertativa, entrevistas, teste de personalidade, testes psicométricos, técnicas de simulação, dinâmica de grupo, entre outras;
 - f) Após a contratação, os profissionais devem receber imediatamente treinamento e integralização no processo de trabalho do serviço de saúde.

Treinamento e desenvolvimento: constitui-se pelas ações sistematizadas de capacitação e adaptação do profissional no serviço de saúde. Além disso, envolve ações direcionadas ao aperfeiçoamento e crescimento profissional através de treinamentos, com ênfase na realização eficiente do trabalho que será executado. A seguir serão apresentados os principais elementos envolvidos nesse processo.

- a) O PTDP deve ser realizado com base na avaliação das necessidades do serviço de saúde, nas competências a serem alcançadas, e nos resultados que se espera alcançar;
- b) A Equipe Gestora em conjunto com o enfermeiro de educação permanente deve atuar no PTDP, com ênfase na criatividade, motivação dos profissionais do serviço e modernização dos processos de trabalho;
- c) Para o alcance de resultados favoráveis, o PTDP deve possuir planejamento estratégico, com metas congruentes às políticas do ISD e do SUS. A Figura 28 mostra o fluxo do planejamento do PTDP que será adotado nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD;
- d) Todo PTDP deve elaborar seu planejamento a partir do diagnóstico situacional (Onde e como estamos hoje?), que envolve a etapa de identificação dos problemas. O diagnóstico situacional é realizado com ênfase na análise dos motivos / causas que podem ou que levam ao despreparo na execução dos processos de trabalho;
- e) A partir do diagnóstico situacional, o planejamento do PTDP deve ser fundamentado nos seguintes questionamentos: a) Onde e como pretendemos estar amanhã? – objetivos; b) Como faremos para chegar lá? – Metodologia / estratégias; c) Como saberemos que chegamos? – Avaliação; d) Quanto custará ao indivíduo e à organização? – Análise dos recursos e custos;

- f) A metodologia / estratégias de ensino deve privilegiar a reflexão crítica, a criatividade e a aprendizagem significativa;
- g) O PTDP deve ser difundido entre todos os colaboradores do serviço de saúde, na busca pelo maior envolvimento/participação das pessoas;
- h) Ao final de cada treinamento, o enfermeiro de educação permanente deve emitir um relatório analítico sobre os impactos da atividade realizada e com a finalidade em nortear a tomada de decisão futura;
- i) Os resultados do PTDP devem ser divulgados por meio de indicadores, preferencialmente gráficos, para que todos os colaboradores possam ter conhecimento sobre o efeito do programa no processo de trabalho do serviço de saúde.

Planejamento de Treinamento e Desenvolvimento

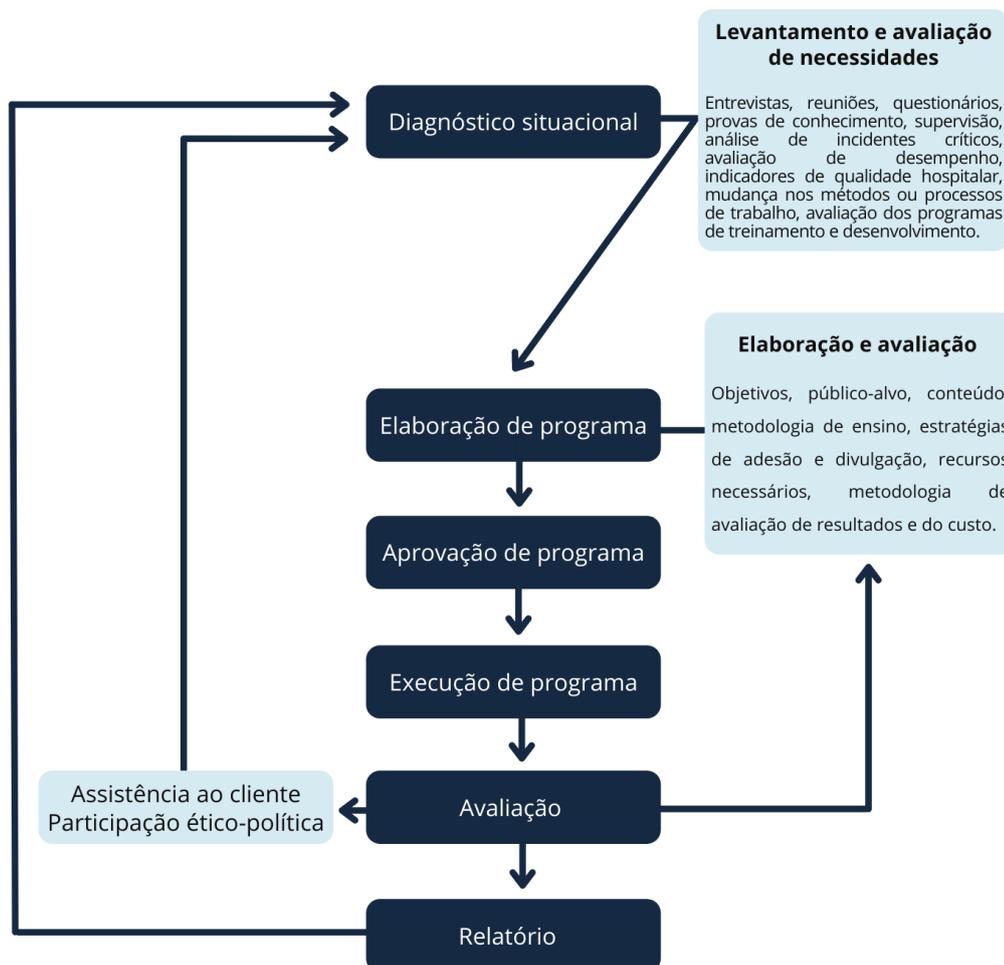


Figura 28. Fluxo do planejamento de PTDP.

Fonte: Kurcgant et al (2019).

A metodologia de trabalho da educação permanente no Pronto Atendimento, preferencialmente envolverá o ensino por meio da simulação realística de baixa fidelidade, aprendizagem baseada em problema; resolução de casos clínicos reais; treinamento de habilidades na manipulação de equipamentos. Os treinamentos serão realizados pelo enfermeiro de educação permanente e/ou por meio da terceirização com a contratação de profissionais especialistas nas temáticas de cada segmento abordado.

A seguir estão descritos os temas essenciais da educação permanente no Pronto Atendimento. As atividades serão realizadas na modalidade de curta-duração, a fim de promover a maior participação dos colaboradores. Para cada capacitação serão emitidos certificados de participação para os profissionais presentes na atividade. Além disso, serão

geradas lista de presença acompanhadas por registro fotográfico, como forma de documentar a realização da capacitação e monitorar o quantitativo de pessoas que participaram.

a) Temas da educação permanente

- Administração, diluição e aplicação de medicamentos;
- Anotações de enfermagem;
- Aplicação de POP (Procedimento Operacional Padrão);
- Atendimento ao pacientes psiquiátrico;
- Atendimento de urgência e emergência;
- Atendimento em PCR (adulto e pediátrico);
- Banho no leito;
- Cateterismo vesical de alívio e demora;
- Classificação de risco;
- Controle de infecção hospitalar e contaminação cruzada;
- Cuidados paliativos;
- Curativos e feridas;
- Descarte de resíduos;
- Ética profissional;
- Higienização das mãos;
- Humanização do atendimento em saúde;
- Monitorização do paciente;
- NR – 32;
- Passagem de sonda nasoenteral;
- Punção venosa;
- Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe;
- Segurança do paciente;
- Transporte de paciente;
- Uso correto de EPI.

Avaliação de desempenho profissional: trata-se de uma estratégia para avaliar a *performance* dos profissionais de um serviço de saúde, com objetivo de identificar o nível de

capacitação e qualidade do desempenho profissional no exercício do cargo que ocupa. A seguir serão apresentados os principais elementos envolvidos nesse processo.

- a) Avaliação da *performance* profissional deve envolver análise de aspectos atitudinais e técnicos, como o comportamento no trabalho, o conhecimento, as competências, as habilidades, a produtividade, a eficácia e a eficiência do avaliado, assim como a sua satisfação e a da instituição (GONÇALVES, 2003);
- b) As avaliações da *performance* profissional têm como objetivos (GONÇALVES, 2003):
 - Caracterizar e documentar o desempenho profissional;
 - Detectar necessidades de treinamento e de desenvolvimento de pessoal, considerando as competências a serem desenvolvidas e valorizando as adquiridas;
 - Planejar junto com o avaliado as estratégias educacionais e as metas de desenvolvimento;
 - Monitorar o alcance das metas de desenvolvimento;
 - Identificar e analisar as condições de trabalho e os fatores intervenientes no desempenho;
 - Identificar dificuldades de integração do profissional à organização;
 - Analisar junto com o avaliado a adequação de seu perfil ao cargo, subsidiando a alocação pessoal;
 - Fornecer informações para retroalimentação do processo de recrutamento e seleção;
 - Fundamentar tomadas de decisão referentes à movimentação de pessoal, como transferências, desligamentos, promoções e aumentos salariais.
- c) Nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD, a avaliação da *performance* profissional será realizada de modo sistemático e contínuo, por meio de instrumentos padronizados, com pontuação no formato de escala tipo *likert* (1 a 5 pontos), com parâmetro de avaliação de “Não alcança às exigências (1) a Supera as exigências (5)” (ANEXO L);

- d) As avaliações serão aplicadas pela Equipe Gestora em conjunto com o enfermeiro de educação permanente, podendo em alguns casos ser aplicados por outros profissionais que ocupam cargos de supervisão e/ou direção;
- e) O enfermeiro de educação permanente e demais profissionais receberão treinamento para aplicação instrumento de avaliação da *performance* profissional;
- f) A periodicidade da aplicação do instrumento de avaliação será definida pela Equipe Gestora;
- g) As avaliações serão realizadas de forma individualizada e os profissionais receberão *feedback* imediato sobre a pontuação obtida e/ou características gerais observadas pelo avaliador;
- h) A avaliação de *performance* profissional não tem caráter punitivo, mas sim formativo e de desenvolvimento profissional;
- i) A partir do relatório de resultados da avaliação geral realizada com todos os colaboradores, a Equipe Gestora em conjunto com o enfermeiro de educação permanente, devem planejar ações para melhorar o desempenho profissional e/ou elogiar os colaboradores quanto ao alcance das metas do serviço.

Por fim, cabe destacar que o ISD por meio PTDP nos serviços de saúde, busca aprimorar a gestão de recursos humanos e dimensionar a cultura do desenvolvimento de habilidades para exercício profissional de qualidade.

3.8.11 Operacionalização e controle de visitas

Os pacientes em observação no Pronto Atendimento poderão receber visitas durante o período de permanência no local. Ademais, também será garantido o direito de permanência de acompanhantes dos pacientes, conforme estabelecido pela “LEI Nº 10.689, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2000, que dispõe sobre a permanência de acompanhantes dos pacientes internados nas unidades de saúde do Estado”. A operacionalização e controle das visitas será organizada com base nas diretrizes a seguir.

- a) O Pronto Atendimento responsabilizar-se-á por providenciar as condições adequadas de permanência do acompanhante junto a pessoa atendida;

- b) A entrada e permanência de um acompanhante deverá ser devidamente anotada pela recepção do serviço, oportunidade em que será confiado ao acompanhante crachá de identificação de uso obrigatório;
- c) Serão objeto de atenção preferencial por parte do Pronto Atendimento as crianças, os deficientes, os idosos e outros considerados hipossuficientes;
- d) O Pronto Atendimento deverá afixar em suas dependências, em local visível, de satisfatória circulação e com texto de fácil leitura, avisos informando aos pacientes, ou interessados no bem-estar destes, o direito estipulado nesta lei. O aviso deverá estar consubstanciado nos seguintes termos: "Esta unidade de saúde garante o direito do paciente de ser acompanhado, por seu familiar ou outra pessoa que comprovadamente demonstre merecer a sua confiança. - "LEI Nº 10.689, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2000";
- e) O familiar ou pessoa indicada pelo paciente para o acompanhamento do estado de saúde deste deverá firmar termo de responsabilidade que o informe das penalidades decorrentes de comportamento que venha a obstruir procedimentos considerados adequados ou necessários;
- f) O médico responsável, ou o enfermeiro encarregado do setor, poderá descredenciar o acompanhante que não cumprir os compromissos assumidos no termo previsto no "caput", ficando assegurado o direito a substituição do acompanhante descredenciado.
- g) Desde que cadastrados previamente, poderá haver rodízio entre aqueles que desejarem usufruir da prerrogativa estabelecida pela presente lei;
- h) Durante o período de permanência do acompanhante será oferecido refeições para o mesmo;
- i) Em caráter de visita, a mesma será realizada no tempo máximo de permanência de uma hora.

3.8.12 Operacionalização e controle da assistência farmacêutica, insumos e materiais

Para o correto funcionamento dos serviços de saúde, é necessária a disponibilidade adequada de materiais e isso requer organização da logística de aquisição e distribuição desses materiais. Devido à complexidade das organizações dos serviços de saúde, para melhorar a eficiência nos serviços realizados, é essencial a cultura do uso consciente de materiais, a fim

de preservar o meio ambiente e a gestão financeira do serviço (RAMOS; SPIEGEL; ASSAD, 2018).

A gestão de materiais hospitalares envolve um conjunto de processos, que de forma geral, estão relacionados ao planejamento e definição dos fluxos de materiais dentro do serviço de saúde, o que vai desde a requisição do material, compras, consumo até descarte final (RAMOS; SPIEGEL; ASSAD, 2018). Processos ineficientes no fluxo de materiais hospitalares podem refletir no desabastecimento da unidade de saúde e consequentemente na redução da qualidade da assistência (COELHO et al., 2012).

Neste contexto, o objetivo do ISD é garantir que os materiais necessários para a assistência em saúde estejam disponíveis aos trabalhadores no tempo em quantidades adequadas, para a execução de uma assistência eficiente. De acordo com a RDC N° 185, de outubro de 2001, que “aprova o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA”, os materiais hospitalares podem ser divididos em:

- a) **Produto médico:** produto para a saúde, tal como equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo, entretanto ser auxiliado em suas funções por tais meios;
- b) **Produto médico ativo para diagnóstico:** qualquer produto médico ativo, utilizado isoladamente ou em combinação com outros produtos médicos, destinado a proporcionar informações para a detecção, diagnóstico, monitoração ou tratamento das condições fisiológicas ou de saúde, enfermidades ou deformidades congênitas;
- c) **Produto médico ativo para terapia:** qualquer produto médico ativo, utilizado isoladamente ou em combinação com outros produtos médicos, destinado a sustentar, modificar, substituir ou restaurar funções ou estruturas biológicas, no contexto de tratamento ou alívio de uma enfermidade, lesão ou deficiência;

- d) **Produto médico de uso único:** qualquer produto médico destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção, utilizável somente uma vez, segundo especificado pelo fabricante;
- e) **Produto médico implantável:** qualquer produto médico projetado para ser totalmente introduzido no corpo humano ou para substituir uma superfície epitelial ou ocular, por meio de intervenção cirúrgica, e destinado a permanecer no local após a intervenção. Também é considerado um produto médico implantável, qualquer produto médico destinado a ser parcialmente introduzido no corpo humano através de intervenção cirúrgica e permanecer após esta intervenção por longo prazo;
- f) **Produto médico invasivo:** produto médico que penetra total ou parcialmente dentro do corpo humano, seja através de um orifício do corpo ou através da superfície corporal.
- g) **Produto médico invasivo cirurgicamente:** produto médico invasivo que penetra no interior do corpo humano através da superfície corporal por meio ou no contexto de uma intervenção cirúrgica;

Para gerir os materiais hospitalares do Pronto Atendimento, o ISD adotará as seguintes ações (RAMOS; SPIEGEL; ASSAD, 2018):

- **Planejamento de compras:** previsão trimestral da demanda de materiais com base nas necessidades do serviço. Cada setor (unidade de consumo) deverá emitir um relatório mensal com a descrição do item, quantidade em estoque e pedido. O relatório deverá ser encaminhado para o setor de compras até o décimo dia de cada mês.
- **Compras:** quando realizado pelo ISD, no setor de compras, os relatórios gerados pelas unidades de consumo serão transcritos para um modelo padrão, para na sequência ser dado início ao processo de verificação de estoque e/ou compra dos materiais. As compras serão realizadas por meio de no mínimo três orçamentos. Além disso, para o controle de qualidade será constituída uma comissão de avaliação, padronização e aprovação de produtos hospitalares. A comissão será composta por um enfermeiro, um médico e um farmacêutico.

- **Recebimento:** após as compras, os materiais serão entregues no almoxarifado, sendo realizada a conferência dos materiais de acordo com a nota de empenho, nota fiscal e o mapa de fornecimento. Na sequência, os materiais serão armazenados e registrados em planilhas de controle, e as notas fiscais encaminhadas para o setor financeiro.
- **Armazenamento:** no almoxarifado os materiais codificados e armazenados de acordo com as suas características e a planta para distribuição dos itens.
- **Financeiro:** após o recebimento dos materiais, será aberto o processo de pagamento, de acordo com as notas recebidas.
- **Requisições:** o almoxarifado disponibilizará um cronograma semanal de retirada de materiais por meio de requisições. As requisições deverão ser enviadas com 24 horas de antecedência para distribuição até às 9h da manhã do dia seguinte.
- **Distribuição:** os materiais serão disponibilizados diariamente por um funcionário do almoxarifado nos pontos satélites do serviço de saúde, que fará a redistribuição as unidades consumidoras.
- **Consumo:** após o recebimento dos materiais, as unidades consumidoras prosseguirão com o consumo, de acordo com as necessidades assistenciais e o descarte de lixo em conformidade com o Plano de Resíduos do Serviço de Saúde.

Ressalta-se que no Pronto Atendimento serão adotados formulários padronizados para o controle do consumo de materiais, podendo ser no formato impresso e/ou digital. Ainda, sempre ao início da gestão do ISD, previamente será realizado o levantamento de todos os materiais disponíveis e necessários para o pleno funcionamento do serviço de saúde. A Figura 29 mostra o fluxograma de materiais hospitalares no Pronto Atendimento.

Fluxograma

Materiais Hospitalares

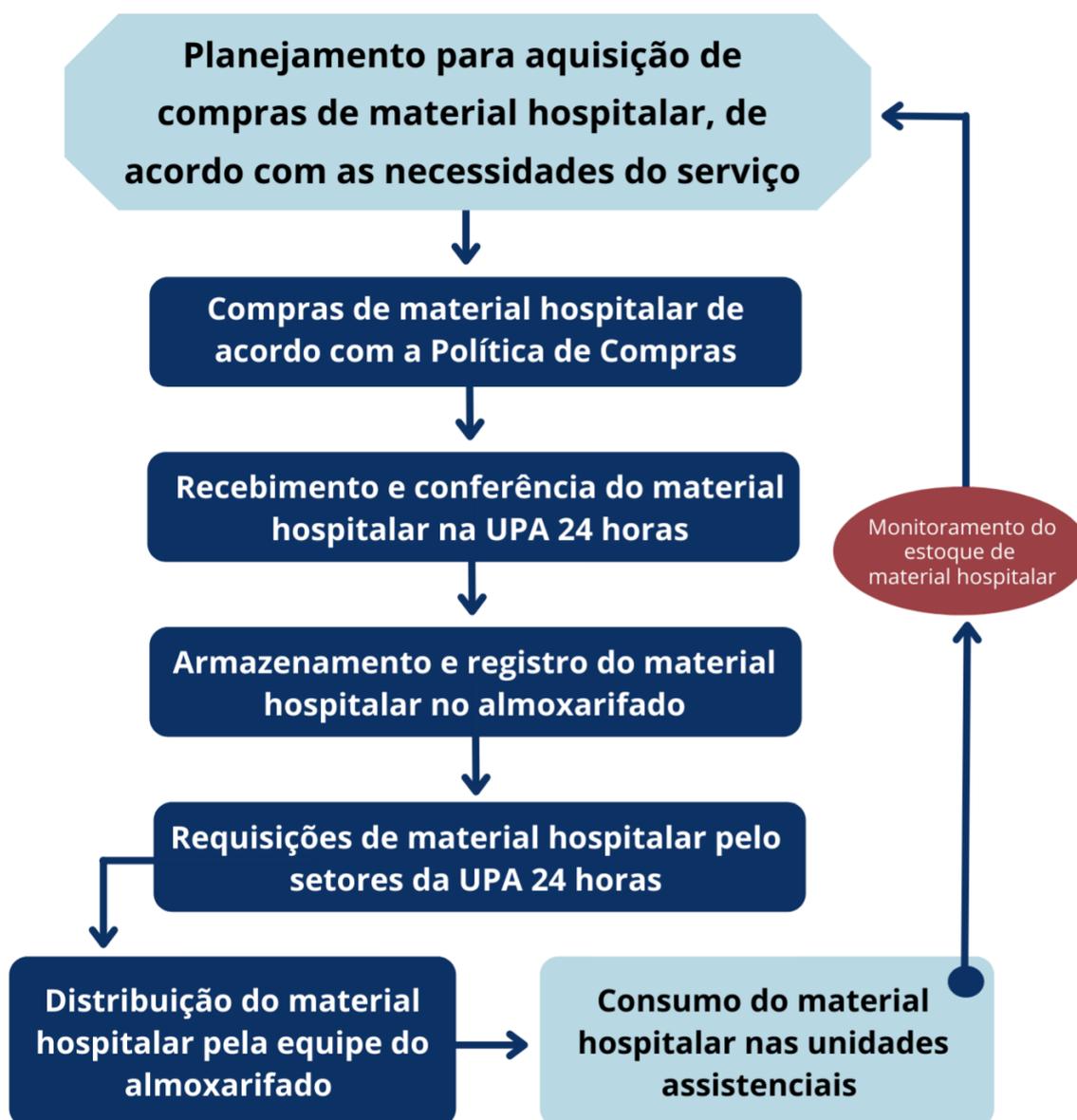


Figura 29. Fluxograma de materiais hospitalares no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

3.8.13 Fluxo de medicamentos na unidade de pronto atendimento

A integração dos setores de um serviço de saúde requer conhecimento dos recursos internos e da análise de processos operacionais. Entende-se como processo “o conjunto de ações que envolvem a execução de uma atividade que recebe um objeto (*input*), transforme agregando valor e gera uma saída” (*output*) (HARRINGTON, 1993). Desse modo, para os estabelecidos de saúde, os processos resultam nos serviços que são oferecidos ao usuário, ou seja, trata-se de um conjunto de atividades executadas com o objetivo de produzir um serviço que seja percebido pelo cliente, em relação ao bem que possa causar.

Dado a importância em definir processos e fluxos operacionais nos serviços de saúde, é necessário que o controle de medicamentos seja eficiente, com meta em reduzir custos e/ou mesmo tempo permitir que os pacientes recebam o tratamento medicamentoso adequado (GLERIANO et al., 2018). No estabelecimento de saúde, os processos relacionados aos medicamentos transitam entre o recebimento do medicamento até a assistência direta ao paciente. Neste contexto, a gestão eficiente dos medicamentos é fundamental para o suprimento adequado das demandas do serviço de saúde e da população (GLERIANO et al., 2018).

Fundamentado no conceito de “processo”, o ISD elaborou seu fluxo de medicamentos em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001). Além disso, as recomendações contidas no estudo de Gleriano et al (2018) também fundamentaram a elaboração do fluxo de medicamentos no Pronto Atendimento, o que envolverá a etapas descritas a seguir. Destaca-se, que os mesmos processos serão implementados nas unidades satélites.

- a) **Recebimento na farmácia:** trata-se do recebimento de medicamentos e insumos entregues pelo almoxarifado a farmácia do serviço de saúde. Na ocasião deverão ser adotados *check-list* padronizados para conferência dos medicamentos recebidos (nome do medicamento, marca, lote, validade do medicamento, quantidade de caixas, unidades e qualidades dos medicamentos). O serviço de farmácia deverá ser informatizado e sugere-se o uso de leitores de código de barras acoplados em *software* para controle de estoque (entrada e saída).

- b) Armazenamento:** na farmácia os medicamentos deverão ser identificados e as prateleiras sinalizadas, de acordo com a classe de medicamentos para permitir a fácil visualização, agilizar a localização, distribuição e reposição da farmácia.
- c) Conservação:** o ambiente da farmácia deve ser climatizado para melhor conservação dos medicamentos, sendo o controle da temperatura registrado diariamente em livro de registros. Para os medicamentos que requerem refrigeração, os mesmos deverão ser alocados em refrigeradores exclusivos para tal finalidade.
- d) Distribuição:** a distribuição dos medicamentos deve ser realizada mediante a prescrição médica. Para o controle da farmácia, deve ser adotado *check-list* para controle da saída de medicamentos, contendo o nome do medicamento e a quantidade dispensada. Sugere-se a informatização do sistema farmacêutico para o controle de entradas e saídas de medicamentos no serviço de saúde.
- e) Controle de medicamentos:** envolve um conjunto de ações para monitorar a entrada e saída de medicamentos por meio de sistema informatizado. Na ausência e/ou falhas no uso do sistema informatizado deverão ser adotados formulários padronizados para o registro de informações.

Serão dispensados no Pronto Atendimento a grade medicamentos contidas na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Registro (REMUNE), sendo a farmácia gerenciada de acordo com o Plano de Acesso e Uso Racional de Medicamentos do município. A Figura 30 mostra o fluxograma de medicamentos e insumos hospitalares no Pronto Atendimento, que será adotado pelo ISD.

Fluxograma

Medicamentos

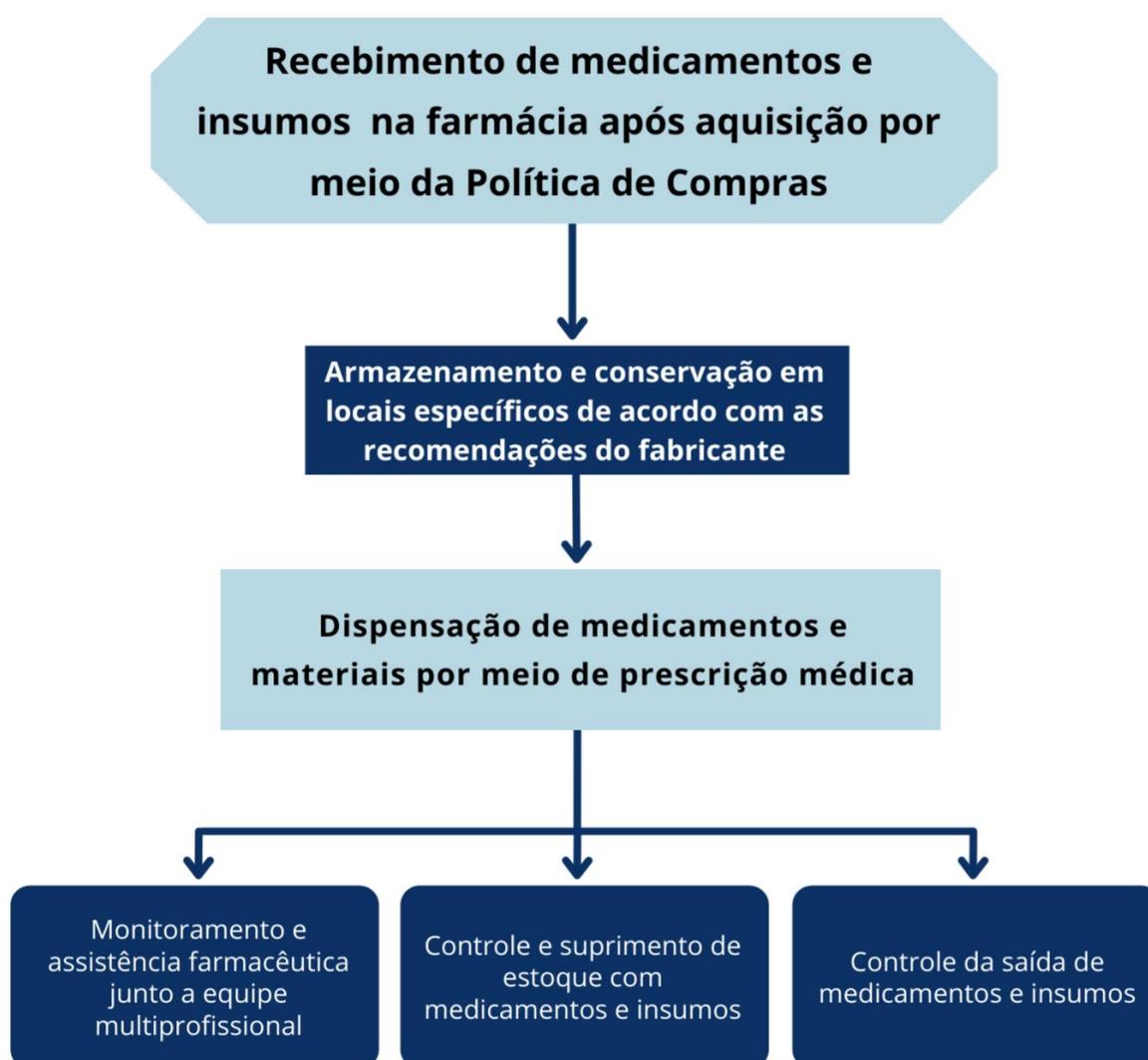


Figura 30. Fluxograma de medicamentos e insumos hospitalares no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

3.8.14 Fluxo de enxoval hospitalar na unidade de pronto atendimento

O enxoval hospitalar trata-se de um conjunto de roupas utilizadas nos serviços de saúde, com o objetivo de atender as necessidades do paciente e auxiliar nos procedimentos assistenciais, tais como: lençóis, fronhas, camisas, camisolas, calças, pijamas, aventais, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, compressas, campos cirúrgicos, dentre outros (BRASIL, 2009). O gerenciamento correto do enxoval hospitalar possibilita garantir a assistência em saúde e a redução de custos financeiros. Logo, os serviços de lavanderia também devem fazer parte da gestão de qualidade de um estabelecimento de saúde, pois contribui indiretamente com o cuidado oferecido ao paciente (PERES et al., 2018).

É responsabilidade do serviço de lavanderia oferecer um enxoval em condições adequadas de higiene, conversação e quantidade suficiente para o funcionamento das unidades consumidoras (BRASIL, 2009). Compreende-se que todos os setores de um serviço de saúde são dependentes da lavanderia, uma vez que ela favorece o conforto dos pacientes, auxilia na sua recuperação e promove o controle de infecções (PERES et al., 2018).

De acordo com a RDC N° 6, de 20 de janeiro de 2012, que dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para Unidades de Processo de Roupas de Serviços de Saúde e dá outras providências, o processamento de roupas de serviços de saúde compreende: um conjunto de etapas que tem como objetivo final garantir as condições de higiene e qualidade das roupas utilizadas na atenção à saúde.

As etapas do processamento de roupas de serviços de saúde compreendem a:

1. Retirada e o acondicionamento da roupa suja da unidade geradora;
2. Coleta e o transporte da roupa suja até a unidade de processamento;
3. Recebimento, a pesagem, a separação e a classificação da roupa suja;
4. Processo de lavagem;
5. Centrifugação, a secagem, a calandragem ou a prensagem ou a passadoria a ferro da roupa limpa;
6. Dobra, embalagem e o armazenamento da roupa limpa;
7. Transporte e a distribuição da roupa limpa.

No Pronto Atendimento, previamente será realizado o inventário das roupas disponíveis no serviço de saúde, com objetivo em verificar o quantitativo disponível, as necessidades do serviço e/ou aquisição de novos enxovais. O processamento do enxoval hospitalar será realizado por empresa terceirizada, contratada e supervisionada pelo ISD para atender aos padrões sanitários do processamento de roupas de serviços de saúde contidos na RDC N° 6, de 20 de janeiro de 2012 e as diretrizes publicadas pela ANVISA, no documento “Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos” (BRASIL, 2009).

Para atender as etapas do processamento de roupas serão adotadas as seguintes atividades gerais:

Coleta de roupas sujas:

- As roupas sujas serão coletadas pela equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência, imediatamente após o seu uso;
- As roupas sujas deverão ser destinadas ao suporte com saco de hamper. Resíduos sólidos (por exemplo, fezes), deverão ser removidos previamente das roupas e desprezados no vaso sanitário. Assim como, material perfurocortante, que deverá ser descartado em local apropriado;
- As roupas sujas deverão ser colocadas com cuidado no saco de hamper, a fim de evitar a manipulação excessiva, a contaminação do profissional de saúde e a suspensão de partículas;
- O preenchimento do saco de hamper com roupas sujas não deve exceder $\frac{3}{4}$ da sua capacidade máxima;
- O fechamento do saco de hamper deverá ser realizado pela equipe de serviços gerais;
- A equipe de serviços gerais ficará responsável pela coleta diária das roupas sujas no saco de hamper, de acordo com o cronograma que será elaborado pelo gestor de enfermagem no Pronto Atendimento;
- É OBRIGATÓRIO o uso de avental descartável, máscara N95, gorro e óculos de proteção, luvas, botas antiderrapantes, durante a coleta das roupas sujas realizada pela equipe de serviços gerais nas unidades assistenciais;

- O carinho de transporte com tampa deverá ser identificado com a descrição “ROUPA SUJA CONTAMINADA” e o símbolo de resíduo de material biológico infectante, em local de fácil visualização;
- Durante a coleta das roupas sujas, para evitar a transmissão de microrganismos por contato indireto, o auxiliar de serviços gerais não poderá tocar nas superfícies de portas, mesas, cadeiras, entre outros, com as mãos enluvadas;
- Após a coleta de roupas sujas nas unidades assistenciais, o carinho de coleta deverá ser fechado e transportado até o ponto de retirada da equipe de lavanderia;
- Imediatamente após o transporte das roupas sujas pela equipe da lavanderia, o carinho deverá ser higienizado com água e sabão e desinfetado com álcool 70%.

Recebimento de roupas limpas:

- As roupas limpas serão recebidas do serviço de lavanderia, de acordo com o cronograma que será elaborado pelo gestor de enfermagem no Pronto Atendimento;
- As roupas limpas serão alocadas pela equipe de lavanderia em local apropriado para o seu armazenamento e distribuição;
- É OBRIGATÓRIO o uso de touca, máscara cirúrgica e botas antiderrapantes durante o armazenamento das roupas no Pronto Atendimento;
- No momento do recebimento das roupas limpas, será verificado e registrado o quantitativo peças e tipos de roupas recebidas;
- As roupas serão organizadas para distribuição, de acordo com o quantitativo necessário para cada unidade;

Distribuição para unidades assistenciais:

- As roupas limpas serão distribuídas, de acordo com o cronograma que será elaborado pelo gestor de enfermagem no Pronto Atendimento;
- A distribuição das roupas limpas será realizada por um auxiliar de serviços gerais, específico para essa finalidade;
- É OBRIGATÓRIO o uso de touca, máscara cirúrgica e botas antiderrapantes durante a distribuição das roupas no Pronto Atendimento;

- A distribuição das roupas limpas será realizada em carrinho fechado específico para essa finalidade;
- O carrinho deverá ser identificado com a descrição “ROUPA LIMPA”;
- A cada turno de trabalho e/ou sempre que necessário, o carrinho de roupa limpa deverá ser higienizado com água e sabão e desinfetado com álcool 70%.

Ressalta-se, que no Pronto Atendimento serão organizados locais de acondicionamento de roupas, pontos de coleta, retirada, entrega e logística geral tanto para roupas sujas, quanto para roupas limpas. O Quadro 9 resume as principais ações para o gerenciamento do enxoval hospitalar no Pronto Atendimento. Ainda, no fluxograma é possível verificar a sequência no processamento de roupas que será adotado (Figura 31).

Quadro 9. Principais ações no gerenciamento do enxoval hospitalar no Pronto Atendimento.

Profissional	Material necessário	Ação
Profissionais da saúde	Hamper e equipamento de proteção individual	Colocação das roupas sujas no saco de hamper
Auxiliar de serviços gerais	Carinho com tampa, equipamento de proteção individual	Retirada do saco de hamper para armazenamento temporário no ponto de coleta
Equipe da lavanderia	Carinho com tampa, equipamento de proteção individual	Remoção das roupas sujas para processamento na lavanderia
Equipe da lavanderia	Carinho com tampa, equipamento de proteção individual	Devolução das roupas limpas no Pronto Atendimento
Auxiliar de serviços gerais	Carinho com tampa, equipamento de proteção individual	Armazenamento e distribuição das roupas limpas no Pronto Atendimento

Fonte: Elaboração própria.

Fluxograma

Roupas do serviço de saúde

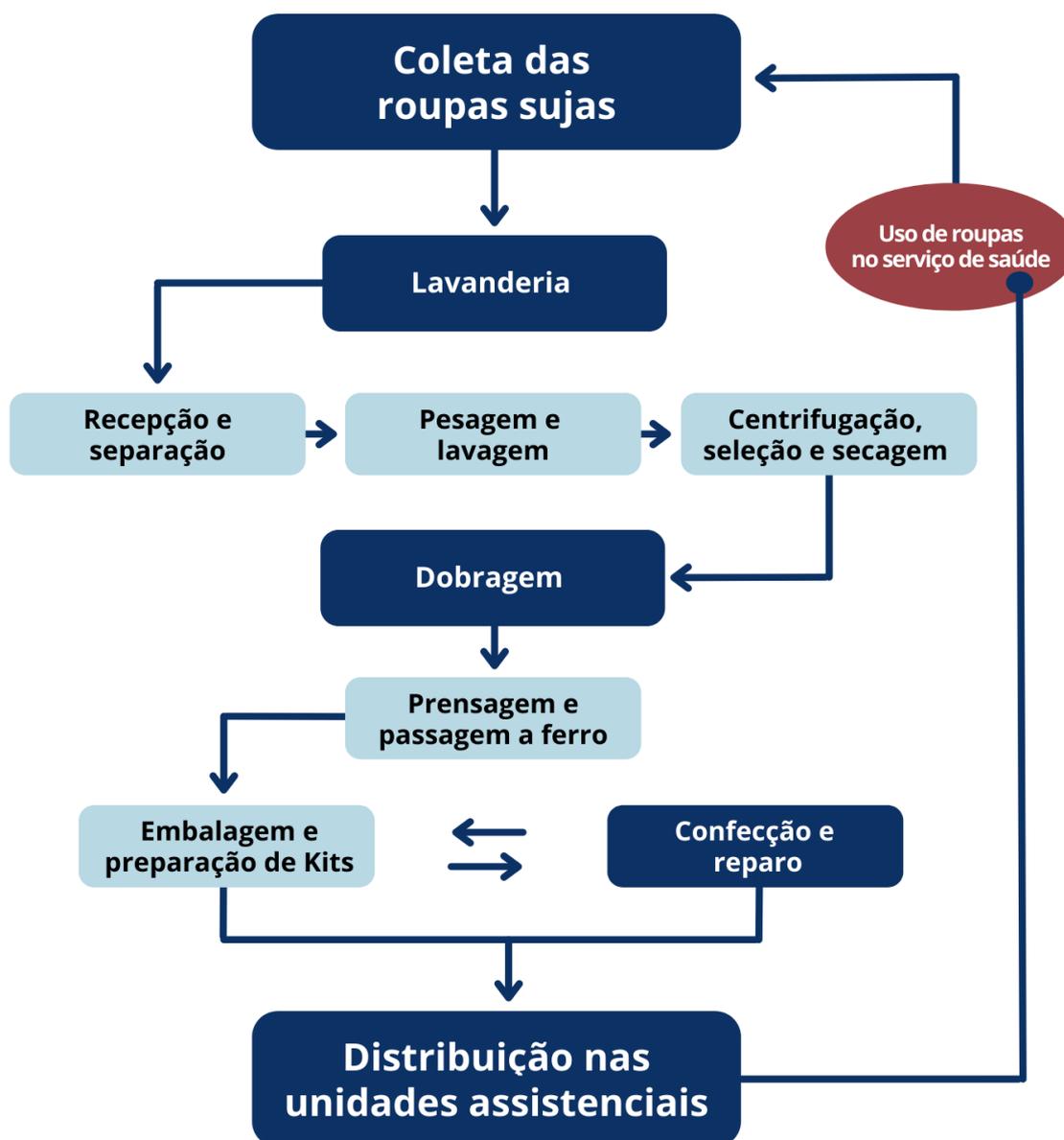


Figura 31. Fluxograma de roupas no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

3.8.15 Fluxo de referência e contrarreferência

A referência e a contrarreferência em saúde constituem-se como mecanismos de troca de informações dentro da Rede de Atenção à Saúde, assim como o trânsito do usuário nos serviços de saúde. Trata-se de um componente do SUS, que quando utilizado de forma adequado possibilita a longitudinalidade da assistência em saúde (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

O cuidado longitudinal ou a longitudinalidade do cuidado é uma das diretrizes do SUS a serem operacionalizadas na Atenção Básica à Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), a longitudinalidade do cuidado pode ser definida como:

“pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado”.

Além da longitudinalidade do cuidado, um dos princípios do SUS na Atenção Básica à Saúde é a integralidade, que poder definida como (BRASIL, 2017):

“é o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade”.

Fundamento na diretriz da longitudinalidade do cuidado e no princípio da integralidade, a Rede de Atenção à Saúde deve possuir sistemas integrados de informação que permitam efetivar a referência e contrarreferência. A seguir serão apresentadas as

definições destes conceitos (WITT, 1992). A Figura 32 mostra a relação entre a referência e a contrarreferência.

Referência: caracteriza-se pelo trânsito do usuário (paciente) de um estabelecimento de saúde de menor complexidade para outro de maior complexidade.

Contrarreferência: caracteriza-se pelo retorno do usuário (paciente) de um estabelecimento de saúde de maior complexidade para um de menor complexidade.

Referência e Contrarreferência



Figura 32. Ilustração do sistema de referência e contrarreferência.
Fonte: Elaboração própria.

Quando utilizados de forma eficiente os Sistemas de Referência e Contrarreferência possibilitam organizar os serviços de saúde e permitem o acesso adequado às pessoas que procuram esses serviços (ALVES et al., 2015). Em consonância com este sistema, o usuário atendido em uma ESF, quando necessário, será encaminhado (referenciado) para um serviço de maior complexidade, por exemplo, o Pronto Atendimento, a fim de que seu problema seja resolvido. Ao término do atendimento, o mesmo deverá ser encaminhado novamente (contrarreferência) para sua unidade de origem, com objetivo em dar continuidade ao tratamento (BRASIL, 2011). A referência e contrarreferência devem ser realizadas por meio

de instrumentos padronizados, sendo preenchidas por um profissional de nível superior (ALVES et al., 2015).

O Pronto Atendimento será referência no atendimento de casos de urgência e emergência do município de Jacupiranga-SP. Desse modo, para atender as prerrogativas legais do Ministério da Saúde e **Resolução CFM N° 2.077, DE 24 DE JULHO DE 2014**, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como o dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. No Pronto Atendimento serão adotadas as seguintes ações no sistema de referência e contrarreferência da unidade:

- Todo paciente será acolhido e classificado de acordo com a sua situação de risco, sendo a classificação de risco realizada pelo enfermeiro. O paciente não poderá ser liberado ou encaminhado para outro local, sem receber a consulta médica;
- O acesso a Classificação de Risco deverá ser o mais imediato possível e fluxo do paciente no serviço de urgência e emergência se enquadrará dentro do algoritmo previsto na Resolução CFM N° 2.077/14 (Figura 33);

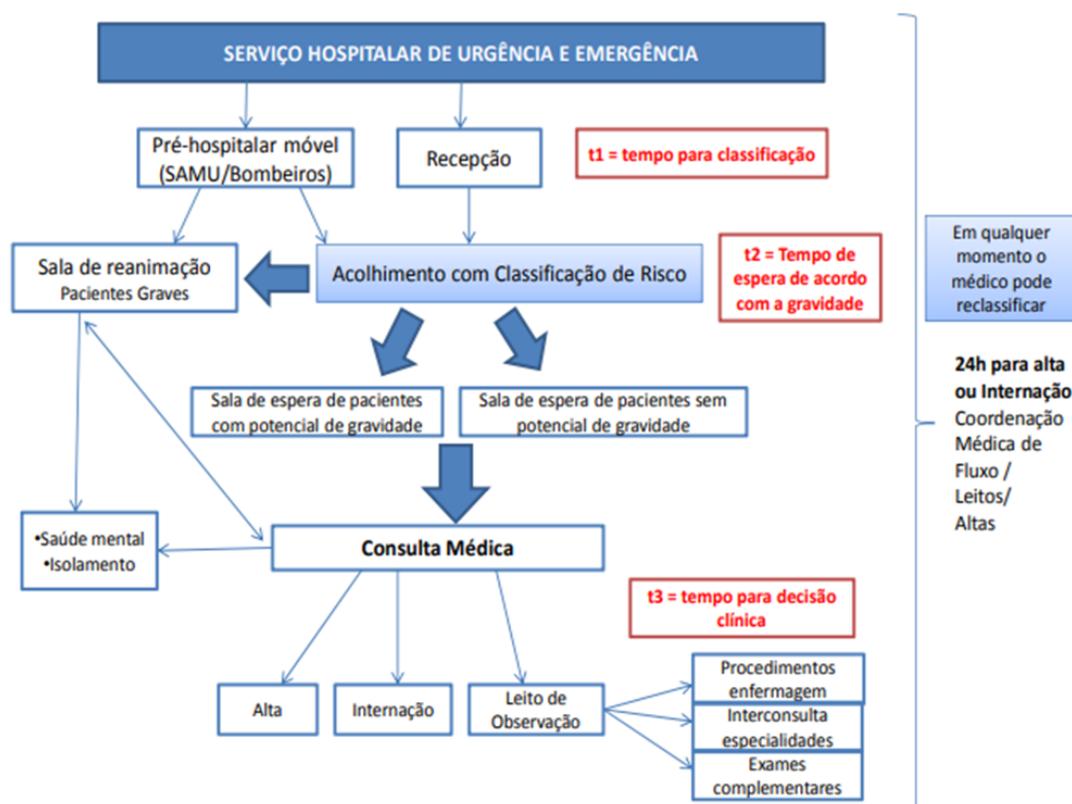


Figura 33. Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.

Fonte: Resolução CFM N° 2.077/14 (Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>)

- c) O Pronto Atendimento atuará em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e o SAMU (192) na resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários;
- d) O Pronto Atendimento será o elo entre a Atenção Básica à Saúde e a Atenção Hospitalar;
- e) As diretrizes de regionalização e hierarquização serão implementadas para efetivação do sistema de referência e contrarreferência;
- f) Serão adotados instrumentos padronizados de contrarreferência contidos no prontuário eletrônico e/ou outros definidos pela SMS de Jacupiranga-SP, para fornecer informações aos serviços de saúde sobre o cuidado realizado e permitir a continuidade da assistência;
- g) A equipe multiprofissional será treinada para conhecer os conceitos e método de referência e contrarreferência no Pronto Atendimento, assim como no preenchimento adequado dos formulários de contrarreferência, quer seja eletrônico ou impresso;
- h) Será disponibilizado no Pronto Atendimento um mapa município identificado com os principais estabelecimentos de saúde de Jacupiranga-SP;
- i) O tempo máximo de permanência do paciente no Pronto Atendimento será de 24 horas, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido;
- j) Fica proibida a internação de pacientes no Pronto Atendimento;
- k) Os pacientes que não tiverem seus casos clínicos resolvidos no Pronto Atendimento, serão encaminhados para avaliação a nível hospitalar, de acordo com a referência e contrarreferência por meio da CROSS;
- l) O médico coordenador de fluxo ficará responsável por agilizar a transferência e os trâmites burocráticos para referenciar o paciente aos serviços hospitalares e/ou contrarreferenciar para Atenção Básica à Saúde.

A Figura 34 mostra o fluxograma das etapas de referência e contrarreferência que serão adotadas no Pronto Atendimento. Ressalta-se que serão adotados formulários padronizados, de acordo com as prerrogativas da SMS de Jacupiranga-SP.

Fluxograma

Referência e Contrarreferência

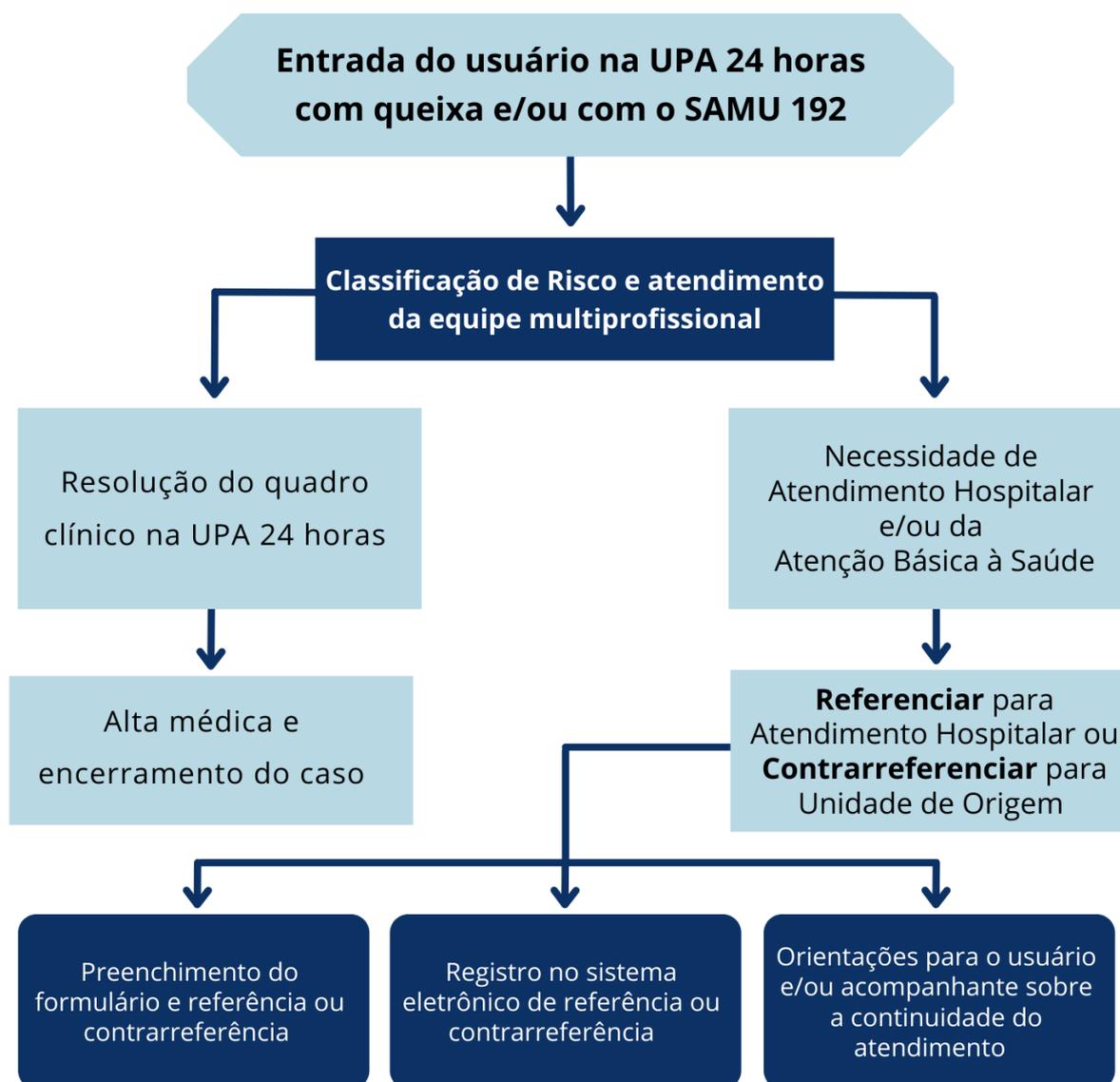


Figura 34. Fluxograma das etapas de referência e contrarreferência no Pronto Atendimento.

Fonte: Elaboração própria.

3.9 PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente pode ser considerada como o grande desafio do século XXI na busca por prevenir danos aos usuários dos serviços de saúde. O reconhecimento de que a assistência em saúde pode repercutir em agravos levou a necessidade em buscar ações para mitigar eventos adversos no paciente. Embora as primeiras preocupações com a segurança do paciente possam ser descritas desde a formulação do princípio de Hipócrates: “*primum no nocere*” (primeiro não prejudicar), o marco revolucionário para a Segurança do Paciente se dá a partir da publicação do estudo “*To err is human: building a safer health care system*” no ano 2000 (KOHN et al., 2000). Este estudo apontou que a cada ano quase 100.000 norte-americanos morriam em função de falhas na assistência em saúde. Dados semelhantes também foram identificados em outros países, como por exemplo, no Brasil.

Em média 10% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de evento adverso, sendo que 50% desses eventos são evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Diante do impacto econômico e social vinculado as falhas na assistência em saúde identificou-se a necessidade em reformular o atendimento oferecido ao paciente. Essa reformulação partiu da reflexão de que: o que antes era simples e relativamente seguro, hoje passou a ser complexo e potencialmente perigoso. Tal mudança se deve ao perfil epidemiológico e aos avanços tecnológicos para o prolongamento da vida na área médica, ou seja, a população envelheceu, aumentou número de doenças crônicas não transmissíveis e as tecnológicas tornaram o cuidado mais complexo.

A segurança do paciente pode ser descrita como a “identificação e eliminação de riscos que possam causar danos ao paciente durante a assistência em saúde”, sendo considerada como uma questão estratégica global (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006). A preocupação com o paciente levou a Organização Mundial da Saúde em 2004 a criar o *World Alliance for Patient Safety*, que passou a ser denominado como *Patient Safety Program*. Este programa tem como objetivo organizar os conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor ações para minimizar riscos e mitigar eventos adversos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). No Brasil, a Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente pode ser considerada como marco importante na busca por qualificar o cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

É necessário compreender que as ações do profissional de saúde estão sujeitas a erros. Não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. No entanto, cabe aos serviços de saúde elaborar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente. Neste contexto, é importante que a equipe multiprofissional proponha e execute ações que possam bloquear erros. As principais ações envolvem a capacitação profissional, a cultura de segurança do paciente e uso de protocolos clínicos.

Na ambiente assistencial, o paciente está sujeito a erros que podem levar principalmente a infecção do trato urinário associada ao cateterismo vesical, quedas do paciente, lesões por pressão, infecção no trato respiratório, cirurgia em local e paciente incorretos, infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso, administração incorreta de medicamentos. Neste cenário, é fundamental que a equipe multiprofissional esteja treinada na interceptação do erro e consequentemente no cuidado seguro.

O sucesso na implementação de protocolos segurança nos sistemas de saúde depende fortemente da participação da equipe médica e de enfermagem. Considerando que a mudança de comportamento é o elemento central para uma assistência segura, o médico e o enfermeiro enquanto líderes de equipe devem atuar de forma assertiva na busca por mudar a cultura do ambiente assistencial. Logo, suas ações devem ser consonantes com as seis **Metas Internacionais de Segurança do Paciente** estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e preconizadas pela *Joint Commission International (JCI)* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2006).

A primeira meta está relacionada à **Identificação Correta dos Pacientes**, sendo realizada por meio da identificação com o nome completo, número do prontuário e data de nascimento do paciente. Essas informações devem ser implementadas em pulseiras de identificação do paciente, quadro de informações na cabeceira do leito e prontuários.

A segunda meta é a **Comunicação Efetiva**, que pode ser descrita como a comunicação que envolve precisão, clareza, dados completos, livre de ambiguidade e que é compreendida pelo receptor. As falhas na comunicação são consideradas como um dos principais fatores que contribuem para ocorrência de eventos adversos. São considerados elementos cruciais na comunicação efetiva: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem e envolvimento de todos os membros da equipe. É fundamental que a comunicação permita a continuidade no cuidado oferecido ao paciente.

A terceira meta envolve **Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância**, erros na prescrição e/ou administração de medicamentos representam uma ameaça

à segurança do paciente. Compreende-se como medicações de alta vigilância, aquelas que aumentam risco de serem administradas de forma equivocada, por exemplo, o cloreto de potássio 19,1%. Essas medicações devem seguir um protocolo rigoroso quanto ao armazenamento, dispensação, administração e monitoramento dos efeitos após administração. Para enfermagem é necessário o uso dos **CERTOS DA MEDICAÇÃO** (medicamento certo, dose certa, paciente certo, via certa, horário certo, documentação certa, orientação correta, forma certa e resposta certa).

A quarta meta vincula-se a **Cirurgia Segura**, que consiste basicamente na garantia de que o procedimento seja realizado corretamente, o que envolve ações durante todo o período perioperatório, tais como identificação do paciente e do local correto de intervenção cirúrgica. Toda equipe multiprofissional deve participar dessas ações, assim como deve conhecer os pontos a serem preenchidos no *check-list* de cirurgia segura.

A quinta meta está associada à redução do **Risco de Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde**, de todas as intervenções possíveis para reduzir infecções, sem sombra de dúvidas, a higienização das mãos é a medida mais simples, barata e eficaz. Contudo, estima-se que menos de 40% dos profissionais a realizam de forma eficaz. A OMS preconiza que a higienização das mãos deve ser realizada em cinco momentos: 1) Antes de tocar o paciente; 2) Antes de realizar procedimento limpo / asséptico; 3) Após risco de exposição a fluídos corporais; 4) Após tocar o paciente e 5) Após tocar superfícies próximas ao paciente. Para otimizar a higienização das mãos é importante o treinamento contínuo da equipe de saúde e a disponibilidade de locais adequados para sua realização.

Por fim, a sexta meta envolve **Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas**, para o sucesso dessa meta é fundamental a implementação de protocolos para identificação de fatores de risco e adoção de medidas para eliminar o risco. Neste caso, pode ser necessário o uso leitos com grades, disposição adequada dos móveis, orientações aos pacientes e familiares e treinamento em técnicas de mobilização do paciente.

Acrescenta-se a assistência segura à **Prevenção de Lesões por Pressão** que ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afeta pelo microclima, pela nutrição, pela perfusão tissular e por comorbidades. Neste contexto, a avaliação contínua da pele em conjunto com a nutrição do paciente é fundamental na identificação do risco para lesão por pressão. A taxa de lesão por pressão pode ser considerada como um indicador de

qualidade da assistência de enfermagem, o que demonstra a importância na sua prevenção através ações direcionadas para mudança de decúbito, limpeza do paciente e nutrição.

Ao discutir sobre a segurança do paciente é fundamental considerar que além dos custos financeiros envolvidos nos eventos adversos, também ocorre um impacto negativo na saúde mental do paciente e do familiar, em função do aumento no tempo de hospitalização, das lesões corporais e/ou óbito. Neste contexto, o sucesso na assistência médica e de enfermagem depende de um ambiente organizado e de estratégias de educação que fomentem a qualificação profissional. Ademais, é necessário que os serviços de saúde reafirmem o compromisso de Florence Nightingale envolvendo a seguinte afirmação: *“Pode parecer talvez estranho um princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”*.

A fim de promover a cultura de Segurança do Paciente no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, o ISD implantará Núcleo de segurança do paciente (NSP), em conformidade com a RDC N° 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. O NSP trata-se de uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. No Pronto de Atendimento de Jacupiranga-SP, em conjunto com as ações previstas na RDC N° 36, o NSP atuará nos seguintes contextos:

a) Ações voltadas à promoção, prevenção, controle e mitigação de incidentes

Essas ações serão fundamentadas por cada **Meta Internacional de Segurança do Paciente**, logo o NSP adotará os protocolos indicados pelo Ministério da Saúde, sendo eles:

- **META 1:** Identificar corretamente o paciente

PROTOCOLO: Protocolo de identificação do paciente

DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/protocolo/protocolo-de-identifica%C3%A7%C3%A3o-do-paciente-0>

- **META 2:** Melhorar a comunicação entre profissionais da saúde

PROTOCOLO: Protocolo de comunicação efetiva

DISPONÍVEL EM: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Comunicacaoefetivaparaaseguradopaciente.pdf/view>

- **META 3:** Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

PROTOCOLO: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/protocolo/protocolo-de-seguran%C3%A7a-na-prescri%C3%A7%C3%A3o-uso-e-administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos>

- **META 4:** Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos

PROTOCOLO: Protocolo para cirurgia segura

DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/protocolo/protocolo-de-cirurgia-segura>

- **META 5:** Higienizar as mãos para evitar infecções

PROTOCOLO: Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde

DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002347fQHsQg.pdf>

- **META 6:** Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão

PROTOCOLO: Protocolo de prevenção de quedas

DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/protocolo/protocolo-para-preven%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%BAAlcera-por-press%C3%A3o>

PROTOCOLO: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão

DISPONÍVEL EM: <https://proqualis.net/protocolo/protocolo-de-preven%C3%A7%C3%A3o-de-quedas>

b) Ações voltadas à articulação dos processos de trabalho

A NSP atuará em conjunto com a Equipe Gestora do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP e com meta estruturar a cultura de segurança do paciente e prevenir danos e eventos adversos associados à assistência em saúde. Logo, a metodologia de trabalho do NSP estará associada a “problematização”. Dentre as ações previstas nos processos de trabalho do NSP, destacam-se os seguintes:

- 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.

O NSP será composta por um médico; enfermeiro; um farmacêutico (indicado SMS de Jacupiranga-SP), um técnico de enfermagem e pelo diretor administrativo do serviço. Todas as ações do NSP serão realizadas em conformidade com o REGULAMENTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, disponível no ANEXO I.

c) Ações voltadas à articulação das informações que impactam nos riscos ao paciente

Em conjunto com a implementação das metas internacionais de segurança do paciente, mensalmente o NSP divulgará em mural expositivo direcionado aos profissionais do serviço e pacientes, os resultados da análise e avaliação dados relacionados aos indicadores de assistência à saúde, no contexto da segurança do paciente. Essa divulgação tem como objetivo fomentar discussões e propostas de melhorias no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP. Ademais, estão previstas as ações a seguir, com ênfase em reduzir riscos ao paciente.

- Elaboração de flyer com informações as metas de segurança do paciente;
- Produção de vídeo institucional sobre a segurança do paciente no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP;
- Uso de pulseiras de identificação por cores, especificamente associadas ao risco de quedas;
- Implementação de comunicação efetiva, com ênfase em evitar erros de comunicação.

3.10 PROPOSTA PARA MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

A manutenção predial e de equipamentos no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será realizada com ênfase em manter o pleno atendimento do serviço, promover um ambiente agradável e acolhedor, assim como a prevenir danos estruturais, durante o período de gestão do ISD. O serviço de manutenção será realizado pela equipe de manutenção e/ou por empresas especializadas em equipamentos de serviços de saúde. A manutenção envolverá pintura interna e externa de paredes, portas e janelas, troca vidros, trocas de lâmpadas,

manutenção da rede hidráulica, elétrica e do estacionamento, serviço de jardinagem, assim como outras ações de manutenção prediais e equipamentos.

Para efeito de compreensão, a NBR 5462 – Confiabilidade e manutenibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas define os seguintes contextos de manutenção:

a) Manutenção preditiva

Manutenção que permite garantir uma qualidade de serviço desejada, com base na aplicação sistemática de técnicas de análise, utilizando-se de meios de supervisão centralizados ou de amostragem, para reduzir ao mínimo a manutenção preventiva e diminuir a manutenção corretiva.

b) Manutenção preventiva

Manutenção efetuada em intervalos predeterminados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento de um item.

c) Manutenção corretiva

Manutenção efetuada após a ocorrência de uma pane destinada a recolocar um item em condições de executar uma função requerida.

Após a realização de diagnóstico situação realizado pelo ISD logo no primeiro de gestão do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, será definido o **cronograma de manutenções**, sendo o mesmo direcionado a SMS de Jacupiranga-SP, de acordo com o tipo de manutenção (preditiva, preventiva, e corretiva). As ações de manutenção tem como metas:

- Aumentar a eficácia do serviço saúde;
- Manter a durabilidade dos equipamentos;
- Evitar desperdícios;
- Promover a disponibilidade de equipamentos em tempo hábil;

- Garantir a segurança do paciente;
- Identificar falhas no uso de equipamento;
- Treinar a equipe assistencial para o uso correto dos equipamentos;
- Manter a estrutura predial e de mobiliário.

d) Áreas de manutenção no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP

Com ênfase na conversão, manutenção e reparo de equipamentos, a equipe de manutenção do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP executará ações voltadas para manutenção predial, elétrica, hidráulica, equipamentos, móveis, eletrodomésticos, eletroeletrônicos, reposição de filtros, jardinagem e ambulância.

e) Relatórios de manutenção

Para efeito de acompanhamento da SMS de Jacupiranga-SP, trimestralmente serão emitidos pelo ISD relatórios com informações descritivas sobre as manutenções realizadas no período. Ademais, ao final do ciclo de gestão as instalações e equipamentos serão mantidos em perfeitas condições de uso para o prosseguimento da assistência clínica no serviço de saúde.

3.11 PROPOSTA DE SEGURANÇA PATRIMONIAL E CONTROLADOR DE ACESSO

Para organização dos fluxos de pessoas, segurança dos colaboradores e pacientes e preservação do patrimônio público, durante o período gestão do ISD no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será disponibilizada equipe especializada para o controle patrimonial e de acesso, cujas ações de cada serviço estão descritas a seguir.

a) Controle patrimonial

O controle patrimonial será realizado permanentemente, com ênfase em prevenir furtos ou extravios de equipamentos e insumos do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP. Fundamentado na relação de itens disponíveis no local e nos insumos necessários para assistência clínica serão realizadas a seguintes ações para o controle de patrimônio:

- Realizar observação diária na disponibilidade de equipamentos e insumos do serviço de saúde, com base nas informações do balanço patrimonial e itens disponíveis no local;
- Realizar trimestralmente o balanço patrimonial, com informações comparativas sobre os itens disponíveis no local entre os meses um, três, seis, nove e doze;
- Promover orientações aos colaboradores e usuários sobre a importância na manutenção do patrimônio público;
- Disponibilizar segurança / vigilante durante as 24 horas do dia;
- Instaurar medidas administrativas diante a verificação de dano ao patrimônio pública causado pelo colaboradores e/ou usuários do serviço;
- Comunicar a SMS de Jacupiranga-SP quaisquer fatos que resultará em dano significativo ao patrimônio público;
- Acionar meios legais diante atos que resultem em dano ao patrimônio público, especificamente associados ao artigo 163 do Código Penal Brasileiro;
- Repor equipamentos extraviados e/ou móveis danificados pelos colaboradores do ISD.

b) Controlador de acesso

O controle de acesso ao Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será realizado por equipe especializada, tendo como objetivo acolher e promover orientações gerais sobre os locais de atendimento no serviço. Para tanto será disponibilizado um controlador de acesso durante as 24 horas do dia. Estão previstas como funções essenciais do controlador de acesso:

- Receber treinamento para contenção física de usuários durante surtos psicóticos e/ou agressividade;
- Encaminhar os usuários para recepção do serviço;

- Monitorar a entrada e saída de usuários;
- Manter a ordem e segurança no serviço de saúde.

3.12 PROPOSTA PARA FORNECIMENTO DE GASES MEDICINAS

Os gases medicinais pode ser considerados como medicamentos apresentados na forma de gás comprimido, gás liquefeito ou líquido criogênico isolados ou associados entre si. Seu uso é essencial na área médica, sendo os mesmos adotados em diversos contextos da clínica médica e da cirurgia, como por exemplo no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação do paciente. Diferente do gás industrial, o gás medicinal, é produzido por empresas especializadas, que devem atender aos critérios da Farmacopeia Brasileira e das normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para efeito de compreensão o fornecimento de gases medicinais no Pronto Socorro de Jacupiranga-SP será conduzido conforme o itens descritos a seguir.

a) Objetivos

Contratar empresa especializada no fornecimento de gases medicinais e locação de cilindros, com meta em atender as necessidades assistenciais do Pronto Socorro de Jacupiranga-SP.

b) Aspectos legais

A aquisição, manutenção da rede e distribuição interna dos gases medicinais que serão fornecidos no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será redigido pelos seguintes aspectos legais:

- **RDC Nº 870, DE 17 DE MAIO DE 2024**, estabelece o regulamento para a notificação de gases medicinais sujeitos à notificação e o regulamento para o registro e o pós-registro dos gases medicinais não sujeitos à notificação;
- **IN Nº 301, DE 17 DE MAIO DE 2024**, define a lista de gases medicinais e suas respectivas indicações terapêuticas que estão sujeitas à notificação;

- **RDC Nº 658, DE 30 DE MARÇO DE 2022**, dispõe sobre as diretrizes gerais de boas práticas de fabricação de medicamentos;
- **IN Nº 129, DE 30 DE MARÇO DE 2022**, dispõe sobre as boas práticas de fabricação complementares a gases substâncias ativas e gases medicinais.

Ressalta-se, que o fornecimento dos gases será realizado somente por empresas e envasadores de gases medicinais licenciados pela Vigilância Sanitária, que apresentarem a Autorização de Funcionamento (AFE) expedita pela ANVISA e cumprirem as normas técnicas quanto as Boas Práticas de Fabricação, especificadas na:

- **RESOLUÇÃO RDC Nº 658, DE 30 DE MARÇO DE 2022**, dispõe sobre as Diretrizes Gerais de Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos;
- **INSTRUÇÃO NORMATIVA IN Nº 129, DE 30 DE MARÇO DE 2022**, dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação complementares a Gases Substâncias Ativas e Gases Medicinais.

c) Equipamentos e insumos

Para suprimir as demandas do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, durante o período de vigência da gestão do ISD, serão fornecidos os itens descritos a seguir. Destaca-se, que a demanda de consumo será definida após a finalização dos três meses de gestão, com ênfase em fornecer a quantidade ideal e manter um estoque de reserva emergencial.

- Oxigênio medicinal;
- Ar comprimido medicinal;
- Sistema a vácuo;
- Cilindro de oxigênio medicinal.

d) Manutenção da rede distribuição

Além do fornecimento dos gases medicinais, será realizada a manutenção preventiva e corretiva do módulo de vácuo, da central líquida medicinal e da rede de distribuição. A mesma será conduzida por empresa especializada no segmento.

e) **Abastecimento**

O abastecimento dos gases medicinais será realizado por empresa especializada contratada pelo ISD. A rotina de abastecimento e fornecimento serão definidas imediatamente após o início da gestão do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, com meta em manter a oferta ininterrupta de gases medicinais no local. Além disso, durante o abastecimento é obrigatório garantir a segurança dos usuários e colaboradores do serviço de saúde.

3.13 PROPOSTA PARA ECONOMICIDADE NO USO DE ÁGUA / ENERGIA ELÉTRICA

A gestão eficiente no consumo de água e de energia elétrica trata-se de uma temática que além da economia financeira, pode gerar impactos consideráveis na preservação do meio ambiente, especialmente por considerar que o uso racional deste itens podem resultar na redução do consumo e no combate ao desperdício. Devido a demanda assistencial, os serviços de saúde são grandes consumidores de água e energia elétrica.

São inúmeros os benefícios gerados pelo uso racional de água e de energia elétrica, dos quais podemos destacar, a possibilidade de aumento no número de atendimentos do serviço de saúde, a preservação de recursos hídricos, a redução no pico de demanda por meio da otimização de equipamentos e a redução no risco de desabastecimento devido ao consumo em exagero.

Mesmo que de forma indireta, o uso racional de água e de energia elétrica nos serviços de saúde, também contribui com os “**Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**” da Organização das Nações Unidas (ONU), associados a Agenda 2030, especificamente no que tange aos objetivos: 6 - Água Potável e Saneamento e 7 - Energia Limpa e Acessível (Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>). Desse modo, a proposta para economicidade no uso de água e energia elétrica no Ponto Atendimento de Jacupiranga-SP envolve o contexto a seguir.

a) **Objetivos**

São objetivos associados ao uso da água e energia elétrica no Ponto Atendimento de Jacupiranga-SP:

- Desenvolver a conscientização sobre a sustentabilidade;
- Promover o uso racional de água e energia elétrica durante a rotina assistencial;
- Reduzir o consumo de água e energia elétrica.

b) Planejamento

Para o planejamento estratégico relacionado ao uso racional de água e energia elétrica no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, após o início da gestão do ISD será realizado o diagnóstico situacional, com ênfase em:

- Conhecer o histórico de consumo de água e energia elétrica nos últimos 12 meses;
- Identificar a influência da sazonalidade no consumo de água e energia elétrica;
- Conhecer os períodos de maior consumo de água e energia elétrica;
- Conhecer a rede de abastecimento de água e energia elétrica.

c) Resultado esperado

Diante as ações estratégicas que serão implantadas no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP espera-se a redução progressiva no consumo de água e energia elétrica.

d) Ações estratégicas gerais para o uso racional de água e energia elétrica

Para promover o uso racional de água e energia elétrica no serão implantadas de forma contínua as ações estratégicas a seguir.

- Campanhas de conscientização sobre os equipamentos que geram maior consumo de água e energia elétrica no Pronto Atendimento;
- Produção e divulgação de vídeo institucional sobre o uso racional da água e energia elétrica no Pronto Atendimento;
- Fixação em mural expositivo de gráfico contendo evolução mensal no consumo de água e energia elétrica no Pronto Atendimento;
- Fixação de etiquetas informativas em pontos estratégicos sobre estratégias para reduzir o consumo de água e energia elétrica.

e) Ações estratégicas para uso racional de água

Para promover a redução no uso de água no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP implantadas as ações estratégicas a seguir.

- Orientar os colaboradores sobre o plano estratégico para economia de água;
- Eliminar o uso de mangueiras para lavagem na área externa, priorizar limpeza externa com vassoura;
- Implementar o uso de água de reuso (água de chuva) para limpeza da área externa;
- Adquirir produtos de limpeza que não necessitam de enxágue;
- Promover a utilização de utensílios descartáveis (preferencialmente de materiais recicláveis);
- Instalar torneiras automatizadas em locais de grande uso de água;
- Implementar sistema de notificação de vazamentos de água através de abertura de ordens de serviços;
- Instalação de elementos filtrantes na rede de consumo interno;
- Analisar a qualidade da água disponibilizada para consumo dos usuários do serviço;
- Estabelecer prazo para correção de vazamentos de água;
- Disponibilizar estoque necessário para troca imediata de peças e tubulações com vazamentos.

f) Ações estratégicas para o uso racional de energia elétrica

Para promover a redução no uso de energia elétrica no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP implantadas as ações estratégicas a seguir.

- Estimular o uso da luz natural durante o dia por meio da abertura de portas e janelas;
- Apagar as luzes em ambientes desocupados;
- Realizar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos eletroeletrônicos;
- Desligar aparelhos eletroeletrônicos da tomada quando não estiverem em uso;
- Avaliar a necessidade de troca de chuveiros, para aqueles que possam reduzir o consumo de energia elétrica;
- Realizar a troca de lâmpadas visando a substituição para modelos de LED;

- Otimizar o trabalho da lavanderia, com ênfase em rotina pré-estabelecida de lavagem;
- Promover o uso consciente do ar condicionado, priorizando a ventilação natural do ambiente como estratégia de climatização;
- Instalar sistema de aquecimento de água através de placa solar e boiler para diminuição dos gastos com energia elétrica nos banheiros com chuveiro;
- Instalar sistema de placa solar para oferta de energia elétrica na lavanderia;
- Realizar inspeção e manutenção periódica da rede elétrica.

g) Monitoramento do uso de água e energia elétrica

Após o diagnóstico situacional e emissão do relatório de análise de consumo nos últimos 12 meses, serão implementadas as ações descritas anteriormente. Na sequência, será realizado o monitoramento do efeito dessas ações, especificamente envolvendo:

- Comparar mensalmente a taxa de consumo avaliada através dos indicadores de medição contidos nas contas de água e energia elétrica;
- Observar os comportamentos dos usuários e colaboradores em relação ao uso racional da água e energia elétrica.

Em conformidade com as ações de monitoramento, a Equipe Gestora do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP poderá redefinir as ações.

h) Cronograma de atividades

O Quadro 10 mostra o cronograma de atividades previstas para implantação da “Proposta para Economicidade no Uso de Água e Energia Elétrica” no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

Quadro 10. Cronograma de atividades para economicidade de água e energia elétrica.

Atividades	Meses de Gestão											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diagnóstico situacional sobre o uso de água e energia elétrica	X											
Implementação das ações estratégicas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento de resultados e das ações estratégicas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emissão de relatório analítico e comparativo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.14 PROPOSTA PARA DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA POR GERADOR

O fornecimento de energia elétrica é essencial para manutenção das atividades de um serviço de saúde. Logo, o mesmo deve ocorrer de forma ininterrupta. Contudo, as instabilidades na oferta de energia elétrica fornecida pelas concessionárias, assim como os problemas relacionados as chuvas e/ou falhas na rede distribuição, podem resultar em prejuízos significativos na assistência clínica ao paciente, aumento os riscos de óbito.

Neste contexto, a RESOLUÇÃO RDC N° 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, estabelece como “Instalação Ordinária e Especial”, o fornecimento de energia geral e de emergência, o segundo por meio de transformadores e gerador de emergência. Para operacionalização da distribuição de energia por Sistema Gerador, serão realizadas ações para manutenção preventiva e corretiva do gerador de energia.

a) Objetivos

Fornecer energia elétrica de forma ininterrupta para o Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP através da rede elétrica essencial e não essencial (Gerador de Energia).

b) Manutenção do Sistema Gerador de Energia

A manutenção do Sistema Gerador de Energia (rede não essencial) do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será realizada de forma preventiva, ou seja, periodicamente e com ênfase na prevenção de danos, assim como a manutenção corretiva, que será realizada quando ocorrer algum dano ou falha nos componentes do gerador.

c) Manutenção preventiva

A manutenção preventiva será realizada mensalmente ou de acordo com a orientação do fabricante do equipamento, com ênfase na verificação de problemas no funcionamento, reposição de fluídos e combustível, testes de desempenho e necessidades de reparos. Será adotado como instrumento norteador das manutenções o “Manual de Operação e Manutenção do Fabricante”.

Dentre as ações mínimas previstas para manutenção preventiva do Sistema Gerador de Energia do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP estão:

- Verificação do nível do óleo lubrificante;
- Verificação do nível do líquido de arrefecimento do motor;
- Verificação da temperatura e pressão do óleo;
- Verificação de ruídos ou vibrações excessivas;
- Abastecimento do gerador com combustível de qualidade;
- Inspeção visual com ênfase na detecção de vazamentos, excesso de sujeira ou parafusos soltos;
- Verificação da bateria do gerador;
- Troca de filtros de ar, combustível e mangueiras do radiador;
- Limpeza externa do equipamento;
- Verificação do funcionamento por meio de acionamento do Sistema Gerador de Energia durante 20 minutos ou conforme indicações do fabricante.

d) Manutenção corretiva

A manutenção corretiva será realizada diante a verificação de problemas no funcionamento do Sistema Gerador de Energia. Neste contexto, fica determinado o prazo máximo de correção em até 24 horas.

e) Equipe de manutenção do Sistema Gerador de Energia

A manutenção do Sistema de Gerador de Energia do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP será realizada por profissionais capacitados e/ou empresas especializadas, sob gerência do ISD. Para tanto, fica determinado que a cada visita para manutenção, será emitido parecer técnico sobre as condições de uso do gerador.

3.15 PROPOSTA PARA O CONTROLE DE RESÍDUOS SÓLIDOS (PGRSS)

Um dos maiores desafios da sociedade atual é promover a sustentabilidade e isso envolve equacionar a quantidade de resíduos produzidos, a fim de reduzir os riscos de agravos socioambientais. Nas últimas décadas os gestores de serviços de saúde assim como a sociedade em geral têm sido impelidos a promoverem um ambiente saudável por meio da preservação ambiental e do manejo correto do lixo produzido (KURCGANT et al., 2019).

Os Resíduos dos Serviços de Saúde (RSSs) representam um risco em potencial à saúde do homem e do meio ambiente. Por se tratarem de locais onde ocorre grande produção de resíduos, em especial químicos, biológicos e radiológicos, os estabelecimentos de saúde devem estar comprometidos com a preservação do meio ambiente. É papel dos estabelecimentos de saúde promover ações para o descarte correto do lixo produzido, centrando suas ações no contexto da sustentabilidade (JACOBI et al., 2009).

Entende-se como RSSs “os resíduos resultantes das atividades exercidas por estabelecimentos geradores destinados à prestação de assistência sanitária à população, como hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas médicas, odontológicas, veterinárias, laboratórios e farmácias” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 1993). Comprometido com o meio ambiente e a filosofia do suprimento das necessidades, sem

comprometer as gerações futuras, o ISD tem como objetivos no manejo dos RSSs: a) Atuar de forma sustentável no manejo dos RSSs; b) Conscientizar seus colaboradores sobre a importância em reduzir a produção excessiva em RSSs; c) Promover o gerenciamento dos RSSs a fim de minimizar prejuízos ao meio ambiente.

Destarte, o ISD em consonância com o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com Companhia Elétrica de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB) elaborou seu “Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)” a partir das fundamentações legais descritas a seguir. Ressalta-se que outras evidências poderão ser adotadas no PGRSS para atender as demandas e exigências municipal, estadual e/ou federal.

Fundamentações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do ISD:

- **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.807:** Resíduos de serviços de saúde – terminologia. Rio de Janeiro: ABNT.
- **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.808:** Resíduos de serviços de saúde – classificação. Rio de Janeiro: ABNT.
- **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.809:** Manuseio de resíduos de serviços de saúde - procedimento. Rio de Janeiro: ABNT.
- **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.810:** Coleta de resíduos de serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABNT.
- **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 7.500:** Símbolos de e risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material. Rio de Janeiro: ABNT.
- **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 10.004:** Resíduos sólidos – classificação. Rio de Janeiro: ABNT.

- **Resolução RDC N° 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004:** Dispões sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- **Resolução CONAMA N° 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005:** Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- **Resolução RDC N° 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018:** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

O ANEXO M mostra o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do ISD, que será adotado no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP como proposta para o controle de resíduos sólidos do serviço.

3.16 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa que tem como propósito monitorar o paciente desde a sua chega no serviço de saúde até a alta hospitalar (BRASIL, 2017). Trata-se de um órgão colegiado, liderado hierarquicamente pela direção geral do serviço de saúde. De acordo com a Portaria N° 3.390, DE 30 DE JANEIRO DE 2013, que ‘institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)’, o NIR:

“constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário”.

Embora não represente um colegiado de caráter obrigatório no serviço de saúde, a Portaria N° 3.390, DE 30 DE JANEIRO DE 2013, no Artigo 12, inciso 6 descreve que “O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, **preferencialmente** por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário”.

Com objetivo em melhorar a regulação de pacientes no Pronto Atendimento, o NIR será implementado, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde por meio do Manual de Implantação e Implementação do NIR (BRASIL, 2017), especificamente em relação aos itens descritos a seguir.

a) Principais atribuições do NIR

A seguir serão descritas as principais diretrizes do NIR, conforme descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias.
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica.
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.
- Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos.
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.

- Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila.
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar. Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência. Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição.
- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente e quando o Hospital dispôr de Núcleo de Acesso à Qualidade (NAQH) pautá-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica.
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

b) Composição do NIR no Pronto Atendimento

Na Pronto Atendimento, o NIR será composto pelo diretor clínico (médico), pelo supervisor de enfermagem (enfermeiro) e pelo serviço de assistência social (assistente social).

c) Horário de funcionamento

O NIR da Pronto Atendimento funcionará durante os sete dias da semana, de forma ininterrupta.

d) Atividades do NIR

De modo geral, o NIR da Pronto Atendimento realizará atividades dentro dos seguintes pilares:

- *Práticas de Regulação:* trata-se de atividades transversais, que são realizadas de forma articulada com os pontos de atenção à saúde e a CROSS, com objetivo de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.
- *Articulação com a RAS:* envolve um conjunto de ações de interface com a CROSS e as unidades básicas de saúde, dentre outros serviços.
- *Monitoramento:* consiste na avaliação de indicadores, do fluxo de pacientes e de casos de permanência prolongado no serviço de saúde.

Em resumo, no Pronto Atendimento o NIR desenvolverá as seguintes ações dentro dos três pilares:

- Coordenar o trabalho de regulação intra-hospitalar
- Controlar diariamente a disponibilidade de leitos
- Monitorar o tempo médio de permanência de cada paciente
- Constituir a interface entre o Pronto Atendimento e a CROSS
- Monitorar o fluxo de informações entre a CROSS e o Pronto Atendimento
- Organizar e acompanhar os indicadores de regulação
- Elaborar relatórios mensais para discussão em colegiado/comissões

A implementação do NIR no Pronto Atendimento seguirá as seguintes etapas:

Etapa 1: Reunião da Equipe Gestora para indicação dos componentes do NIR

Prazo: primeiro mês

Descrição: consiste no encontro da direção do serviço de saúde para indicação dos profissionais que irão compor o NIR, sendo levado em consideração experiências anteriores no serviço de regulação e o tempo de atuação profissional.

Etapa 2: Oficina para regulamentação do NIR no serviço de saúde

Prazo: primeiro mês

Descrição: a participar a definição do grupo de composição do NIR, será realizada uma oficina para discussão e apresentação sobre o NIR no serviço de saúde.

Etapa 3: Formalização e início da atuação do NIR no serviço de saúde

Prazo: primeiro mês

Descrição: formada a equipe de composição do NIR, dar-se-á o início ao trabalho que deve ser realizado na regulação e demais atribuições. O grupo de trabalho também será responsável pela elaboração de um Plano de Ações, pelo monitoramento dos indicadores do NIR e pela divulgação de resultados.

A Figura 35 mostra a visão geral sobre o modelo de funcionamento do NIR, que será adotado no Pronto Atendimento.

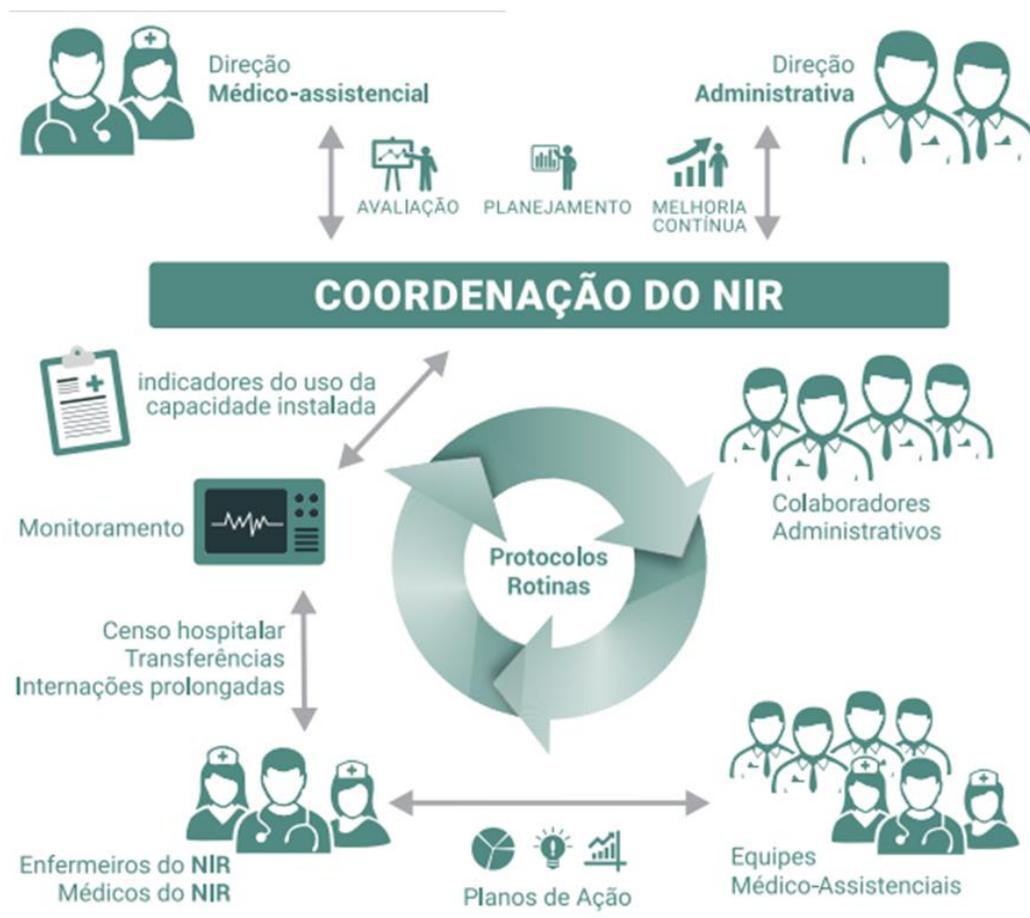


Figura 35. Visão geral do funcionamento de um NIR.
Fonte: Brasil (2017).

3.17 PLANO DE CONTINGÊNCIA

O Plano de Contingência consiste em um documento estruturado, que norteia as ações de um serviço diante de um evento inesperado, onde cada colaborador desempenha atividades específicas para corrigir erros e mitigar os efeitos decorrentes dos mesmos (KOZLOWSKI, 2017). O objetivo geral de um plano de contingência é manter a continuidade do processo de trabalho, ou seja, no caso de um Pronto Atendimento, garantir a assistência clínica ao paciente. Em resumo, as ações aplicadas diante dos eventos inesperados, buscam o retorno das atividades ao estágio de normalidade.

Considerando as peculiaridades do serviço prestado em um Pronto Atendimento, assim como os riscos de interrupção no atendimento, o ISD elaborou um plano de contingência (ANEXO N) para atender as seguintes situações: Falha de equipamento;

Ausência de profissional na escala; Ausência de medicamento; Queda ou falta de energia elétrica; Em condições de agravos/emergência em saúde pública; Demais que se fizerem necessárias ao funcionamento ininterrupto dos sistemas. Na prática, o uso do plano de contingência no serviço de saúde envolverá quatro etapas, conforme descrito a seguir a seguir.

1. Identificação do fator de risco para interrupção do atendimento

Consiste na identificação precoce do fator de risco para interrupção do atendimento no serviço de saúde. A identificação deve ser realizada em tempo hábil, para fins de tomada de decisão para resolução de problemas. Essa etapa envolve a participação de todos os colaboradores do serviço de saúde.

2. Acionamento da Equipe Gestora

Após a identificação do fator de risco e/ou motivo que levou a interrupção do atendimento, o colaborador deve comunicar imediatamente a Equipe Gestora do serviço de saúde, para fins de tomada de decisão. A Equipe Gestora deve atuar com foco na resolução imediata do problema, de acordo com as ações previstas no Plano de Contingência.

3. Aplicação de medidas corretivas

As medidas corretivas devem ser aplicadas com foco na preservação do bem-estar do usuário e na resolução de problemas. A prazo para aplicação das medidas corretivas deve estar de acordo com as necessidades do serviço e de forma que não resulte em prejuízos no atendimento.

4. Monitoramento de fatores de risco para interrupção do atendimento

Os fatores de risco para interrupção do atendimento devem ser monitorados continuamente, por exemplo, a manutenção preventiva de equipamentos, o controle de estoque de materiais, o dimensionamento adequado dos recursos humanos, entre outros. Essa ação envolve a participação de todos os colaboradores do serviço.

Ressalta-se, que o plano de contingência enquanto documento norteador da resolução de problemas, não deve ser encarado como um elemento estático, sendo necessário o uso do raciocínio lógico, da criatividade, da proposição de soluções e da revisão constantes do efeito das ações realizadas.

3.18 INDICADORES DO PRONTO ATENDIMENTO

Para execução deste Programa de Trabalho serão desenvolvidas atividades com ênfase no alcance de metas quantitativas e qualitativas. A seguir as metas serão descritas, com o seu respectivo indicador de monitoramento / avaliação. Ressalta-se, que outros indicadores de monitoramento poderão ser adotados para comprovação do alcance das metas, desde que em comum acordo e comunicado a SMS de Jacupiranga-SP. Os registros das informações de produção ambulatorial serão emitidos em relatórios padronizados, conforme orientações do gestor municipal, sendo os indicadores lançados mensalmente no DATASUS – Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

3.18.1 Indicadores de monitoramento

Para o acompanhamento e avaliação dos serviços prestados serão adotados os indicadores de desempenho descritos a seguir.

- a) **Produção do Grupo 03.01.06.002-9** – atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada;
- b) **Produção do Grupo 03.01.06.009-6** – atendimento médico em unidade de pronto atendimento;
- c) **Produção do Grupo 03.01.06.011-8** – atendimento médico com classificação de risco;
- d) **Produção do Grupo 03.01.01.007-2** – atendimento médico especializado (ortopedista);

3.18.2 Indicadores de desempenho

Os indicadores de desempenho trata-se das metas quantitativas e qualitativas que serão avaliados mensalmente pelo gestor do contrato. A metodologia de verificação será definida pelo gestor municipal por meio do uso de metodologias variadas, tais como, pesquisa de satisfação de usuários, observação direta, entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, dentre outras.

3.18.3 Metas

Conforme descrito no Termo de Referência, a meta quantitativa de atendimentos foi segundo o levantamento histórico dos últimos 12 meses, assim foi traçado como metas:

- a) **Clínica Geral:** média de 130 atendimentos /pacientes por dia, admitindo-se tolerância de variação do número de atendimentos em 25% abaixo e 10% acima da meta, correspondendo ao número diário entre 98 e 143 atendimentos médicos por dia;
- b) **Exames de Raio-X:** média de 875 exames por mês;
- c) **Atendimento de Médico Ortopedista:** média de 177 consultas por mês.

Destaca-se, que outras metas poderão ser incluídas, conforme o perfil de atendimento do serviços de saúde. Ademais, para os exames de eletrocardiograma, exames laboratórios e atendimento médico em ginecologia e obstetrícia, as atividades serão executadas conforme demandas do serviço e carga horária do profissional.

3.18.4 Indicadores qualitativos

Os indicadores qualitativos foram definidos com base no Termo de Referência adotado para elaboração deste Programa de Trabalho e com objetivo em alcançar a excelência

no serviço prestado pelo Pronto Atendimento. Para cada indicador serão adotado um parâmetro de monitoramento / avaliação, a fim de promover o acompanhamento das atividades executadas no serviço de saúde. A seguir estão descritos os indicadores qualitativos que serão adotados no Pronto Atendimento.

Indicador			
Tempo de espera para classificação de risco			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
De acordo com a demanda	Imediato	1° mês	12° mês
Objetivos			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduzir o tempo de espera; ➤ Melhorar a qualidade na assistência clínica; ➤ Evitar a superlotação no local. 			
Meta			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar a classificação de risco em tempo ≤ 10 minutos. 			
Forma de apresentação			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório por tempo de espera. 			

Indicador			
Tempo de espera para consulta médica com classificação verde			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
De acordo com a demanda	Imediato	1° mês	12° mês
Objetivos			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduzir o tempo de espera; ➤ Melhorar a qualidade na assistência clínica. 			
Meta			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar o atendimento médico em tempo ≤ 120 minutos. 			
Forma de apresentação			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório por tempo de espera. 			

Indicador			
Tempo de espera para consulta médica com classificação azul			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
De acordo com a demanda	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
I. Reduzir o tempo de espera; II. Melhorar a qualidade na assistência clínica.			
Meta			
➤ Realizar o atendimento médico em tempo \leq 240 minutos.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório por tempo de espera.			

Indicador			
Percentual de colaboradores capacitados (educação permanente)			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Atualizar e capacitar os colaboradores do serviço.			
Meta			
➤ Capacitar mensalmente no mínimo 70% dos colaboradores do serviço.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório contendo número total de colaboradores capacitados.			

Indicador			
Pesquisa de satisfação do usuário			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Monitorar e avaliar a satisfação do usuário a fim de implantar melhorias nos processos de trabalho.			
Meta			
➤ Dos pacientes atendidos no serviço, alcançar no mínimo 30% de respondentes na pesquisa de satisfação			
Forma de apresentação			
➤ Relatório contendo o número total de pacientes atendidos no mês e o número total de respondentes na pesquisa de satisfação.			

Indicador			
Satisfação do usuário			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Monitorar a percepção do usuários sobre a qualidade do serviço prestado.			
Meta			
➤ Atingir no mínimo 90% de satisfação no atendimento realizado no serviço.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório contendo o número de respostas “satisfeito” e “muito satisfeito”, dividido pelo número de questionários respondidos x 100.			

Indicador			
Taxa de retorno para atendimento			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Monitorar e avaliar o número de vezes que o paciente retornou ao Pronto Atendimento no período de 30 dias.			
Meta			
➤ Ausência de retorno de pacientes no serviço de saúde durante 30 dias, após o primeiro atendimento.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório contendo o número de vezes que o mesmo retornou no Pronto Atendimento no período de 30 dias.			

Indicador			
CNES atualizado			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Manter atualizada as informações sobre as equipes, profissionais e unidade.			
Meta			
➤ Atingir 100% de atualização mensal.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório de atualização do CNES.			

Indicador			
Sistema de informação			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Manter atualizado em funcionamento os sistema de informação referente ao prontuário eletrônico.			
Meta			
➤ Inserir 100% das informações de atendimento no prontuário eletrônico.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório com o total de usuários atendidos e inseridos no prontuário eletrônico.			

Indicador			
Incidência de erro de medicação			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Prevenir a ocorrência de erros de medicação;			
➤ Preservar a integridade do paciente.			
Meta			
➤ Ausência mensal de erros de medicação e eventos adversos no paciente.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório com a incidência de erros na administração de medicamentos, contendo número erros x pelo número de pacientes atendidos.			

3.18.5 Indicadores quantitativos

Os indicadores quantitativos também foram definidos com base no Termo de Referência e com objetivo em alcançar as metas definidas pelas SMS de Jacupiranga-SP. A seguir estão descritos os indicadores quantitativos que serão adotados no Pronto Atendimento.

Indicador			
Número de radiografias realizadas no mês			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Analisar a quantidade de exames realizados no mês.			
Meta			
➤ Realizar no mínimo 500 exames por mês.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório gráfico comparativo com informações sobre a média de exames realizados por mês.			

Indicador			
Número de atendimentos de consultas em ortopedia			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Analisar a quantidade de consultas em ortopedia realizadas por mês.			
Meta			
➤ Realizar no mínimo 177 consultas em ortopedia por mês.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório gráfico comparativo com informações sobre a quantidade de consultas em ortopedia realizadas por mês.			

Indicador			
Total de consultas médicas realizadas			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Analisar a quantidade de consultas médicas realizadas por mês.			
Meta			
➤ Realizar no mínimo 2743 consultas médicas por mês.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório gráfico comparativo com informações sobre a quantidade de consultas médicas realizadas por mês.			

Indicador			
Resíduos sólidos contaminados produzidos na unidade			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Analisar a quantidade em quilos de lixo contaminado produzido no serviço de saúde.			
Meta			
➤ Produzir lixo contaminado em quantidade inferior a 440 quilos por mês.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório gráfico comparativo com informações sobre a quantidade lixo contaminado produzido no serviço de saúde durante os meses do ano.			

Indicador			
Número de observações acima de 24 horas			
Quantidade	Prazo de implementação	Início	Final
Mensal	Imediato	1º mês	12º mês
Objetivos			
➤ Atender a demandas de observações geradas no Pronto Atendimento.			
Meta			
➤ Atender as demandas de observação clínica necessárias no Pronto Atendimento, respeitando o período de 24 horas.			
Forma de apresentação			
➤ Relatório gráfico comparativo com informações sobre a quantidade de pacientes que ficaram em observação por período superior a 24 horas durante os meses do ano.			

3.18.6 Indicadores de avaliação do programa de trabalho

A avaliação de indicadores de desempenho representa um desafio na prestação de serviços de saúde. Neste contexto, para evitar erros nos processos decisórios, as informações devem ser claras e objetivas (KURCGANT et al., 2019). Muitas vezes, os erros são cometidos devido ao despreparo na análise de situações complexas e/ou ausência de monitoramento das ações executadas. Evidencia-se que as melhores decisões são tomadas a partir do conhecimento da organização do serviço e dos elementos dos processos decisórios (KURCGANT et al., 2019).

A gestão de qualquer serviço de saúde e/ou empresa deve envolver as fases de planejamento estratégico, planejamento operacional, execução e controle (SILVA, 2013). A fase de controle tem por objetivo garantir, por meio de correções de “caminhos”, que as metas definidas no planejamento sejam alcançadas, para tanto, a avaliação de resultados e desempenho devem ser contínuas (CATELLI, 1999). A premissa básica para o alcance da qualidade e segurança nos serviços de saúde, é a implementação de “ações” que assegurem um processo de trabalho eficaz (KURCGANT et al., 2019).

Um indicador pode ser definido como: uma unidade de medida relacionada a uma atividade específica, ou ainda como uma medida quantitativa usada como guia para monitorar e avaliar a qualidade e eficiência de um serviço (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATION, 1989). Nas últimas décadas o uso de indicadores tem sido recorrente para medir a qualidade da assistência à saúde por meio do monitoramento da eficiência, eficácia, confiabilidade e completude dos processos de trabalho (KURCGANT et al., 2019).

No âmbito gerencial, além de propiciar a identificação de problemas reais e potenciais, o uso de indicadores possibilita redefinir caminhos para o alcance de ações efetivas, que possam elevar a qualidade da assistência em saúde, assim como a comparação de resultados e padrões internos e externos à instituição (KURCGANT et al., 2019). Neste contexto e de acordo com Donabedian (1992), a qualidade da assistência em saúde não deve ser visualizada como “algo intangível”, mas sim construída pela avaliação do efeito que causa. O autor sugere três dimensões a serem avaliadas, conforme mostra a Figura 36.

Avaliação da Assistência em Saúde

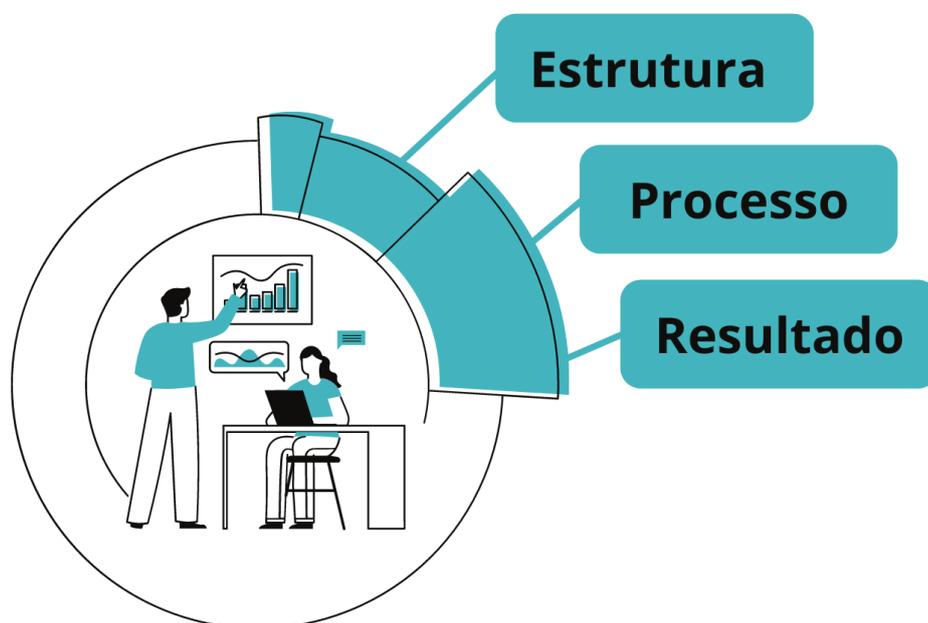


Figura 36. Dimensões da avaliação de serviços de saúde.
Fonte: Elaboração própria.

A dimensão **Estrutura** está relacionada às características estáveis das instituições de saúde, por exemplo, os recursos humanos, recursos materiais, recursos financeiros, estrutura física e modelo organizacional (DONABEDIAN, 1992; KURCGANT et al., 2019).

O **Processo** trata-se do conjunto de ações realizadas na produção pelo serviço de saúde e das relações estabelecidas entre a equipe multiprofissional e os clientes, desde a busca pelo atendimento até o diagnóstico e tratamento (DONABEDIAN, 1992; KURCGANT et al., 2019).

Por fim, a dimensão **Resultado** diz respeito à obtenção das características almejadas dos produtos ou serviços, mostrando os efeitos da assistência na saúde da população (DONABEDIAN, 1992; KURCGANT et al., 2019).

A partir dessas bases conceituais sobre a gestão de qualidade, quatro perguntas nortearam a avaliação dos indicadores no Pronto Atendimento, durante a gestão do ISD, sendo elas:

1. A infraestrutura do Pronto Atendimento atende às necessidades do usuário?

2. Os processos adotados na gestão do Pronto Atendimento estão ocorrendo de maneira adequada?
3. Os resultados obtidos no Pronto Atendimento são bons?
4. Os usuários estão satisfeitos com os serviços oferecidos no Pronto Atendimento?

No Pronto Atendimento, para avaliação de indicadores e monitoramento da qualidade do serviço serão utilizados formulários padronizados com a descrição dos itens de verificação e alternativas de respostas dicotômicas (SIM e NÃO), categóricas (INSATISFEITO, SATISFEITO e MUITO SATISFEITO) e/ou no formato de escala tipo *Likert* de 1 a 5 pontos, onde um representará o pior indicador possível e 5 o melhor indicador atribuído. De modo geral, a resposta SIM será classificada como positiva para o alcance de um determinado indicador. A resposta NÃO será caracterizada como ausência e/ou insuficiência no alcance do indicador.

Os formulários serão construídos pela equipe de gestão em conjunto com os colaboradores de cada setor e deverão seguir os modelos padronizados pelo ISD (ANEXO K). A aplicação poderá ocorrer em formato impresso e/ou digital. Os dados obtidos com a avaliação dos indicadores serão submetidos à análise estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média, moda e mediana), taxa ou coeficiente e índice, podendo ser apresentado no formato de tabela e/ou gráficos.

Ressalta-se que os indicadores “centrais” de acompanhamento do Programa de Trabalho serão aqueles relacionados aos principais resultados esperados pelo ISD na gestão do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, assim como as metas quantitativas e qualitativas a serem alcançadas. A fim de definir parâmetros de acompanhamento da qualidade do serviço, os indicadores serão avaliados mensalmente, divulgados em display de fácil visualização dos colaboradores e usuários do Pronto Atendimento. Além disso, serão gerados relatórios com o compilado de resultados dos indicadores avaliados.

O **Quadro 11** mostra os principais indicadores que serão avaliados durante a gestão de qualidade do Pronto Atendimento horas.

Quadro 11. Principais indicadores de monitoramento do Programa de Trabalho.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO
Estrutura*
a) Dimensionamento adequado dos recursos humanos
b) Frequência absoluta de médicos disponíveis por plantão
c) Frequência absoluta de enfermeiros disponíveis por plantão
d) Frequência absoluta de técnicos de enfermagem disponíveis por plantão
e) Frequência absoluta de farmacêuticos disponíveis por plantão
f) Índice de absenteísmo no serviço
g) Taxa de turnover dos profissionais da Pronto Atendimento
h) Custos com recursos humanos
i) Custos com aquisição de materiais e equipamentos
j) Custos com manutenção de equipamentos
Processo*
a) Frequência absoluta de consultas médicas
b) Frequência absoluta de reuniões das comissões da Pronto Atendimento
c) Frequência absoluta de treinamentos de equipe (educação continuada e permanente)
d) Quantidade de exames realizados no serviço de saúde
e) Média do tempo de permanência na observação da Pronto Atendimento
l) Média no tempo de espera entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico
m) Percentual de Classificação de Risco no tempo esperado
n) Taxa de mortalidade por sexo, causas e faixa etária
o) Frequência absoluta de notificações compulsórias realizadas
p) Percentual de atendimentos realizados no mês, de acordo com o CID-10
q) Percentual de prontuários revisados
r) Taxa de revisão de prontuários pela Comissão de Óbito
s) Frequência absoluta de erros relatados durante a assistência em saúde
Resultado*
a) Frequência absoluta de ouvidorias
b) Frequência absoluta de respostas da pesquisa de satisfação
c) Frequência absoluta de atendimentos realizados no Pronto Atendimento
d) Frequência absoluta de erros associados à assistência em saúde (confirmados)

Nota: Outros indicadores poderão ser adotados, de acordo com as necessidades e monitoramento da qualidade assistencial no Pronto Atendimento. *De acordo com Donabedian (1992).

3.18.7 Acompanhamento e monitoramento do programa de trabalho

O acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho podem ser descritos como um conjunto de atividades, que serão executadas com a finalidade em aferir se os indicadores e as metas previstas foram alcançados (OLIVEIRA; REIS, 2016). Trata-se de um processo sistemático de produção, registro, acompanhamento, análise crítica e levantamento de evidências para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde (OLIVEIRA; REIS, 2016). Em síntese, o acompanhamento e monitoramento de indicadores de um Programa de Trabalho, visa verificar o efeito das intervenções realizadas em um determinado local, espaço de tempo e/ou processo de trabalho (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Considerando a necessidade de avaliação dos indicadores de um Programa de Trabalho, em diferentes estágios e no tempo adequado para verificar o efeito das intervenções realizadas, no Pronto Atendimento, o ISD adotará a metodologia composta pelas etapas (TANAKA, 2001): a) medir; b) comparar; c) emitir juízo de valor; d) tomar decisão. Ressalta-se, que inicialmente será realizado o diagnóstico situacional do serviço de saúde, sendo este o parâmetro de referência para análise da efetividade da gestão do ISD no Pronto Atendimento. A seguir serão apresentados alguns conceitos e definições atrelados ao acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho (OLIVEIRA; REIS, 2016).

- a) **Eficiência:** avalia a relação entre os custos para execução de um projeto e os seus efeitos em um determinado contexto, ou seja, avalia se os recursos aplicados resultaram no melhor rendimento possível.
- b) **Eficácia:** compreende a avaliação dos resultados alcançados com a implementação de um projeto, ou seja, se as metas do projeto foram alcançadas.
- c) **Efetividade:** avalia se as transformações desejadas foram alcançadas. Em resumo, a comparação entre o antes e o após a realização de intervenções.
- d) **Impacto:** caracteriza-se pela análise dos efeitos de uma intervenção em longo prazo, podendo ter um resultado negativo ou positivo, mediante as ações que foram realizadas.

- e) **Diagnóstico situacional:** trata-se de um processo direcionado ao conhecimento de uma realidade, a fim de compreendê-la, com ênfase no lavamento de informações para compreender o que precisa ser modificado e/ou revisado.
- f) **Objetivos:** expressam os resultados desejados, o que seja, o que se deseja alcançar.
- g) **Meta:** expressa o alcance de um determinado objetivo. Um mesmo objetivo pode envolver diversas metas a serem alcançadas.
- h) **Avaliação:** trata-se da aplicação de um julgamento de valor a uma determinada intervenção, por meio de métodos capazes de fornecerem informações sobre o efeito da ação realizada.
- i) **Atividades:** conjuntos de etapas para realização de uma determinada ação.
- j) **Prazo:** tempo estimado para a realização de uma determinada ação.
- k) **Medir:** significa mensurar “algo” por meio uso de instrumentos de medida.
- l) **Comparar:** caracteriza-se pela demonstração das diferenças ou analogias entre algum objetivo e/ou serviço.
- m) **Emitir juízo de valor:** trata-se da avaliação realizada a partir das perspectivas individuais, ou seja, busca gerar um parecer sobre algo ou alguém.
- n) **Tomar decisão:** processo decisório envolvendo a escolha na busca pelo melhor desempenho de um plano de ações.

A partir da compreensão dos conceitos descritos anteriormente, a Figura 37 exemplifica a metodologia que será adotada pelo ISD no acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho no Pronto Atendimento.

Acompanhamento e Monitoramento

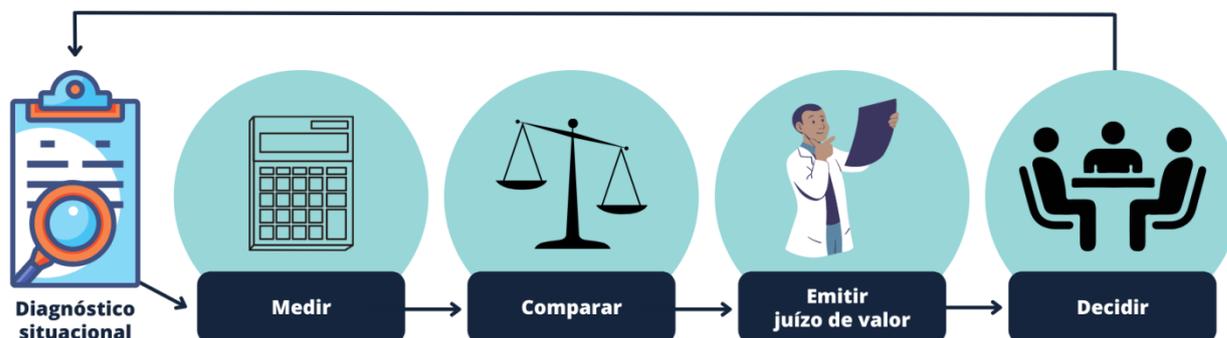


Figura 37. Etapas do acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho no Pronto Atendimento.
Fonte: Elaboração própria.

Ainda sobre os conceitos vinculados ao acompanhamento e monitoramento, por se tratar de um processo que exige constante avaliação, o ISD também adotará a avaliação de eficiência, avaliação de eficácia e avaliação de efetividade, como forma de instrumentalizar o real efeito das ações executadas sobre os indicadores quantitativos e qualitativos previstos no Programa de Trabalho no Pronto Atendimento. A Figura 38 mostra o modelo proposto por Oliveira e Reis (2016), sobre a classificação em relação aos componentes de avaliação, neste caso especialmente os indicadores de acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho.



Figura 38. Classificação da avaliação do acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho.
Fonte: Oliveira; Reis (2016).

Fundamentado nos itens descritos até aqui, a seguir serão expostos os principais componentes relacionados à atuação do ISD no acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho no Pronto Atendimento.

a) Responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento

- Todos os colaboradores da Pronto Atendimento direta ou indiretamente estarão envolvidos no acompanhamento e monitoramento do Programa de Trabalho. Contudo,

o compilamento de informações, emissão e divulgação de relatórios serão responsabilidade da **Equipe Gestora**, formada pelo coordenador administrativo, supervisor de enfermagem e diretor técnico (médico).

- Para o alcance das metas quantitativas e qualitativas, e a fim de promover a gestão horizontal, as sugestões de melhorias propostas pelos colaboradores serão coladas em pauta pela **Equipe Gestora**. Ainda, serão consideradas as sugestões encaminhadas pelos usuários do serviço e da SMS de Jacupiranga-SP.
- As sugestões dos colaboradores deverão ser formalizadas por meio de e-mails e/ou outros canais de comunicação oficial dentro no Pronto Atendimento.
- Para as sugestões dos usuários do Pronto Atendimento será disponibilizado um canal virtual específico para tal finalidade, enquanto que para a SMS de Jacupiranga-SP serão adotados os canais oficiais de comunicação, por exemplo, via sistema 1Doc.

b) Estratégias para o acompanhamento e monitoramento

- Por meio da **Equipe Gestora** serão elaboradas estratégias para promover a cultura de acompanhamento e monitoramento de indicadores, principalmente através da abordagem individual e/ou encontros para discutir a filosofia de trabalho do ISD no Pronto Atendimento.
- As estratégias estarão vinculadas as metas as serem alcançadas, na abordagem sobre importância na consulta e uso dos protocolos assistenciais, na apresentação do modelo de gestão do ISD, entre outros.
- A **Equipe Gestora** será responsável por elaborar e implementar de forma conjunta com os demais colaboradores, os planos de intervenção no Pronto Atendimento.
- Os instrumentos e processos de levantamento de dados serão definidos pela **Equipe Gestora**, devendo ser respeitado às prerrogativas do contrato com a SMS de Jacupiranga-SP, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei N° 13.709, de 14 de agosto de 2018) e os aspectos éticos e legais de cada profissão.
- A **Equipe Gestora** organizará os dados dos indicadores de acompanhamento e monitoramento, em planilhas, buscando sempre o uso de análises estatísticas para representar as tendências dos indicadores no Pronto Atendimento.

- É de responsabilidade da **Equipe Gestora** verificar a relação entre a produção (indicadores) do Pronto Atendimento *versus* as necessidades apontadas no contrato com SMS de Jacupiranga-SP.
- A partir dos indicadores gerados, a **Equipe Gestora** implementará ações corretivas e motivacionais para o alcance das metas.
- A partir da produção mensal de dados gerados sobre os indicadores quantitativos e qualitativos, a **Equipe Gestora** realizará reuniões mensais para analisá-los e tomar decisões para melhoria e/ou manutenção das ações que apresentaram eficácia. Durante as reuniões deverão ser discutidos o processo de trabalho, os impeditivos para o alcance das metas quantitativas e qualitativas, a partir dos dados do relatório mensal e dos apontamentos encaminhados pelos colaboradores. As reuniões deverão ser documentadas em ata.

c) **Relatórios sobre o acompanhamento e monitoramento**

- Serão gerados pela **Equipe Gestora** relatórios descritivos contendo as metas alcançadas nas categorias: quantitativas e qualitativas.
- Os relatórios também deverão conter os impeditivos para o alcance de metas e as ações corretivas que serão implementadas.
- A **Equipe Gestora** ficará responsável pelo acompanhamento da inclusão de dados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde e da SMS de Jacupiranga-SP, como por exemplo, junto a Vigilância Epidemiológica do Município por meio da Ficha Individual de Notificação (FIN).

d) **Divulgação de informações sobre o acompanhamento e monitoramento**

- Os resultados dos indicadores do Pronto Atendimento serão encaminhados em formato de relatório descritivo para SMS de Jacupiranga-SP.
- No Pronto Atendimento, a **Equipe de Gestora** divulgará os resultados do relatório de acompanhamento e monitoramento preferencialmente em formato de gráficos, sendo o mesmo alocado em “display” em local de grande circulação dos colaboradores.

Por fim, cabe destacar que **Equipe Gestora** também contará com a colaboração do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), na elaboração das análises estatísticas do

serviço. Ademais, outras estratégias poderão ser adotadas, de acordo com as necessidades identificadas.

3.19 PREVISÃO DE INÍCIO E TÉRMINO DO PROGRAMA DE TRABALHO

O Programa de Trabalho terá duração de 12 meses, com previsão de início imediatamente após o ISD assumir a gestão do Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP. O Quadro 12 mostra as atividades gerais que serão executadas pelo ISD, nos respectivos meses de gestão.

Quadro 12. Cronograma do Programa de Trabalho no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.

Atividades	Mês											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diagnóstico situacional	X		X			X			X			X
Adequação dos recursos humanos	X											
Treinamento de equipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementação dos protocolos de trabalho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Execução das metas quantitativas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Execução das metas qualitativas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento de indicadores / avaliação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Elaboração própria.

3.20 CUSTEIO DO PROGRAMA DE TRABALHO

O custeio para execução deste Programa de Trabalho será de **R\$ 7.598.643,00 (sete milhões, quinhentos e noventa e oito mil e quarenta e três reais)**, que serão distribuídos durante os 12 meses de gestão do ISD, compreendendo o valor de **R\$ 633.220,25 (seiscentos**

e trinta e três mil, duzentos e vinte reais e vinte e cinco centavos) mensais (Quadro 13). As informações detalhadas sobre os itens de custeio mensal estão disponíveis na proposta financeira.

Quadro 13. Proposta orçamentária para custeio mensal.

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA		
Finalidade	Natureza da despesa	Custo total
A) Insumos	Custeio	R\$ 78.000,00
B) Recursos humanos	Pessoal	R\$ 509.220,25
C) Serviços	Custeio	R\$ 46.000,00
TOTAL: R\$ 633.220,25		

Ressalta-se, que 10% do montante acima envolverá a parte variável do contrato de gestão, especificamente vinculada ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas previstas no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 002/2024, que serão analisadas mensalmente pelo Gestor do Contrato de Gestão, podendo resultar em desconto no valor do repasse mensal mediante ao não cumprimento das metas.

4 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Nos últimos anos o ISD tem ampliado seu campo de trabalho, com ênfase na gestão eficiente dos serviços públicos de saúde. Para isso, a equipe administrativa e técnica, responsável pela elaboração e execução dos planos de trabalho do ISD, é formada por profissionais com experiência na gestão de serviços de saúde e/ou elaboração e implementação de projetos. Neste contexto, observa-se no presente programa de trabalho a preocupação em resgatar o caráter técnico e científico nos diferentes contextos assistenciais.

Destaca-se que tanto a elaboração, quanto a execução dos programas de trabalho do ISD envolvem metodologias robustas, assim como a construção coletiva das diretrizes, fluxos e/ou normativas de atuação. Todo material produzido pelo ISD também está alicerçado na consulta de especialistas no assunto, podendo envolver mestres e doutores em áreas acadêmicas e clínicas. A Figura 39 mostra as etapas de construção que foram adotadas na elaboração deste Programa de Trabalho para o Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP.



Figura 39. Ciclo para elaboração de projetos do ISD.
Fonte: Elaboração própria.

Na etapa de **formação da equipe de projeto**, a direção do ISD busca selecionar peritos nas mais diversas áreas de atuação, a fim de imprimir características técnicas e científicas nas ações que serão planejadas. Na sequência são **identificadas as demandas do serviço de saúde**, conforme orientações dos editais de licitação e/ou análise preliminar em visitas *in loco*. A partir da análise inicial, os **projetos são redigidos e revisados** com foco na busca pela eficiência do serviço de saúde e na satisfação elevada do usuário.

A próxima etapa envolve a **aplicação do projeto** na realidade, em especial por meio de protocolos, regulamentos e fluxos assistenciais. Ainda nessa etapa, os colaboradores são treinados quanto a metodologia de trabalho do ISD, os objetivos do projeto e as estratégias que serão adotadas na sua execução. Por fim, durante a execução do projeto, o mesmo é **monitorado** pela Equipe Gestora, a fim de verificar a coerência entre o que foi planejado e o que está sendo executado.

Frente ao exposto, cabe reiterar a experiência positiva do ISD na gestão dos serviços de urgência e emergência dos municípios de Guapiara, Iporanga, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras, locais onde foi possível observar mudanças significativas na eficiência desses serviços, especialmente no tempo de atendimento, na resolutividade de problemas e na satisfação do usuário.

5 INCREMENTO DE ATIVIDADES E INOVAÇÃO NO ATENDIMENTO

Após visita técnica no Pronto Atendimento de Jacupiranga-SP, com objetivo em melhorar a qualidade do atendimento oferecido, além dos serviços previstos no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público N° 002/2024, o ISD disponibilizará durante o período de gestão, os itens e serviços descritos a seguir.

- I. Realização de eletrocardiograma com laudo:** Com ênfase em melhorar a assistência clínica e evitar internações no Pronto Socorro de Jacupiranga-SP, para auxiliar na rapidez envolvendo o diagnóstico de doenças cardiovasculares em pacientes das ESFs, será disponibilizado 20 eletrocardiogramas com laudo por mês, com tempo de emissão de resultado em até 60 minutos, totalizando 240 exames por ano. A dinâmica de realização dos exames será definida em conjunto com a SMS.
- II. Lipidograma:** Em complemento a realização do eletrocardiograma e considerando os indicadores do Escore de Risco Global de Framingham, também será disponibilizado aos usuários das ESFs do município, a realização de 20 coletas e análises de lipidograma por mês, também totalizando 240 exames por ano. A dinâmica de coletas e emissão de laudos do lipidograma será definida em conjunto com a SMS.
- III. Exames adicionais:** Além do itens acima também será disponibilizado a emissão de laudos para os exames de gasometria arterial, gasometria venosa, Dímero D e Pró-bnp.
- IV. Gases medicinais:** Para manutenção eficiente do sistema de gases medicinais será oferecido adicionalmente 20% da conta de cilindros de oxigênio disponíveis no Pronto Atendimento. Ainda, será fornecido um compressor principal e de um de backup para uso no sistema.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. L. F. et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev Med Minas Gerais.**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015.
- ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensão e práticas. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 10, n. 1/3, p. 54-63, 2019.
- AQIL A, LIPPEVELD T, HOZUMI, D. PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. **Health Policy and Planning.** 2009, 24:217-228.
- ASPLIN, B. R. et al. A conceptual model of emergency department: crowding. **Ann Emerg Med.**, v. 42, n. 2, p. 173-180, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterelização. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde (SOBECC).** 7. ed. Barueri: Manole, 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 12.807:** Resíduos de serviços de saúde – terminologia. Rio de Janeiro: ABNT; 1993a 3 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Manual Orientativo:** Sistematização do Cuidado de Nutrição. São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS.**, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001.
- BOULDING, W. et al. A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. **Journal of Marketing Research**, v. 30, p. 07-27, Feb. 1993.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2012.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. **Atenção Primária e promoção da saúde:** Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529**, de 1 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção as Urgências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 50**, de 21 de fevereiro 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017** – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasil: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CATELLI, A. **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica – GECON**. São Paulo: Atlas, 1999.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Manole; 2014.

COELHO, Francisco A. et al. **A gestão de medicamentos e materiais médicos no resultado financeiro de um hospital público**. 4th UNINDU, v. 4, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – 6º REGIÃO. **Atuação dos nutricionistas em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24H) de urgência e emergência**. Disponível em: https://irp-cdn.multiscreensite.com/63a687e5/files/uploaded/Cartilha_UPA.pdf. Acesso em: 16 de março de 2022.

COSTA, E. A. (2007). **Gestão estratégica: da empresa que temos da empresa que queremos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva.

DALLA, M. D. B; et. al. Metodologias ativas: um relato de experiência de estudantes de graduação em medicina da Universidade Vila Velha na disciplina de Interação Comunitária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-6, 2015.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v. 20, n. 6, p. 975-992, 1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 114, n. 11, p. 115-118, 1990.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico conceituais. **Cad Saude Publica**. 2006; 22(3):1267-76.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ, 2006). **Rumo a excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional**. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007). São Paulo: FNE/CQH, 2006.

GALVÃO, C. M. et al., A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Enfermagem.**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2022).

GLERIANO, J. S. et al. Mapeamento de processos na dispensação de medicamentos: ferramenta para gestão e melhoria da qualidade. **Rev. Adm. Saúde.**, v. 18, n. 72, p. 1-16, 2018.

GOMES, E. L. R. et al. **Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem**. In: Almeida MCP, Rocha SMN, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

GOMIDE, M. F. S. et al. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(65):387-98.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P. J. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. **Nutr Rev.** 1996 Jan;54(1 Pt 2):S59-65.

HARRINGTON, H. J. **Aperfeiçoando Processos Empresariais.** São Paulo: Makron Books, 1993.

HOLANDA, L. M. C.; SOUZA, I. D.; FRANCISCO, A. C. Proposta de aplicação do método DMAIC para melhoria da qualidade dos produtos numa indústria de calçados em Alagoa Nova-PB. **GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas**, Bauru, Ano 8, nº 4, out-dez/2013, p. 31-44.

HOTCHKISS, D. R. et al. Evaluation of the Performance of Routine Information System Management (PRISM) framework: evidence from Uganda. **BMC Health Services Research** 2010, 10:188

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

HULST, J. et al. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. **Clin Nutr.** 2010 Feb;29(1):106-11.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm; a new health system for the 21st century.** Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

JACOBI, P. R. et al. A função social da educação ambiental nas práticas colaborativas: participação e engajamento. **Cad Cedes Campinas.**, v. 29, n. 77, p. 63-79, 2009.

JC JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Patient Safety Goals Created. **Joint Commission Perspectives**, v. 26, n. 2, p. 8, 2006.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATION (JCAHO). Characteristics of clinical indicators. **QRB Qual Rev Bul.**, v. 15, n. 11, p. 330-339, 1989.

JURAN, J. M.; GODFREY, A. B. **Juran's Quality Handbook (5th edition).** New York: McGraw Hill; 1999.

KOHN, L. T. et al. **To err is human.** Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine). **To Err Is Human: Building a Safer Health System.** Washington, DC: National Academies Press; 2000.

KONDRUP, J. et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clin Nutr.** 2003 Jun;22(3):321-36.

KOZLOWSKI, N. C. **Metodologia para elaboração de planos de contingência para o transporte público durante megaeventos/ Natália Costa Kozlowski.** – Rio de Janeiro:

UFRJ/COPPE, 2017. XIII, 110 p.: il.; 29,7 cm. Orientador: Carlos David Nassi Dissertação (mestrado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia de Transportes, 2017.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação**, v. 5, p. 123-132, 2001.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

MADUREIRA, A. S. et al. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, 2009.

MALIK, A. M. **Qualidade e avaliação nos serviços de saúde**: uma introdução. In D'innocenzo M. Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand, 1994.

MEASURE EVALUTION. **Guidelines for data management standards in routine health information systems**. Measure Evaluation, 2015. Disponível em: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KB8N.pdf

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc Anna Nery**., v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. 2 edition Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 624 p.

MENEGAZ, J. C.; FONTE, V. M. S. Gestão de pessoal de enfermagem em hospitais de ensino: revisão integrativa. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 09, n. 03, p. 1982-4785, 2018.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2010; 18(3):436-43

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: Edufma, 2016.

OLIVEIRA, A. M. L.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev Esc Enferm USP**. 2006; 40(1):71-7.

OLIVEIRA, W. K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidem Serv Saúde**., v. 29; n. 2, p. e2020044, 2020.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiro de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**., v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PERES, A. M. et al. Roupas hospitalares e o cuidado em saúde: visão dos profissionais e estudantes. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 2, p. e53413, 2018.

PIMENTA, C. A. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PRATES, G. C.; STADNIK, C. M. **Segurança do paciente, gestão de riscos e controle de infecções hospitalares**. Porto Alegre: Moriá, 2017.

RAMOS, L. C. F.; SPIEGEL T.; ASSAD, D. B. N. Gestão de materiais hospitalares: uma proposta de melhoria de processo aplicada em hospital universitário. **Rev. Adm. Saúde.**, v. 18, n.70, p. 1-22, 2018.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ.**, v. 320, n. 7237, p. 768-70, 2000.

RODRIGUEZ ANEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

SALES, C. B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev Bras Enf.**, v. 71, n.1, p. 126-134, 2018.

SAMPATH, B. et al. **Whole System Quality: A Unified Approach to Building Responsive, Resilient Health Care Systems**. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SILVA, A. F. **Indicadores de desempenho: estudo de caso na empresa NET Serviços**. [Monografia] 58f. João Pessoa: UFPB, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/1419/1/AFS111016.pdf>

SILVA, C. O. et al. A utilização do método PDCA para melhoria dos processos: um estudo de caso no carregamento de navios. **Revista Espacios.**, v. 38, n. 27, p. 9, 2017.

SOBECC, Nacional. Práticas Recomendadas. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. 4ª Edição. São Paulo, 2007..

SOUZA, A. L. T. Análise do perfil epidemiológico dos casos confirmados de COVID-19 no Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil **Rev Pre Infec e Saúde.**, v. 6, p. 11105, 2020.

SOUZA, A. L. T. et al. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Registro-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008.

TANAKA, O. Y. **Avaliação do programa de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. **Rev.Gaúcha Enf.**, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance**. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/internalpublications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/internalpublications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: 01 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 01 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on Hand Hygiene Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care**. Geneva: World Health Organization Press; 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf. Acesso em: 01 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Genebra; 2005.

ANEXO A – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

Angina instável / Infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST

Elaboração: Maj Paulo Henrique Lyra Franco

Revisão: Cel Victor Arantes

1. INTRODUÇÃO

A Angina Instável (AI) é uma das principais causas cardiovasculares de atendimento em setores de emergência, sendo que um significativo percentual cursará com elevação de marcadores de injúria miocárdica, configurando Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível de ST (IAMSSST). O complexo AI/IAMSSST possui apresentação variada e acarreta diversas morbidades, conforme o contexto clínico.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A principal forma de apresentação da AI/IAMSSST é a dor torácica, que deverá ser avaliada com prioridade, conforme o Protocolo de Dor Torácica.

A Angina Instável se caracteriza pelo surgimento recente ou evolução acelerada de sinais e sintomas de isquemia miocárdica, enquanto o IAMSSST é caracterizado pela ocorrência de sinais e sintomas de isquemia miocárdica associados à elevação de marcadores bioquímicos, porém, sem a elevação do segmento ST.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A abordagem diagnóstica da AI/IAMSSST inicia-se pela avaliação da dor torácica pelo respectivo protocolo e deve ser complementada pela classificação do evento, estratificação de risco cardiovascular, realização de exames seriados e determinação da indicação de estudo invasivo.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DO QUADRO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Deverá ser realizada a classificação do quadro anginoso através da Classificação de Braunwald, e associando a estratificação de risco de eventos cardiovasculares maiores (óbito, reinfarto ou necessidade de revascularização de urgência através do escore TIMI).

A) Classificação de Braunwald

Utiliza três critérios: a gravidade dos sintomas, as manifestações clínicas e a intensidade do tratamento.

1. Gravidade dos sintomas

Classe I: Angina de início recente (menos de dois meses), frequente ou de grande intensidade (três ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores).

Classe II: Angina de repouso subaguda (um ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas).

Classe III: Angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).

2. Circunstâncias das manifestações clínicas

Classe A: Angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia etc).

Classe B: Angina instável primária.

Classe C: Angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de duas semanas).

3. Intensidade do tratamento

Classe 1: Sem tratamento ou com tratamento mínimo.

Classe 2: Terapia antianginosa usual.

Classe 3: Terapia máxima.

B) Escore de risco TIMI

Utiliza sete critérios, consignando um (1) ponto a cada:

- Idade \geq 65 anos;
- Dor anginosa iniciada há $<$ 24 h;
- Uso de AAS nos últimos 7 dias;
- Infradesnível de ST $>$ 0,5 mm;
- Elevação de marcadores de injúria miocárdica;
- Doença arterial coronariana (DAC) prévia;
- Três ou mais fatores de risco para DAC (HAS, DM, hipercolesterolemia, tabagismo, história familiar).

0–2 pontos	baixo risco
3–5 pontos	risco intermediário
6–7 pontos	alto risco

3.2 ELETROCARDIOGRAMA

Todo paciente com AI/IAMSSST já deve ter o ECG realizado desde a admissão no setor de Emergência. O ECG deve ser repetido com intervalo de três horas do inicial nos pacientes em observação e/ou caso ocorram mudanças no quadro clínico (retorno de sintomas,

hipotensão, etc.). A presença de infradesnível de ST $\geq 0,5$ mm, bloqueio completo de ramo esquerdo (BRE), taquicardia ou bradicardia comportam pior prognóstico. Todo paciente com AI/IAMSSST deve ser mantido sob monitorização contínua de ECG.

3.3 MARCADORES BIOQUÍMICOS

Devem ser realizados de forma seriada:

- a) **CKMB massa:** apresenta maior sensibilidade e especificidade que a CKMB atividade, pois inicia a elevação após 4 h da injúria miocárdica. Pode apresentar falso positivo em torno de 4% dos casos em virtude de lesões musculares, trauma, ou presença de macromoléculas de creatinoquinase.
- b) **Troponina I:** mais específica que a CKMB massa, mantém-se elevada além das 24 h do evento. O diagnóstico de IAMSSST será feito caso ocorra a elevação de CKMB massa em duas medidas consecutivas ou uma medida com nível duas vezes superior ao limite máximo da normalidade. No caso da Troponina I, o diagnóstico de IAMSSST será feito pela elevação acima do limite superior do normal. Caso ocorra elevação de CKMB massa com Troponina I normal, a decisão clínica baseia-se nesta última. A elevação isolada de Troponina I com CKMB massa normal não indica IAMSSST, mas AI de alto risco.

3.4 ECOCARDIOGRAMA

O Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) permite a avaliação estrutural e funcional do coração, auxiliando no diagnóstico diferencial com patologias de aorta, pericárdio e valvulopatias.

Embora um ECOTT normal em repouso não afaste AI/IAMSSST, a presença de alterações de motilidade segmentar aumenta a probabilidade de causa isquêmica.

A avaliação da performance cardiovascular, tanto pela Fração de Ejeção ventricular (FE) quanto pela análise subjetiva da contratilidade, permite melhor orientação da terapêutica medicamentosa.

3.5 ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

A Angiotomografia Coronariana (ATC) tem demonstrado valor na estratificação de risco nas síndromes isquêmicas agudas em virtude de seu valor preditivo negativo alto.

Tem indicação nos pacientes com escore de risco baixo / intermediário que apresentem ECG inconclusivo e marcadores de injúria miocárdica normais.

3.6 CINEANGIOCORONARIOGRAFIA

Nos pacientes com AI/IAMSSST, a realização de Cineangiogramia (CAT) deve ser realizada em até 48 horas naqueles com escore de risco intermediário a alto (TIMI \geq 3), já que a estratégia de estratificação invasiva evidenciou melhor relação custo-eficácia.

Além do escore de risco TIMI \geq 3, são considerados indicadores de alto risco, justificando CAT em caráter urgente, os seguintes:

- Angina ou isquemia recorrente, a despeito de terapia otimizada;
- Níveis elevados de troponina;
- Nova depressão de segmento ST;
- Angina ou isquemia recorrente associada a sinais de insuficiência cardíaca;
- Disfunção ventricular subjacente (FE < 40%);
- Instabilidade hemodinâmica;
- Taquicardia ventricular sustentada;
- Intervenção coronariana nos últimos 6 meses;
- Cirurgia prévia de revascularização miocárdica.

4 TRATAMENTO

4.1 PRINCÍPIOS GERAIS

Todo paciente com risco intermediário ou alto deverá ser internado na Unidade Coronariana assim que possível.

Os pacientes com risco intermediário ou alto são elegíveis para realizar investigação por cineangiogramia (CAT) em até 48 horas do início dos sintomas, a não ser que

apresentem co-morbidades importantes (p.ex. Insuficiência hepática), baixa expectativa de vida ou que a priori recusem a possibilidade de tratamento de revascularização miocárdica.

Pacientes com risco baixo devem ter sua investigação realizada em até 24 horas para definir-se alta ou internação hospitalar.

4.2 OXIGENIOTERAPIA

A suplementação de oxigênio deve ser realizada nos pacientes com risco intermediário ou alto e mantida até 4 h após a cessação dos sintomas, exceto se houver queda persistente de oxigenação em ar ambiente.

Dose: 2–4 L/min.

4.3 ANALGESIA

Indicada nos casos de dor persistente ou recorrente, a despeito do uso de nitratos. Deve ser realizada com doses seriadas para evitar depressão respiratória e hipotensão, mantendo-se aferição frequente de pulso e pressão arterial.

Morfina: 2–4 mg IV diluído a cada 5 minutos, até máximo de 25 mg.

Em caso de alergia a morfina: Meperidina (Dolantina) 20–50 mg IV.

4.4 NITRATOS

Devem ser utilizados para controle da dor anginosa, especialmente nos pacientes de risco intermediário ou alto.

A administração sublingual ou intravenosa tem igual eficácia, sendo a última preferida para manutenção do efeito nos casos de dor recorrente ou para auxiliar o controle da hipertensão arterial.

É contraindicada em pacientes com hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou que fizeram uso de sildenafil ou similares nas últimas 24 h).

Dinitrato de isossorbida 5 mg: 1 cp SL a cada 5 minutos (até máximo de 15 mg).

Nitroglicerina: 10 a 200 mcg/min – diluição:

- 1 ampola de 5 ml + 245 ml SG 5% ou SF 0,9% (6 ml/h = 10 mcg/min);
- 1 ampola de 10 ml + 240 mL SG 5% ou SF 0,9% (3 ml/h = 10 mcg/min).

4.5 BETABLOQUEADORES

Atuam reduzindo primariamente a frequência cardíaca, podendo diminuir a pressão arterial e o consumo de oxigênio miocárdico e potencializar o efeito anti-isquêmico dos nitratos.

São contraindicados em pacientes com hipotensão, bradicardia e sinais de disfunção ventricular esquerda (presença de terceira bulha, crepitações pulmonares, etc.).

A preferência é para a via oral, iniciando com a menor dose, a fim de manter a FC em torno de 60 bpm. A via endovenosa pode ser usada, com cautela, em caso de dor isquêmica persistente ou taquicardia não compensatória de insuficiência cardíaca.

Durante a administração IV, mensurar seriadamente pulso, pressão arterial, ausculta pulmonar, e monitorizar ECG.

Atenolol: 25–50 mg VO 12/12 h;

Metoprolol 5 mg/5 ml: 5 mg IV lento (1–2 min); pode-se repetir a dose a cada 5 minutos (máximo 15 mg).

4.6 ANTIPLAQUETÁRIOS

Os agentes antiplaquetários têm impacto direto na redução de eventos cardiovasculares maiores.

O Ácido Acetilsalicílico (AAS) deve ser administrado a todos os pacientes com síndrome isquêmica, exceto em caso de alergia conhecida ou presença de sangramento digestivo ativo.

Pacientes com risco intermediário ou alto devem receber, além do AAS, o Clopidogrel ou Ticagrelor. Em virtude do início mais rápido de ação e da maior taxa de antiagregação plaquetária, o Ticagrelor, se disponível, deve ser preferido ao Clopidogrel.

Em pacientes com alergia a AAS, deve-se usar outro antiadesivo plaquetário em substituição.

AAS 100 mg: dose de ataque 200 mg, manutenção 100 mg/dia.

Ticagrelor 90 mg: dose de ataque 180 mg, manutenção 90 mg/dia.

Clopidogrel 75 mg: dose de ataque 300 mg, manutenção 75 mg/dia

4.7 HEPARINAS

Todos os pacientes com AI/IAMSSST devem receber heparinização, que reduz os eventos cardiovasculares maiores.

A preferência é pela Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) em virtude da facilidade de administração, não necessidade de controle laboratorial e eficácia similar à da Heparina Não Fracionada (HNF).

A HNF deve ser preferida nos pacientes com perfil de alto risco que tenham indicação de realizar CAT em caráter urgente.

Enoxaparina: 1 mg/kg SC 12/12 h

- 0,75 mg/kg SC 12/12 h (pacientes com mais de 70 anos);
- 1 mg/kg SC 1 x/dia (clearance de creatinina \leq 30 ml/min).

Heparina: apresentação frasco 5 ml / 25000 U

- Diluição: 5 ml em 245 ml SG 5%;
- Dose: ataque bolus de 5000 U (1ml);
- Manutenção: iniciar com 10 ml/h (1000 U/h); ajustar infusão para PTT 2 a 3 x o normal; avaliar PTT 4/4 h.

5. REFERÊNCIAS

BERTTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O MUNDO DA SAÚDE -São Paulo**. ano 27 v. 27 n. 2, p. 231-239, 2003.

GOULART, B; N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):255-268, 2010.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad Saude Publica** 1999; 15(3):647-654

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 março-abril; 14(2):277-84.

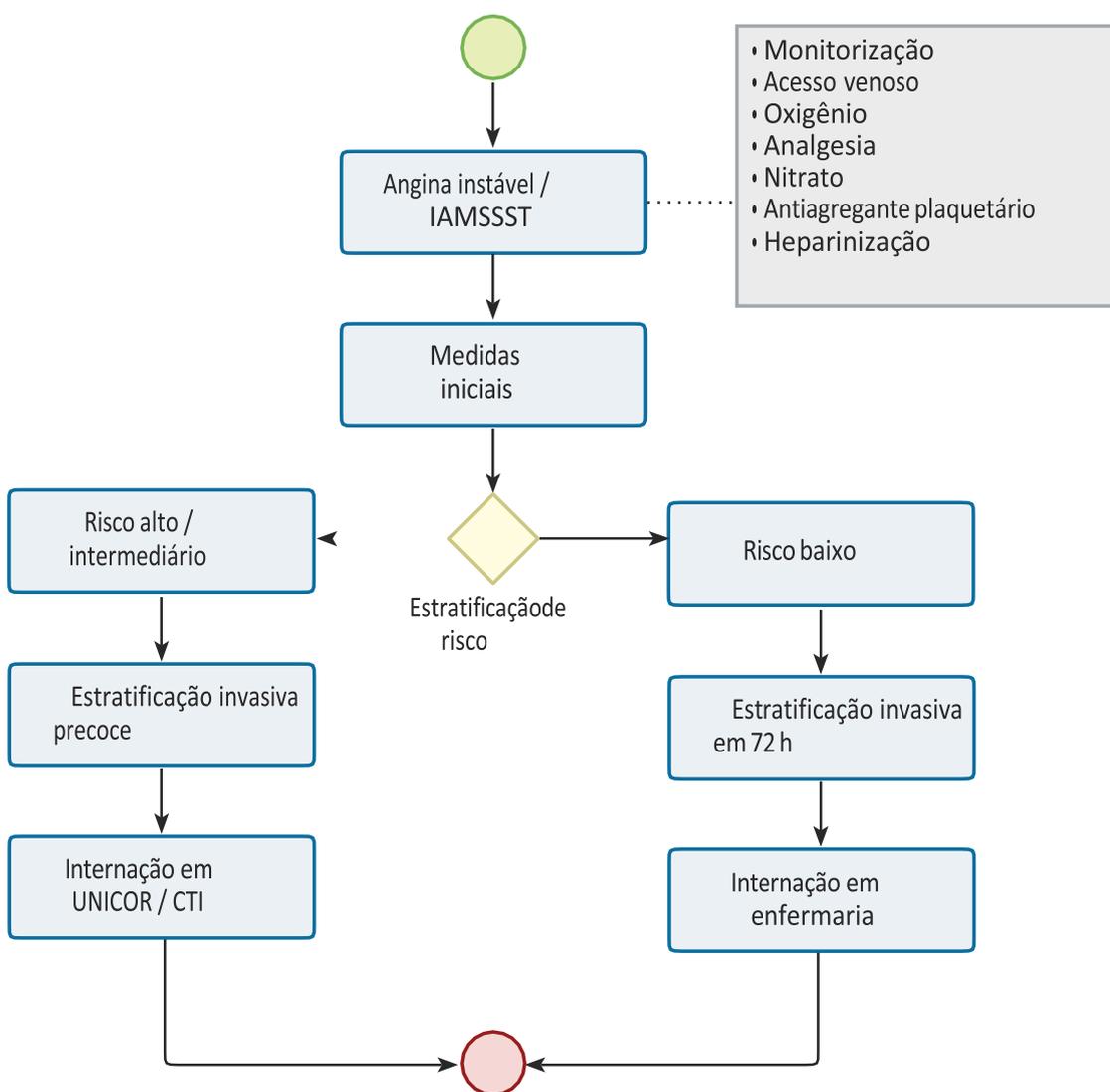
GLUCKMANN, T. J. et al. A Simplified Approach to the Management of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. **JAMA**, January 19, 2005–Vol. 293, No. 3, 2005. HILAL-DANDAN, R.

BRUNTON, L. L. **Goodman and Gilman's Manual of Pharmacolgy and Therapeutics**. 2. ed. New York, EUA: McGraw Hill, 2011.

NICOLAU, J. C. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do segmento ST**. 2. ed. – Atualização 2013-2014. **Arq. Bras. Cardiol**. Vol. 102, nº 3, Supl. 1, mar, 2014.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

Dor Torácica

Elaboração: Maj Paulo Henrique Lyra Franco

Revisão: Cel Victor Arantes

1. INTRODUÇÃO

A dor torácica é uma causa comum de atendimento em emergências, sendo que entre 15 e 30% dos casos correspondem realmente a Síndrome Coronariana Aguda (Infarto Agudo do Miocárdio ou Angina Instável). Em virtude da alta morbimortalidade cardiovascular associada à Síndrome Coronariana Aguda (SCA), o paciente com queixa de dor torácica deve ter o seu atendimento realizado de forma diferenciada.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

O paciente com dor torácica deve ter as características do sintoma analisados para diferenciar a dor anginosa da não anginosa.

A dor anginosa típica tem por características:

- Dor ou desconforto em opressão ou queimação em região precordial ou retroesternal;
- Pode haver irradiação para membro superior esquerdo, mandíbula, membro superior direito;
- Frequentemente acompanhada de sudorese, náuseas, vômito ou dispneia;

- Duração de minutos;
- Idoso e mulheres podem ter dor pouco intensa ou dispneia como manifestação.

Como diagnóstico diferencial de dor precordial aguda, temos:

a) Dissecção aguda de aorta

- Mais comum em pacientes hipertensos, com trauma torácico recente;

b) Síndrome de Marfan

- Dor torácica anterior dilacerante de início súbito;
- Irradiação para pescoço, dorso ou mandíbula;
- Pode haver sopro de regurgitação aórtica e assimetria significativa de pulsos de membros superiores.

c) Embolia pulmonar

- Comumente, há situação predisponente para trombose venosa profunda;
- O sintoma mais comum é a dispneia;
- Dor torácica de início súbito;
- Presença de taquipneia e taquicardia; pode haver cianose;

d) Pericardite

- Dor de característica pleurítica retroesternal ou torácica esquerda;
- Piora com decúbito e deglutição, melhora com inclinação de tórax;
- Pode haver presença de atrito pericárdico;

e) Prolapso valvar mitral

- Dor em pontada, de localização variável e curta duração;
- Sem irradiação;

- Sem relação clara com esforço;

f) Refluxo esofageano

- Dor retroesternal em queimação ou opressiva (menos comum);
- Melhora com posição ereta ou uso de antiácidos;
- Pode melhorar com nitratos ou bloqueadores de canal de cálcio;

g) Dor ulcerosa péptica

- Dor mais frequentemente epigástrica;
- Ocorrência mais comum após alimentação;
- Dor à palpação de região epigástrica;

h) Costocondrites

- Mais comum em idosos ou após esforços físicos;
- Dor tipo pleurítica, localizada sobre a articulação costocondral;
- Piora à palpação.

De acordo com suas características, a dor torácica será classificada como:

- Tipo A: claramente anginosa;
- Tipo B: possivelmente anginosa;
- Tipo C: possivelmente nãoanginosa;
- Tipo D: claramente nãoanginosa;

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

3.1 PACIENTES COM DOR TORÁCICA TIPOS A / B

- Realizar ECG de 16 derivações em até 10 minutos da admissão na Unidade de Emergência (UE);

- Admitir em leito com monitorização, instalar Oxigenioterapia e obter acesso venoso;
- Avaliação clínica e do ECG pelo médico da EU.

Critérios clínico-eletrocardiográficos diagnósticos de SCA:

- Iniciar MONABCE (morfina, oxigênio, nitrato, AAS, betabloqueador, clopidogrel e estatina).
- Protocolo de IAMCSST ou IAMSSST/AI.

Critérios clínico-eletrocardiográficos não diagnósticos de SCA:

- ECG seriado: admissão, 3h e 9 h;
- Marcadores de injúria miocárdica seriados (Mioglobina, CPK, CK massa, Troponina I): admissão, 3h e 9 h.;
- Se confirmada SCA, iniciar protocolo de IAMSSST/AI.

3.2 PACIENTES COM DOR TORÁCICA TIPO C

- Realizar ECG à admissão;
- Manter sob observação em leito;
- Avaliação clínica e de ECG pelo médico da UE.

Critério clínico-eletrocardiográficos não diagnóstico de SCA:

- Repetir ECG e marcadores de injúria miocárdica 3 h após admissão

3.3 PACIENTES COM DOR TORÁCICA TIPOS D

- Realizar ECG à admissão;
- Avaliação clínica e de ECG pelo médico da EU;
- Sem alterações no ECG: investigar causa não coronariana para dor;
- Alterações no ECG: conduzir conforme item 3.1 ou 3.2.

4. TRATAMENTO

Todo paciente com evidência clínico-eletrocardiográfica de SCA deverá ser tratado, inicialmente, com o esquema MONABCE:

Oxigênio:

- Suplementação de oxigênio por máscara, 3 a 5 L/min, para manter SaO₂ maior que 90%

Antiagregante plaquetário:

- AAS:
 - Ataque: 200 mg VO / manutenção: 100 mg VO/dia;
 - Para todo paciente com SCA;
- Ticagrelor:
 - Ataque: 180 mg VO / manutenção: 90 mg VO 12/12 h;
 - Para todo paciente com SCA sem contra-indicação;

Contraindicações ao Ticagrelor: FC < 50 bpm, IR em hemodiálise, cirrose hepática, asma, BAV 1º grau > 240 ms, BAV 2º ou 3º graus, uso de varfarina, uso de claritromicina, sangramento ativo;

- Clopidogrel:
 - Ataque: 300 mg VO / manutenção: 75 mg VO/dia;
 - Uso em caso de contra-indicação ao Ticagrelor;
- Nitrato:
 - Isossorbida 5 mg SL se PA sistólica > 90 mmHg; repetir em caso de persistência de dor precordial a cada 5 minutos (dose máxima 15 mg);
 - Nitroglicerina IV contínua se dor anginosa em vigência de hipertensão moderada a severa (10 a 200 mcg/min); ajuste de dose a cada 5–10 minutos.

- Betabloqueador IV:
 - Metoprolol 2,5 a 5 mg em pacientes hemodinamicamente estáveis com FC entre 60 e 100 bpm; repetir dose, se necessário, a cada 10 minutos (dose máxima 15 mg);

Contraindicações a betabloqueador: ICC , FC < 60 ou > 100 bpm, bloqueio AV.

- Morfina:
 - 2 a 4 mg IV, a cada 5 minutos se necessário (quando o paciente estiver com dor refratária).

- Atorvastatina:
 - 40 mg/dia.

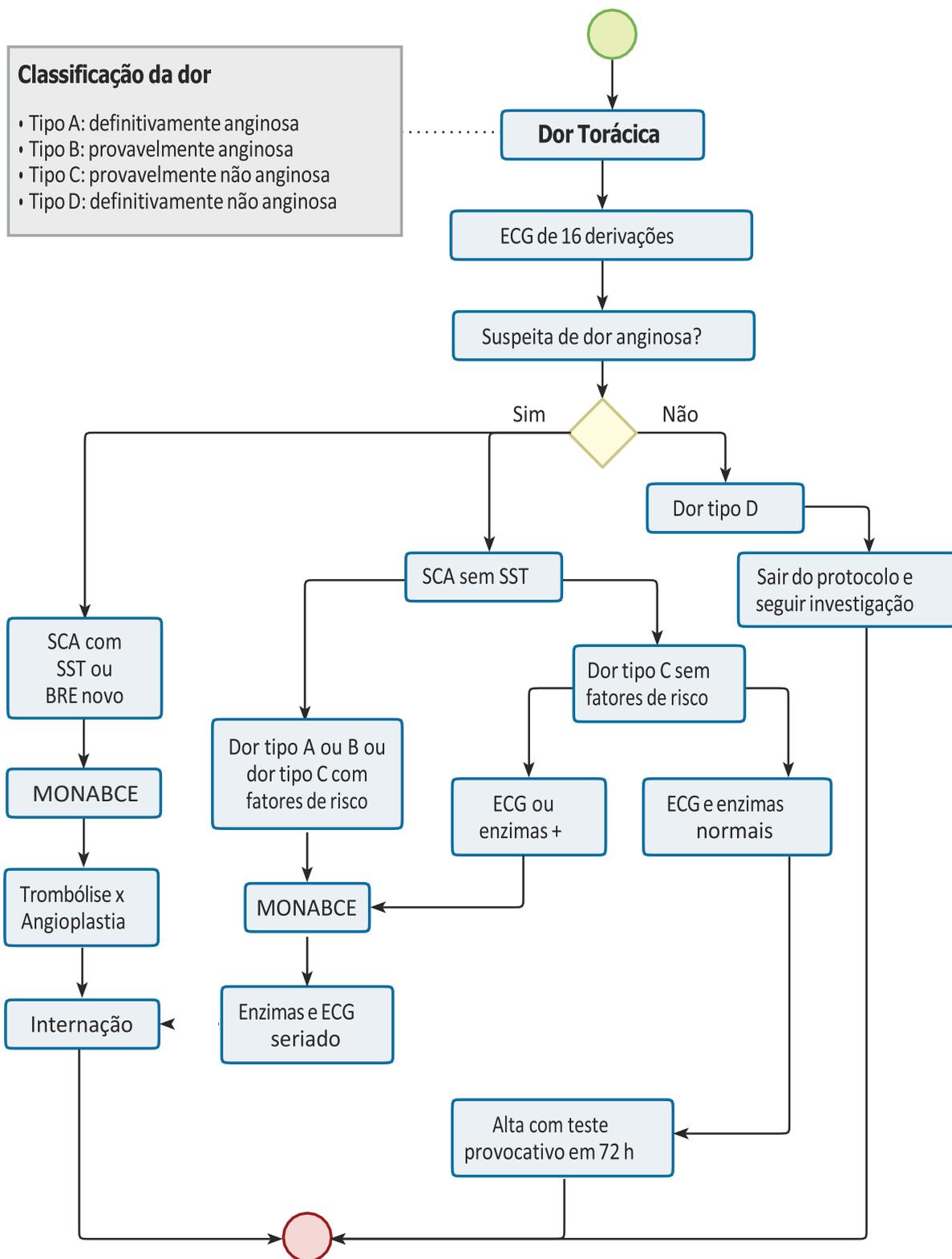
5. REFERÊNCIAS

BASSAN, R.; PIMENTA, L.; LEÃES, P. E. et al. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2002; 79 (supl II): 1, 2012. <<http://publi-cacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

HILAL-DANDAN, R. BRUNTON, L. L. **Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics**. 2. ed. New York, EUA: McGraw Hill, 2011.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

Crise Hipertensiva

Elaboração: Maj Paulo Henrique Lyra Franco

Revisão: Cel Victor Arantes

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

A **Emergência Hipertensiva (EH)** é definida pela elevação dos níveis pressóricos associada à lesão aguda em órgãos-alvo ou risco eminente de morte; requer internação em unidade de cuidados intensivos e redução imediata da PA, a redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial.

A **Urgência Hipertensiva (UH)** é definida pela elevação da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo, geralmente associada à interrupção ou redução da medicação anti-hipertensiva. Pacientes com urgência hipertensiva devem ter sua pressão arterial reduzida em 24 a 48 horas.

Existem, ainda, as pseudocrises hipertensivas, situações nas quais o aumento acentuado da pressão arterial é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia), desconforto (tontura), ansiedade. O tratamento visa ao controle dos fatores desencadeantes.

2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DAS EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

EMERGÊNCIAS	URGÊNCIAS
Encefalopatia hipertensiva	Angina instável
Edema agudo do pulmão	Pré-eclâmpsia
Infarto agudo do miocárdio	Anticoagulação
Aneurisma dissecante da aorta	Intoxicação por cocaína ou anfetamina
Eclâmpsia	Pré e pós-operatório
Sangramento pós-operatório	Transplante renal
Crises de feocromocitoma	Rebote hipertensivo após suspensão súbita de clonidina ou outras medicações anti-hipertensivas
Hipertensão acelerada/maligna com papiledema	

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

3.1 ANAMNESE

A história prévia de HAS, tratamento atual, uso de drogas hipertensoras (cocaína, anfetamina, simpaticomiméticos), sintomas de disfunções cardíacas, cerebrais, visuais e/ou renais (cefaleia, dispneia, angina, alteração do nível de consciência).

3.2 EXAME FÍSICO

Aferir a PA em ambos os braços, avaliar status neurológico, fundo de olho, exame do aparelho cardiovascular e pulmonar (inspeção, palpação e ausculta). Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHG)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHG)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

3.3 EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma, EAS, ureia, creatinina, eletrólitos, ECG, RX tórax para todos os pacientes em Emergência Hipertensiva. Ecocardiograma transtorácico, TC crânio e RNM de acordo com a apresentação do quadro clínico.

4. TRATAMENTO

O tratamento das Emergências e Urgências Hipertensivas depende do órgão-alvo que está sendo comprometido e varia desde a não redução, ou redução extremamente cautelosa, da pressão arterial, como no AVE, até a redução abrupta e agressiva dos níveis tensionais, como na Dissecção Aórtica ou EAP.

O objetivo do tratamento medicamentoso é a redução da PA média nas primeiras horas em 25% dos níveis pressóricos aferidos na admissão do paciente, o que habitualmente é o necessário para controlar a complicação em curso ou instalada. Essa medida visa à preservação da autorregulação cerebral, coronariana e renal, evitando o hipofluxo e a isquemia nesses órgãos. Quanto à normalização dos níveis tensionais, é uma meta a ser alcançada em regime de tratamento ambulatorial.

A única exceção a essa regra fica por conta dos pacientes com dissecção de aorta, nos quais a redução pressórica deve ser a máxima tolerada. Essa medida permite a estabilização do quadro e a abordagem cirúrgica precoce da dissecção.

As EH devem ser tratadas com fármacos endovenosos, enquanto as UH podem ser tratadas com fármacos sublinguais ou orais.

4.1 CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DOS HIPOTENSORES ENDOVENOSOS

- a) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial):
- Dose: 0,25–10 mcg/kg/min;
 - Diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG5% (200 mcg/ml);
 - Início de ação: imediato;
 - Duração: 1–2 minutos;
 - Efeitos adversos: intoxicação por cianeto.
- b) Nitroglicerina (vasodilatador venoso):
- Dose: 10–200 mcg/min;
 - Diluição: 5 ml + 245 mL SG 5% (6ml/h = 10 mcg/min);
 - 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);
 - Início de ação: 2–5 minutos;
 - Duração: 5–10 minutos;
 - Efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.
- c) Metoprolol (betabloqueador):
- Dose: 5–15 mg (5 mg IV lento a cada 5 minutos, máximo 15 mg);
 - Apresentação: ampola 5 mg/ 5ml;
 - Início de ação: 2–5 minutos;
 - Duração: 1–2 h;
 - Efeitos adversos: bradicardia, broncoespasmo.
- d) Hidralazina (vasodilatador arterial):
- Dose: 10–20 mg (bolus);
 - Apresentação: ampola 20 mg;
 - Início de ação: 5–15 minutos;
 - Duração: 2–6 h;
 - Efeitos adversos: taquicardia, metabolização reduzida em hepatopatia e nefropatia.

4.2 CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DOS HIPOTENSORES SUBLINGUAIS

a) Captopril:

- Dose: 6,25–25 mg SL ou VO;
- Apresentação: comprimido de 25 mg;
- Início de ação: 15–30 minutos;
- Duração: 2–6 h (SL); 6–8 h (VO);
- Efeitos adversos: tosse, hipercalcemia, insuficiência renal (na presença de estenose de artéria renal).

b) Clonidina:

- Dose: 0,1–0,2 mg VO 1/1 h (dose máxima 0,6 mg);
- Apresentação: comprimido de 0,1 e 0,2 mg;
- Início de ação: 30–60 minutos;
- Duração: 6–8 h;
- Efeitos adversos: hipotensão postural, boca seca, sonolência.

4.3 TERAPÊUTICA PARA CADA TIPO DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

a) Acidente Vascular Encefálico:

- Fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- Indicado se PA sistólica > 200 mmHg e/ou PA diastólica > 110 mmHg;
- Evitar PA diastólica inferior a 110 mmHg;

b) Encefalopatia hipertensiva:

- Fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- Realizar TC de crânio para afastar AVE;

c) Síndrome coronariana aguda:

- Fármaco de escolha: Nitroglicerina + Betabloqueadores;

d) Dissecção aórtica:

- Fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Betabloqueadores;

e) Edema Agudo de Pulmão (EAP):

- Fármaco de escolha: Nitroglicerina + Morfina + Furosemida;

f) EAP em paciente renal crônico:

- Fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Hidralazina (Furosemida se apresenta diurese);
- Avaliar hemodiálise;

g) Crise simpática:

- Fármaco de escolha: Verapamil + Betabloqueador + Benzodiazepínico;
- Betabloqueador contraindicado em intoxicação por cocaína;

h) Eclâmpsia:

- Fármaco de escolha: Hidralazina;
- Antecipar parto.

5. REFERÊNCIAS

HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. L. **Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics**. 2. ed. New York, EUA: McGraw-Hill, 2011.

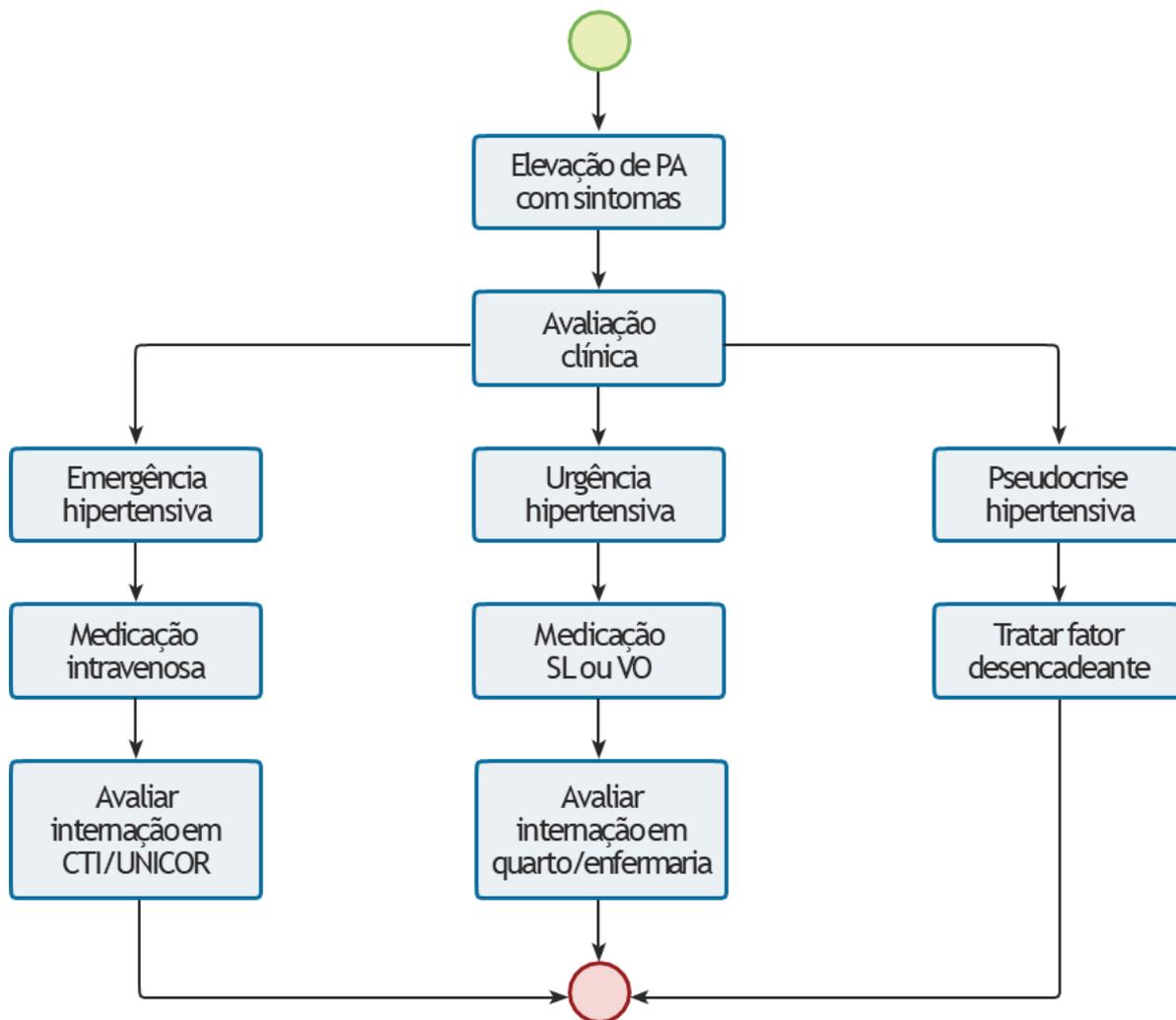
MALACHIAS, M. V. B. et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro, 2016. Disponível em: Acesso em: mar. 2017.

MANCIA, G. et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **J Hypertens.** 2007, Jun;25(6):1105-87.

ROSEI, E. A.; SALVETTI, M.; FARSANG, C. European Society of Hypertension Scientific Newsletter: treatment of hypertensive urgencies and emergencies. **J Hypertens.** 2006 Dec;24(12):2482-5

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Elaboração: Maj Paulo Henrique Lyra Franco

Revisão: Cel Victor Arantes

1. INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a despeito dos avanços no diagnóstico e na terapêutica, continua a ser uma das principais causas de mortalidade em nível mundial. O reconhecimento precoce e o tratamento urgente são indispensáveis para reduzir seu impacto na morbimortalidade.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de ST (IAMCSST) será diagnosticado se o paciente apresentar duas das seguintes alterações:

- História típica de dor precordial;
- Alterações eletrocardiográficas compatíveis

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

3.1 SINTOMAS

Dor precordial, retroesternal, constrictiva, não pleurítica, com duração superior a 30 minutos, irradiada para ombros ou mento e não aliviada pelo repouso ou uso de nitratos. A dor pode ser acompanhada pelos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, sudorese e fraqueza muscular generalizada.

O infarto agudo do miocárdio pode ser assintomático em até 12% dos pacientes ou se apresentar com quadros atípicos de dor ou desconforto em braços, dorso, mandíbula, ou ter como sintoma básico: síncope, palpitações, ortopneia ou agravamento da insuficiência cardíaca.

3.2 EXAME FÍSICO

Fácies de angústia, diaforese, palidez cutânea, taquifisgmia, às vezes com frequência de pulso irregular e febre.

Na disfunção do ventrículo esquerdo, podemos encontrar: hipotensão, taquicardia, crepitações pulmonares e galope de VE.

Na disfunção do ventrículo direito, podem ser constatadas: hipotensão, turgência venosa jugular e hepatomegalia.

O achado auscultatório mais comum é o aparecimento de B4. Pode, ainda, ser, auscultado atrito pericárdico e haver surgimento de sopros, secundários a disfunção ou ruptura do músculo papilar, insuficiência mitral por dilatação do anel mitral, formação de comunicação interventricular e insuficiência tricúspide.

3.3 ELETROCARDIOGRAMA

Deve ser realizado dentro de 10 minutos da admissão de paciente com dor precordial na Emergência. A presença de supradesnível de ST de, ao menos, 2 mm em duas derivações contíguas caracteriza o IAMCSST.

3.4 FASES DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

- Superaguda: ondas T aumentadas, lembrando hipercalemia.
- Aguda: elevação do ST, diminuição de T e aparecimento de Q.
- Subaguda: T invertida, ST retorna à linha de base.
- Crônica: Ondas Q e elevação de ST.

Atualmente, não se classifica o infarto em transmural e subendocárdico.

3.5 PROVÁVEL SEGMENTO ACOMENTADO CONFORME DERIVAÇÕES DO ECG

- Inferior: D2, V3 e AVF.
- Posterior: V7 e V8, em espelho, V1 e V2.
- Septal: V1 e V2.
- Anterior extenso: V1 a V6, D1 e AVL.
- Ântero-lateral: D1, AVL, V3 a V6.
- Ântero-septal: V1 a V4.
- Anterior: V3 a V4.
- Lateral: D1, AVL, V5 e V6.

Infarto de VD é sugerido pela elevação do segmento ST em V1, V3R, V4R, principalmente na presença de infarto inferior. O diagnóstico eletrocardiográfico é extremamente difícil na presença de bloqueio de ramo esquerdo; os sinais descritos (onda Q maior que 3 mm em D1, AVL, V5 e V6, regressão do R de V1 a V4, sinal de Cabrera), têm boa especificidade, porém, a sensibilidade é inferior a 40%. A elevação de marcadores de injúria miocárdica NÃO é necessária pra o diagnóstico do IAMCSST.

3.6 CLASSIFICAÇÃO HEMODINÂMICA DO IAM

Classificação de Killip:

- Classe I: sem sinais de ICC;
- Classe II: ICC discreta;

- Classe III: edema agudo de pulmão;
- Classe IV: choque cardiogênico.

4. TRATAMENTO

4.1 MEDIDAS GERAIS

- a) Admissão em leito com monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva.
- b) Obter acesso venoso periférico de bom calibre; se possível, dois acessos.
- c) Instalar suplementação de O₂ se oximetria inferior a 94%.
- d) Antiagregante plaquetário: administrar AAS 200 mg VO associado a:
 - Ticagrelor 180 mg VO se for ser submetido a angioplastia primária;
 - Clopidogrel 300 mg VO se for ser submetido a trombólise farmacológica.
- e) Nitrato: mononitrato ou dinitrato de isossorbida 5 mg SL. Contraindicações: PA sistólica < 90 mmHg, uso de sildenafil ou similares, suspeita de infarto de VD.
- f) Analgesia: Morfina 2–4 mg IV; dose pode ser repetida em 5 a 15 minutos.
- g) Heparinização: Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12 h (0,75 mg/kg se idade > 75 anos).

4.2 MEDIDAS DE ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA

- a) Hipertensão: iniciar Nitroglicerina IV 10–200 mcg/min.
- b) Insuficiência cardíaca:
 - Furosemida 20 mg IV em caso de congestão, intermitente;
 - Nitroglicerina IV para redução de pré-carga;
 - Dobutamina 5–20 mcg/kg/min, se necessário.

4.3 REPERFUSÃO MIOCÁRDICA

- a) Opção 1 – Angioplastia Primária

É a estratégia preferencial nos pacientes com IAMCSST com sintomas iniciados < 12 h ou com sintomas iniciados > 12 h e < 24 h e que tenham evidências de isquemia persistente.

O tempo ótimo é a realização da cineangiocoronariografia em até 90 minutos da admissão do paciente na Emergência.

Devem ser instituídas as medidas gerais e as de estabilização clínica até a chegada do paciente à sala de Hemodinâmica.

b) Opção 2 – Trombólise Farmacológica

Deve ser realizada nos paciente com IAMCSST em que a angioplastia primária não possa ser realizada em tempo hábil.

Deve-se, obrigatoriamente, avaliar os critérios de inclusão e exclusão antes da instituição da trombólise.

b.1) Critérios de inclusão:

- Idade inferior a 75 anos;
- Dor típica e persistente, com mais de 30 minutos de duração;
- Elevação do segmento ST-T maior que 2 mm em duas derivações, de preferência com imagem de necrose (raramente presente);
- Ausência de resposta ao uso de nitratos via sublingual;
- Quadro de IAM anterior ou inferior sob alto risco, IAM prévio ou extenso evidenciado por depressão do segmento ST em V1 a V3;
- Todo IAM com disfunção de bomba, bloqueio A-V de 2o e 3o graus, e bloqueio intraventricular;
- Quadro clínico em fase aguda com até 4-6 horas de início, sendo preferível com menos de 3 horas.

b.2) Critérios de exclusão:

Absolutos

- Fenômenos hemorrágicos ativos;
- Suspeita de dissecação aórtica aguda;
- PCR traumática ou prolongada;

- Traumatismo craniano recente;
- Neoplasia intracraniana diagnosticada;
- Retinopatia diabética ou outra lesão retiniana hemorrágica;
- Gestação;
- Reação alérgica à estreptoquinase ou APSAC;
- Pressão arterial maior que 200/120 mmHg;
- AVC comprovadamente hemorrágico;
- Traumatismo ou cirurgia com menos de 2 semanas.

Relativos

- Traumatismo ou cirurgia com mais de 2 semanas;
- Hipertensão crônica grave com ou sem tratamento;
- Úlcera péptica em atividade;
- História de AVC;
- Diátese hemorrágica;
- Disfunção hepática importante;
- Exposição prévia a estreptoquinase ou APSAC.

b.3) Protocolo de Alteplase:

b.3.1) Pacientes com > 65 kg:

- Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 50 mg em bomba infusora em 30 minutos, e depois 35 mg em bomba infusora em 60 minutos (dose total: 100 mg).

b.3.2) Pacientes com < 65 kg:

- Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 0,75 mg/kg em bomba infusora em 30 minutos e após 0,5 mg/kg em bomba infusora por 60 minutos.

b.3.3) Em seguida à infusão da alteplase, faz-se heparina em bolus na dose de 5000 UI, com manutenção dose de 1000 UI/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 a 3 vezes o valor normal. A determinação do PTT deve ser feita de 4/4 h.

b.4) Protocolo de Estreptoquinase:

b.4.1) A dose ideal é de 1.500.000 UI diluídos em 100 ml de solução glicosada a 5%, com gotejamento para 30-60 minutos;

b.4.2) Em seguida à infusão da estreptoquinase, faz-se heparina em bolus na dose de 40 UI/kg, com dose de manutenção de 15 UI/kg/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 e 3 vezes o valor normal.

b.5) Medidas gerais pós-trombólise:

- Manter o mesmo esquema terapêutico usado no protocolo do IAM (nitratos, betabloqueadores, sedativos). Oxigenioterapia por cateter nasal contínuo a 3 L/min.
- Evitar linha arterial, injeções via IM, cateterização venosa central (caso necessário, dissecar uma veia).
- A dissolução ocorre em 45% dos pacientes tratados, e a reoclusão em 9-29%, sendo a última mais por interrupção da anticoagulação ou por estenoses residuais graves.
- A reoclusão, na maioria dos casos, passa despercebida.

b.6) Exames de controle:

- ECG a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas. Em seguida, de 6/6 horas até 24 horas. Depois de 24 horas, ECG diário como rotina.
- CPK-MB na admissão (antes da infusão de SK), com 4-6 h e 24 h após a SK. Pico antes das 24 h = recanalização.
- Pico após 36 h = não houve recanalização.
- Hemograma completo com VHS.
- Coagulograma completo (PTT/plaquetas/TS/TC/TAP).
- Classificação sanguínea com reserva de 2 litros de sangue total.
- Outros exames de rotina: glicose, ureia, creatinina e ionograma.

- Avaliação da necessidade da cineangiocoronariografia de acordo com a gravidade dos casos.

b.7) Sinais indiretos de reperfusão:

- Clínico: melhora da precordialgia e outros sintomas.
- Eletrocardiográfico: normalização progressiva e rápida do ST, aparecimento ou acentuação da onda “Q”, desaparecimento de bloqueios atrioventriculares ou intraventriculares, e aparecimento ou elevação na frequência de arritmias (extrassistolia, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, bradicardia).
- Ecocardiográfico: aumento da fração de ejeção de VE.
- Enzimático: elevação precoce dos valores de CK-MB, menos de 6 h, pico até 24 h.

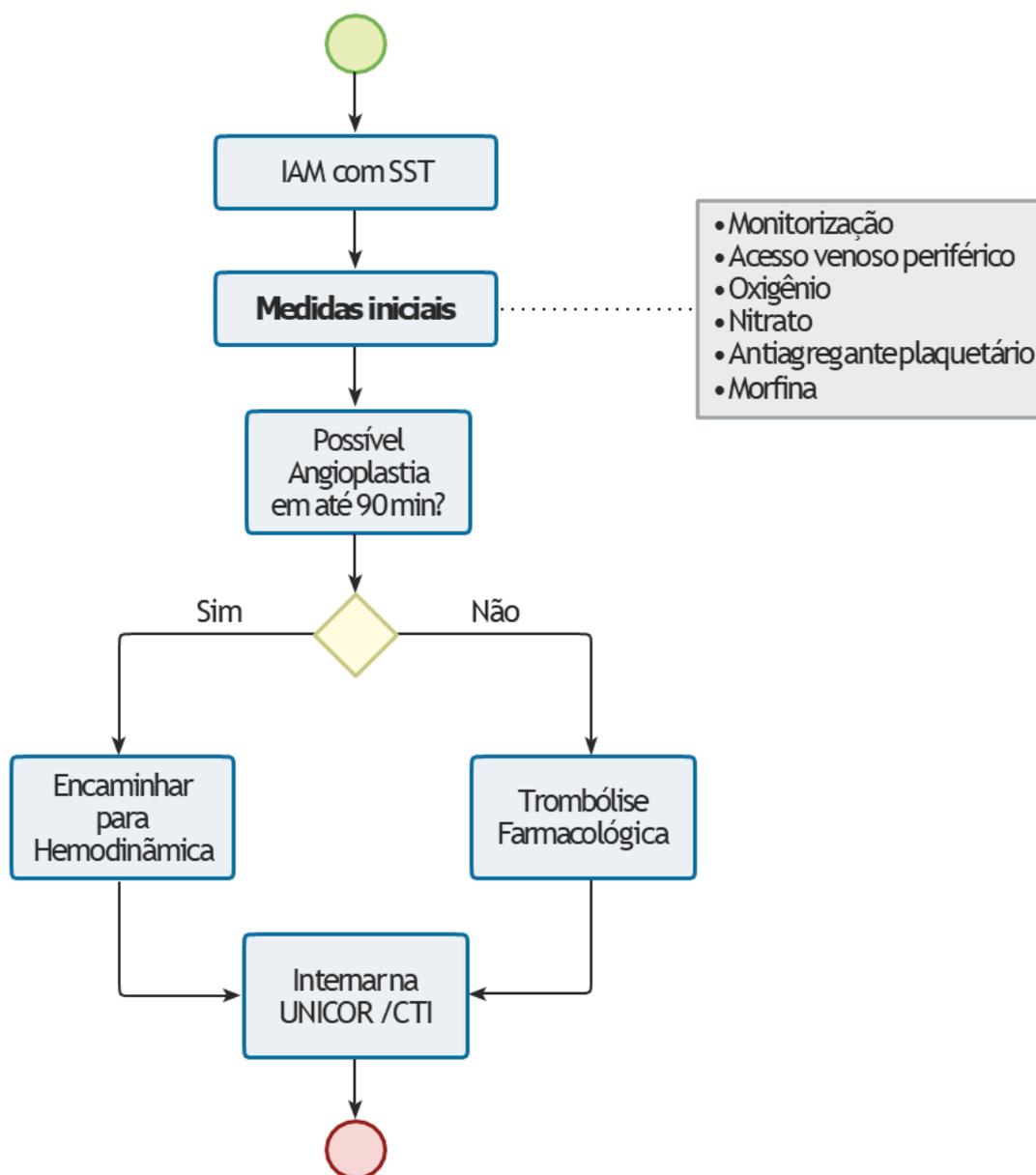
5. REFERÊNCIAS

PIEGAS, L. S.; TIMERMANN, A. V **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST.** Arq. Bras. Cardiol. Vol. 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto, 2015. Disponível em: .Acesso em: mar. 2017.

STEG, P. G. et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. **European Heart Journal** (2012) 33, 2569–2619. Disponível em: :
<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf>.
Acesso em: mar. 2017.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO IAM COM SUPRA DE ST





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

Elaboração: Maj Paulo Henrique Lyra Franco

Revisão: Cel Victor Arantes

1. INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) aguda descompensada, que resulta em hospitalização, acarreta problemas específicos. Primeiro: a IC aguda marca uma mudança fundamental na história natural da progressão da doença. As taxas de mortalidade no ano seguinte à internação por IC são mais elevadas do que naqueles que não foram internados, e a hospitalização por IC permanece como um dos fatores de risco mais importantes para mortalidade. Segundo: a internação por IC aguda por si gera mais hospitalização, com taxas de re-hospitalização de 50% dentro dos 12 meses após alta hospitalar. Terceiro: a internação por IC continua a ser a grande responsável por mais de trinta bilhões de dólares usados anualmente para o custeio dos cuidados a esses doentes. Assim, qualquer redução nessas internações pode resultar em ganhos econômicos substanciais e melhora clínica dos pacientes.

A incidência da IC tem aumentado no mundo e no Brasil. Vários fatores são apontados como causas desse cenário no nosso país. A cardiopatia isquêmica ultrapassou a doença de Chagas como etiologia mais frequente de IC no Brasil. Muitos avanços ocorreram no diagnóstico e nos tratamentos clínico e cirúrgico da doença cardiovascular, além do rápido envelhecimento populacional no Brasil, devido principalmente ao adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

2.1 DEFINIÇÃO

A insuficiência cardíaca aguda é definida como início rápido ou mudança clínica dos sinais e sintomas de IC, resultando na necessidade urgente de terapia. A IC aguda pode, ainda, ser nova ou decorrente da piora de uma IC pré-existente (IC crônica descompensada).

2.2 CLASSIFICAÇÃO

Dentre as classificações atuais, adotaremos a de Gheorghide.

- 1) IC aguda com pressão arterial elevada: pressão arterial elevada, com sintomas que aparecem rapidamente. Em geral, costuma ser o primeiro episódio de IC aguda, ou o paciente era assintomático, ou foi pouco sintomático por um longo período. Ocorre aumento da pressão capilar pulmonar e a redistribuição dos líquidos sistêmicos para o pulmão.
- 2) IC aguda com pressão arterial normal: pressão arterial normal, com história prévia de piora dos sintomas de IC crônica. Os sinais e sintomas desenvolvem-se gradualmente, em questão de dias, e, além da congestão pulmonar, há edema periférico. A fração de ejeção (FE) é usualmente reduzida. O tratamento é mais difícil e muitos pacientes mantêm os sintomas, apesar da terapia otimizada.
- 3) IC aguda com pressão arterial baixa: segundo os registros publicados, apresenta-se em menor percentagem, com sinais e sintomas de hipoperfusão tecidual, pressão arterial baixa ou choque cardiogênico.

2.3 CAUSAS E FATORES PRECIPITANTES DE IC AGUDA

- Ingestão excessiva de sal e água.
- Falta de aderência ao tratamento e/ou falta de acesso ao medicamento.
- Sobrecarga de volume não detectada (falta de controle do peso diário).
- Sobrecarga de líquidos intravenosos durante internação.
- Fibrilação atrial (FA) aguda ou outras taquiarritmias.

- Bradíarritmias.
- Hipertensão arterial sistêmica.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Isquemia miocárdica.
- Infecções (especialmente pneumonia).
- Anemia e carências nutricionais.
- Fístula AV.
- Disfunção tireoidiana.
- Diabetes descompensado.
- Consumo excessivo de álcool.
- Insuficiência renal.
- Gravidez.
- Depressão e/ou fatores sociais (abandono, isolamento social).
- Uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, ecstasy, entre outros).
- Fatores relacionados a fármacos:
 - Intoxicação digitalica;
 - Drogas que retêm água ou inibem as prostaglandinas: AINE, esteroides, estrógenos, andrógenos, clorpropamida, minoxidil, glitazonas;
 - Drogas inotrópicas negativas: antiarrítmicos do grupo I, antagonistas de cálcio (exceto anlodipino), antidepressivos tricíclicos;
 - Drogas cardiotoxícas: citostáticos, como adriamicina, trastuzumab;
 - Automedicação, terapias alternativas.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

a) Sintomas:

O sintoma mais comum da IC aguda é a dispneia, que também está presente em outras patologias, como infecções pulmonares, tromboembolismo pulmonar, etc. A história prévia de IC e o relato de dispneia paroxística noturna ou dispneia de decúbito aumentam a especificidade do sintoma.

Outros sintomas comuns são cansaço aos esforços, fadiga e sintomas digestivos (sensação de plenitude, anorexia, etc.).

b) Sinais:

Devem ser observados sinais de aumento de pressão de ventrículo esquerdo (presença de terceira bulha), congestão venosa pulmonar (estertores pulmonares), congestão venosa sistêmica (edema ascendente de membros inferiores, ascite) e de baixo débito cardíaco (extremidades frias, enchimento capilar lentificado, hipotensão arterial, oligúria, alteração de consciência).

3.2 EXAMES COMPLEMENTARES

a) Eletrocardiograma

É incomum que um paciente com IC aguda tenha o ECG normal, o que confere a ele um poder preditivo negativo próximo a 90% para afastar disfunção sistólica de VE. Os achados mais comuns no ECG são alterações isquêmicas, fibrilação atrial e bloqueio de ramo esquerdo.

b) Radiografia de tórax

Todo paciente com IC aguda deve realizar radiografia de tórax. A presença de sinais de congestão venosa pulmonar, especialmente associada a derrame pleural, indica sobrecarga de ventrículo esquerdo. Cardiomegalia pode estar presente, aumentando a especificidade dos demais achados clínicos, mas paciente com IC pode ter RX de tórax normal. O RX de tórax ajuda, ainda, a identificar infecções pulmonares como causa de descompensação.

c) Exames laboratoriais

Todo paciente com IC aguda deve realizar hemograma completo, bioquímica (glicemia, sódio, potássio, ureia e creatinina). Na presença de hepatomegalia ou ascite, avaliar transaminases, proteínas séricas e TAP.

Pacientes com desconforto respiratório e/ou sinais de baixo débito devem realizar gasometria arterial. Embora pequenas elevações de troponina possam ocorrer em IC aguda, estas devem ser avaliadas em caso de suspeita de síndrome coronariana aguda.

O peptídeo atrial natriurético (BNP) auxilia na avaliação de casos duvidosos pelo seu poder preditivo negativo: uma dosagem < 100 exclui a descompensação cardíaca e valores > 400 a tornam provável. Pacientes com insuficiência renal e clearance de creatinina < 60 ml/min tendem a ter níveis mais elevados de BNP.

d) Ecocardiograma

Todo paciente com IC aguda deve ter avaliação ecocardiográfica para auxiliar na definição diagnóstica e orientar a terapêutica.

3.3 IDENTIFICAÇÃO DE CAUSA DE DESCOMPENSAÇÃO

Após a avaliação médica inicial, deve-se tentar identificar a causa da descompensação do paciente utilizando o acrônimo **CHAMP** como forma de lembrar as cinco causas mais comuns:

- **C** – Insuficiência Coronariana
- **H** – Hipertensão Arterial
- **A** – Arritmias
- **M** – Mecânica (disfunção valvar, ruptura cardíaca, trauma, dissecação aórtica)
- **P** – Embolismo Pulmonar

4. TRATAMENTO

Visando a abordagem uniforme, utiliza-se o mnemônico **A B C D E F G H**.

a) Avaliação Clínica/ Hemodinâmica com classificação do paciente

Para orientar a terapêutica, todo paciente com IC aguda deverá ser classificado conforme a presença ou ausência de congestão visceral e/ou periférica em “congesto” ou

“seco”, e conforme a perfusão periférica em “quente” ou “frio”, o que leva a quatro formas de apresentação da IC aguda:

- **A** - “Quente – seco”: paciente sem congestão e sem baixo débito;
- **B** - “Quente – congesto”: paciente com congestão e sem baixo débito;
- **L** - “Frio – seco”: paciente sem congestão e com baixo débito;
- **C** - “Frio – congesto”: paciente com congestão e com baixo débito;

A presença de congestão acarreta pior prognóstico, sendo de mau prognóstico a apresentação “Frio – congesto”. Pacientes com insuficiência respiratória e/ou choque cardiogênico exigem tratamento imediato com suporte ventilatório e inotrópico.

Pacientes congestos:

Em pacientes com IC crônica descompensada, há acúmulo de líquido intersticial com hipervolemia, enquanto os pacientes com IC aguda apresentam congestão pulmonar por redistribuição de fluxo, estando habitualmente euvolêmicos. Dessa forma, os primeiros têm maior benefício com o uso de diuréticos e os segundos, de vasodilatadores.

Pacientes com baixa perfusão:

Habitualmente, os pacientes com baixa perfusão deverão necessitar de vasodilatadores e/ou inotrópicos. Em caso de baixa perfusão sem congestão, avaliar reposição volêmica.

b) Boa ventilação com Oxigenioterapia e suporte ventilatório não invasivo

Todo paciente com hipoxemia ($\text{SaO}_2 < 90\%$) deverá receber suplementação de oxigênio. Pacientes dispneicos são elegíveis para ventilação não invasiva (CPAP), a fim de aliviar desconforto e reduzir risco de entubação traqueal.

Pacientes com acidose respiratória, hiper carbida ou hipoxemia refratários à ventilação não invasiva devem ser submetidos à entubação traqueal e colocados em suporte ventilatório mecânico.

c) Circulação (Perfis L ou C)

Avaliar reposição volêmica.

d) Diuréticos

Deve-se utilizar diurético injetável, sendo disponível em nosso meio a furosemida. Pacientes com uso prévio de furosemida necessitam de doses maiores (em torno de 2,5 x a dose habitual) que pacientes sem uso prévio de diurético.

Furosemida:

- Apresentação: ampola 20 mg;
- Dose inicial: 10 a 40 mg IV;
- Dose de manutenção: 10–20 mg a cada 6, 8 ou 12 horas.

e) ECG

Visando isquemia, arritmia, bloqueios.

f) FC muito alta/muito baixa (avaliar e tratar, se necessário)

g) Garantir Medicações

h) Heparina (Profilaxia de TVP/TEP)

4.1 OUTRAS MEDICAÇÕES

Vasodilatadores

Agem reduzindo a pré e a pós-carga ventricular e aumentando a ejeção ventricular. Especialmente importantes nos pacientes hipertensos. Devem ser utilizados com cautela em pacientes com estenose mitral ou aórtica importantes.

- a) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial)
- Dose: 0,25–10 mcg/kg/min;
 - Diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG 5% (200 mcg/ml);
 - Início de ação: imediato;
 - Duração: 1–2 minutos;
 - Efeitos adversos: intoxicação por cianeto.
- b) Nitroglicerina (vasodilatador venoso)
- Dose: 10–200 mcg/min;
 - Diluição: 5 ml + 245 ml SG 5% (6 ml/h = 10 mg/min);
 - 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);
 - Início de ação: 2–5 minutos;
 - Duração: 5–10 minutos;
 - Efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.

Vasopressores

Agem por estimulação adrenérgica, com vasoconstrição periférica, realizando a redistribuição da circulação para os órgãos vitais. Acarretam, entretanto, aumento da resistência periférica e da pós-carga ventricular.

- a) Noradrenalina
- Apresentação: ampola 8 mg/4ml;
 - Diluição: 40 mg + 80 ml SF 0,9% (200 mcg/ml);
 - Dose: 0,2–1,0 mcg/kg/min.

Inotrópicos

Os inotrópicos aumentam a contratilidade miocárdica, e a fração de ejeção. Devem ser reservados para pacientes com baixo débito, afastando a hipovolemia como causa.

Inotrópicos que atuam por estimulação adrenérgica (dobutamina, dopamina) podem induzir aumento de frequência cardíaca e precipitar isquemia coronariana.

A levosimendana, por não atuar sobre receptores adrenérgicos, tem indicação em pacientes com cardiopatia isquêmica conhecida e naqueles em uso prévio de betabloqueadores; por seu efeito vasodilatador só pode ser usada em pacientes hipotensos associada a um vasopressor.

a) Dobutamina

- Apresentação: ampola com 250 mg/20 ml;
- Diluição: 40 ml + 210 ml SG 5% (2000 mcg/ml);
- Dose: 2–20 mcg/kg/min.

b) Levosimendana

- Apresentação: frasco com 5 ml ou 10 ml (2,5 mg/ml);
- Diluição: 10 ml + 500 ml SG 5% (0,05 mg/ml);
- Dose: 0,05–1,0 mcg/kg/min;
- Evitar uso em pacientes com clearance de creatinina < 30 ml/min ou insuficiência hepática grave.

Tromboprofilaxia

Todos os pacientes com IC aguda devem ter profilaxia para eventos tromboembólicos, exceto na presença de contraindicação ou se já estiverem em uso prévio de anticoagulação adequada.

Choque cardiogênico

O choque cardiogênico é definido como hipotensão (PAS < 90 mmHg) associada à baixa perfusão na ausência de hipovolemia. Pacientes em choque cardiogênico devem ser, no mais breve tempo, admitidos em setor de terapia intensiva (CTI ou UNICOR). Requerem monitorização contínua de ECG, oximetria e pressão arterial (preferencialmente invasiva).

A base do tratamento farmacológico do choque cardiogênico é o uso de inotrópicos e vasopressores, além de diuréticos de alça em caso de congestão importante. Pacientes com IC aguda e choque cardiogênico por isquemia coronariana têm indicação de cineangiocoronariografia de urgência.

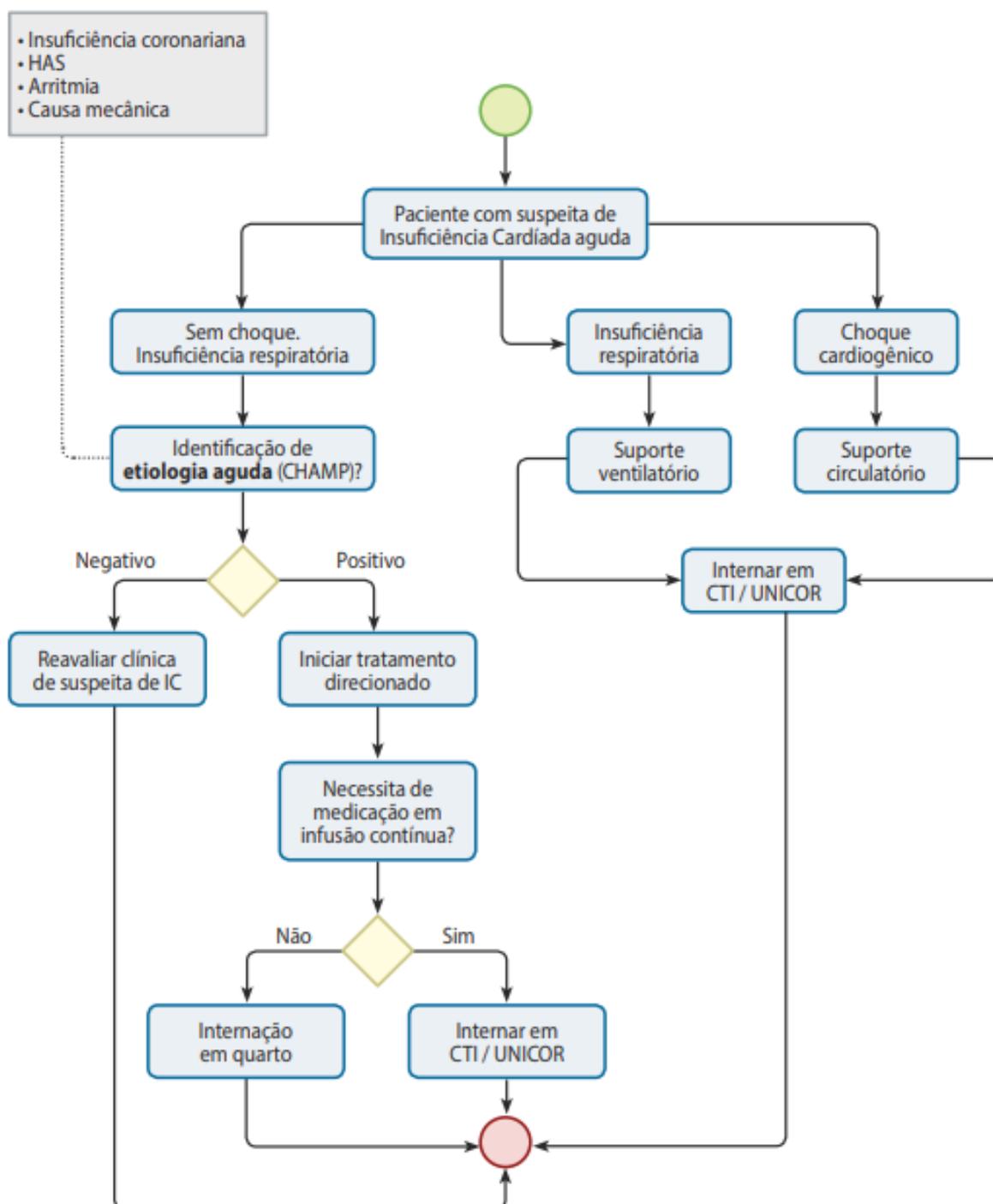
5. REFERÊNCIAS

MONTERA, M. W.; ALMEIDA, R. A.; TINOCO, E. M.; ROCHA, R. M.; MOURA, L. Z.; RÉA-NETO, A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.** 2009;93(3 supl.3):1-65. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ica_93supl03.pdf>. Acesso em: mar. 2017.

PONIKOWSKI, P. et al. 2016. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal** (2016) 37, 2129–2200. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921/2016-ESC-Guidelines-for-the-diagnosis-and>>. Acesso em: mar. 2017.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICÊNCIA CARDÍACA AGUDA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

TAQUIRITMIAS

Elaboração: Maj Paulo Henrique Lyra Franco

Revisão: Cel Victor Arantes

1. INTRODUÇÃO

As taquiarritmias são uma causa frequente nos atendimentos emergenciais, exigindo diagnóstico rápido e instituição de terapêutica apropriada.

O presente protocolo procura apresentar de forma sequencial os passos a serem seguidos no manejo do paciente que chega à Emergência com quadro clínico compatível com taquiarritmia.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

Por definição, taquiarritmia é a frequência cardíaca maior ou igual a 100 bpm causada por ritmo não sinusal.

Se a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, não há taquicardia e, mesmo que o ritmo de base não seja sinusal (p. ex.: fibrilação atrial), é improvável que esta seja a causa dos sintomas.

O ritmo sinusal é diagnosticado pela presença de onda P positiva em D1, D2 e D3, negativa em aVR. Nas derivações precordiais, pode ser bifásica em V1, mas é positiva nas demais. A melhor derivação para sua análise é D2, pela maior amplitude.

Se o ritmo é sinusal, não há arritmia e deve ser investigada a causa da taquicardia, sendo esta um sintoma da patologia de base. Habitualmente, taquiarritmias com frequência inferior a 150 bpm não causam sintomatologia importante, exceto em presença de importante disfunção ventricular.

Se o paciente apresenta-se com taquiarritmia e sinais de instabilidade hemodinâmica, está indicada a cardioversão elétrica sincronizada para sua reversão imediata, sendo, neste caso, indiferente a sua etiologia. Se o paciente não está em instabilidade hemodinâmica deve-se analisar o ECG para tentar o diagnóstico etiológico da arritmia e correlacioná-lo à(s) patologia(s) de base e ao uso de medicações; é importante afastar a isquemia coronariana aguda como causa da arritmia pela análise do intervalo ST e da onda T.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

3.1 AVALIAÇÃO INICIAL

Todo paciente admitido na Emergência com queixa de palpitação ou em que se verifique aceleração da frequência cardíaca deve ser avaliado para a presença ou não de ritmo sinusal, realizando-se:

- Levantamento de história clínica sucinta direcionada para os sintomas atuais, patologias pregressas e medicações em uso;
- Exame físico direcionado para o aparelho cardiovascular (aferição dos sinais vitais, ausculta pulmonar e cardíaca, pesquisa de sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica);
- Obtenção de acesso venoso;
- ECG de 12 derivações e monitorização eletrocardiográfica.

3.2 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para fins práticos, podemos dividir as taquiarritmias em dois grandes grupos, que têm abordagem diferenciada: as taquiarritmias com QRS estreito e as taquiarritmias com QRS largo.

Ao analisar o ECG, devemos olhar o QRS e medi-lo: se apresenta duração menor que 120 ms (três quadradinhos), o QRS é dito estreito; se maior ou igual a 120 ms, é dito largo.

a) Classificação inicial das taquiarritmias

Se a taquiarritmia apresenta QRS largo:

- Se o ritmo é irregular, trata-se de Fibrilação Atrial (FA);
- Se o ritmo é regular, trata-se de Taquicardia Ventricular (TV) ou Taquicardia Supraventricular (TSV) com aberrância de condução.

Se a taquiarritmia apresenta QRS estreito:

- Se o ritmo é regular (o intervalo R-R é regular), trata-se de Taquicardia Supraventricular (TSV);
- Se o ritmo é irregular (o intervalo R-R é irregular), pode tratar-se de Fibrilação Atrial (FA).

b) Avaliação das taquiarritmias com QRS largo

- Se paciente hemodinamicamente estável, aplicar algoritmo de diagnóstico diferencial entre TV e TSV com aberrância;
- Se paciente hemodinamicamente instável, tratar como TV.

c) Avaliação das taquiarritmias supraventriculares

Se é uma TSV, procurar a onda P;

Se há onda P precedendo o QRS:

- A relação P:QRS é > 1 (há mais de uma onda P por QRS) e a frequência de P é > 250 bpm: trata-se de Flutter Atrial;

- A relação P:QRS é > 1 (há mais de uma onda P por QRS) e a frequência de P é < 250 bpm: trata-se de Taquicardia Atrial (TA);
- A relação P:QRS é $= 1$ (há uma onda P para cada QRS): é uma taquicardia por reentrada (AV nodal ou via anômala), frequentemente com onda P negativa;
- Se o intervalo R-P (entre o início do QRS e a onda P seguinte) for até 140 ms: é uma Taquicardia por Reentrada AV Nodal (TRAVN); – se o intervalo R-P estiver entre 140 e 200 ms, é uma Taquicardia por Reentrada por Via Anômala (TRVA);
- Se o intervalo R-P for maior que 200 ms, é uma Taquicardia Atrial; se houver mais de duas morfologias de P, trata-se de Taquicardia Atrial Multifocal (habitualmente com irregularidade de ritmo);

Se não há onda P visível:

- A frequência cardíaca é de 150 bpm: provavelmente, trata-se de Flutter Atrial;
- Se há Bloqueio Incompleto de Ramo Direito (r' em V1) trata-se de Taquicardia por Reentrada AV nodal (TRAVN);
- Se há alternância elétrica (QRS de amplitude variável), trata-se de Taquicardia por Reentrada por Via Anômala (TRVA).

4. TRATAMENTO

4.1 TAQUIARRITMIA COM QRS ESTREITO

Taquicardia por Reentrada (AV Nodal ou Via Anômala)

A primeira opção é a realização de manobra vagal por meio de Massagem de Seio Carotídeo para aumentar o período refratário do Nódulo AV (NAV) e interromper o circuito da arritmia.

Caso não haja sucesso, usa-se Adenosina EV em bolus na dose inicial de 6 mg (1 amp), que pode ser repetida em caso de insucesso após dois minutos com dose de 12 mg (2 amp). A Adenosina causa bloqueio atrioventricular fugaz (meia vida < 5 s), interrompendo o circuito da arritmia. Em caso de insucesso, está indicada a Cardioversão Elétrica Sincronizada (CVES).

Por vezes, a manobra vagal, ou a adenosina, “abre” o traçado, revelando a presença de Flutter Atrial ou Fibrilação Atrial, que estavam mascarados pela frequência acelerada, devendo ser feito o tratamento específico.

4.2 FLUTER ATRIAL

Por tratar-se de uma arritmia por reentrada que não utiliza o NAV no seu circuito, ela não é revertida por manobra vagal ou Adenosina.

O sucesso da reversão farmacológica com antiarrítmicos é pequena, sendo a primeira opção a Cardioversão Elétrica Sincronizada. A opção de reversão do Flutter deve se basear no tempo de início. Se a arritmia teve início há < 48 h – cardioverter o paciente e, concomitantemente, iniciar anticoagulação plena com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM).

Se a arritmia teve início há > 48 h ou tempo indeterminado – controlar a frequência cardíaca, iniciar anticoagulação plena com HBPM e programar Ecocardiograma Transesofágico (ETE) para afastar trombo intra-atrial; a cardioversão será feita a posteriori.

4.3 TAQUICARDIA ATRIAL

São taquiarritmias que têm como substrato principal o aumento do automatismo de foco ectópico atrial que assume o controle do ritmo; frequentemente, estão associadas a distúrbio sistêmico que facilita seu início. São arritmias que não respondem a manobras vagais, Adenosina ou Cardioversão, sendo sua primeira opção de reversão o uso de antiarrítmicos.

A presença de ondas P de diferentes morfologias configura a Taquicardia Atrial Multifocal, frequentemente associada à doença pulmonar, como DPOC, e de pobre resposta aos antiarrítmicos, sendo a primeira opção o controle da frequência cardíaca e o tratamento da doença de base.

Para a reversão da arritmia, podem ser usados a Amiodarona, a Propafenona e o Verapamil. Para controle da frequência cardíaca as principais opções são os Betabloqueadores e o Verapamil.

4.4 FIBRILAÇÃO ATRIAL

Trata-se da mais comum causa de internação hospitalar por arritmia, tendo ainda uma prevalência aumentada nos pacientes idosos e nos cardiopatas. Se a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, não há indicação de tratamento de urgência, devendo ser feita avaliação posterior da necessidade de reversão da arritmia.

Em presença de FA com frequência acelerada (> 100 bpm), a estratégia a seguir é determinada pelo tempo de início da arritmia:

- Se a FA teve início há < 48 horas, pode-se fazer a tentativa de cardioversão farmacológica ou por CVES, iniciando-se concomitantemente anticoagulação com HBPM. As drogas preferenciais para a cardioversão farmacológica são a Propafenona (se não houver contraindicação) e a Amiodarona;
- Se a FA teve início há > 48 h ou tempo indeterminado, está contraindicada a cardioversão, sendo indicado, o controle da frequência cardíaca e a anticoagulação plena com HBPM. O controle da frequência cardíaca pode ser feito com Betabloqueadores, Verapamil, Digital (em presença de disfunção ventricular) e, em último caso, pela associação Digital + Amiodarona.

Em pacientes portadores de Wolff-Parkinson-White que apresentem período refratário curto da via anômala, a ocorrência de FA leva a frequência cardíaca muito acelerada (> 180 bpm), com risco de degeneração para TV ou fibrilação ventricular, sendo indicada CVES imediata.

4.5 TAQUICARDIA COM QRS LARGO

Devem ser consideradas, até prova em contrário, como sendo Taquicardias Ventriculares pelo risco de degeneração para Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Como já assinalado anteriormente, a presença de instabilidade hemodinâmica indica a CVES imediata, devendo-se deixar o diagnóstico etiológico da arritmia para depois.

Se o paciente está hemodinamicamente estável, pode ser tentado o diagnóstico diferencial de TV e TSV com aberrância aplicando-se os critérios de Brugada:

- Caso se trate de TSV, o tratamento segue o já descrito anteriormente;
- Caso se trate de TV:

- Utilizar Amiodarona EV para reversão e como droga de manutenção para prevenção de recorrências ou caso não haja resposta;
- Usar Lidocaína 2% EV na dose de 1 mg/kg (1 ml para cada 20 kg de peso); • se não houver reversão, realizar CVES.

4.6 CUIDADOS APÓS REVERSÃO / CONTROLE DA TAQUIARRITMIA

Em todos os casos, deve-se realizar:

- Hemograma e bioquímica, incluindo marcadores de injúria miocárdica;
- ECG controle;
- Ecocardiograma.

Manter sob monitorização eletrocardiográfica e aferição periódica de sinais vitais. Solicitar parecer à Cardiologia para a conduta de manutenção.

4.7 SITUAÇÕES PARTICULARES

a) Flutter e Fibrilação Atrial

- Solicitar medida de TAP/INR tendo em vista manutenção de anticoagulação com Varfarina.
- Solicitar perfil tireoidiano para afastar hipertireoidismo. Investigar uso de medicações que possam induzir a crise (betamiméticos, anfetaminas, álcool, drogas ilícitas).

b) Taquicardia por reentrada

- Avaliar ECG para sinais de pré-excitação ventricular ($PR \leq 100$ MS, presença de onda Delta), indicativos de Wolff-Parkinson-White.

c) Taquicardia atrial

- Investigar uso de medicações que possam induzir a crise (betamiméticos, anfetaminas, álcool, drogas ilícitas).
- Solicitar perfil tireoidiano para afastar hipertireoidismo.
- Em caso de DPOC, avaliar gasometria arterial e pesquisar infecção respiratória subjacente.

d) Taquicardia com QRS largo

- Avaliar ECG para detectar sinais de Insuficiência Coronariana Aguda, especialmente IAM com supradesnível de ST, que justifiquem trombólise e/ou terapia anti- - isquêmica e antitrombótica intensiva.
- Avaliar ECG para sinais de pré-excitação ventricular ($PR \leq 100$ MS, presença de onda Delta), indicativos de Wolff-Parkinson-White.

5. TÉCNICA DE MASSAGEM NO SEIO CAROTÍDEO

- 1) Avaliar a presença de sinais de obstrução carotídea: auscultar carótidas para pesquisa de sopro carotídeo. Perguntar por diagnóstico prévio de obstrução carotídea. Caso presente, é contra-indicação ao procedimento.
- 2) Manter o paciente sob monitorização cardíaca, com material para atendimento de bradicardia/PCR disponível.
- 3) Realizar leve hiperextensão do pescoço.
- 4) Palpar pulso carotídeo direito entre a cartilagem cricoide e o esternocleidomastóideo.
- 5) Realizar massagem circular firme durante, no máximo, 5 segundos, mantendo observação do ritmo no cardioscópio.
- 6) Em caso de insucesso, repetir o procedimento no seio carotídeo esquerdo.

**NUNCA REALIZAR MASSAGEM SIMULTÂNEA
DOS DOIS SEIOS CAROTÍDEOS**

6. ROTINA DE CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA

Preparo para o procedimento

- 1) Administrar Metoclopramida EV ou Bromoprida EV caso alimentação nas últimas 6h.
- 2) Monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso e pressão não invasiva.
- 3) Manter material para entubação traqueal e suporte ventilatório e hemodinâmico à disposição.
- 4) Manter disponível reanimador manual conectado a enriquecimento de oxigênio.
- 5) Não aplicar loções ou cremes que possam prejudicar a condutividade elétrica ou a aderência dos eletrodos para a cardioversão.
- 6) Em portadores de marcapassos e/ou cardioversores/desfibriladores, deve-se posicionar as pás em situação ântero-posterior com 15 cm de distância da unidade geradora e, se possível, colocar um ímã sobre a mesma para manutenção do marcapasso em modo assincrônico.

Técnica

- 1) Checar a monitoração e o funcionamento adequado do aparelho cardioversor.
- 2) Selecionar o modo de sincronização observando os marcadores na onda R, a fim de reduzir o risco de arritmias deflagradas no período vulnerável da repolarização ventricular.
- 3) Escolher a carga apropriada para o tipo de arritmia.
- 4) Utilizar os agentes de interface nas pás, como o gel condutor ou compressas úmidas com SF 0,9%.
- 5) Posicionar as pás em posição ântero-posterior ou apenas na face anterior do tórax, com uma pá localizada na região infraclavicular direita e outra na projeção do ápice cardíaco.
- 6) Fazer sedação com uso de:
 - Midazolan 3–15 mg EV associado a Propofol 0,5–1 ml/10 kg de peso. OU
 - Midazolan 3- 15 mg EV associado a Fentanil 50–100 mcg EV. Iniciar com as menores doses; checar nível de sedação pela resposta verbal e pelo estímulo alérgico.

- 7) Garantir nível adequado de sedação e oxigenação.
- 8) Carregar as pás.
- 9) Evitar o contato com o leito e avisar ao restante da equipe que o choque será efetuado.
- 10) Aplicar de 11–13 kg de força sobre as pás.
- 11) Apertar os botões de descarga simultaneamente.
- 12) Analisar o ritmo pós-choque.
- 13) Avaliar o sucesso da reversão ou a necessidade de novo choque.
- 14) Acompanhar a recuperação do nível de consciência.
- 15) Realizar ECG de 12 derivações.
- 16) Garantir a estabilidade clínica do paciente após o procedimento.
- 17) Manter jejum e Oxigenioterapia suplementar até o despertar completo.

Cargas de Cardioversão (cardioversor monofásico)

- 1) Flutter atrial: iniciar com 50 J; se preciso, repetir com 100 J.
- 2) Fibrilação Atrial: iniciar com 200 J; se necessário, repetir com 300 J e 360 J.
- 3) Taquicardia por reentrada: iniciar com 50 J, se preciso, repetir com 100 J e 200 J.
- 4) Taquicardia ventricular: iniciar com 200 J; se necessário, repetir com 300 J e 360 J.

Complicações

- 1) Indução de taquicardia/fibrilação ventricular.
- 2) Assistolia.
- 3) Depressão transitória da função ventricular por lesão miocárdica.
- 4) Lesão tóxica (queimadura de pele pelas pás do cardioversor).
- 5) Acidentes com choque elétrico envolvendo profissionais da equipe.
- 6) Rabdomiólise.
- 7) Embolia.
- 8) Edema pulmonar.

7. DROGAS ANTIARRÍTMICAS

a) Amiodarona

- Nome comercial: Ancoron, Atlansil, Miodon.
- Apresentação: ampolas 150 mg/3 ml, comprimidos 200 mg.
- Início de ação: 2–3 h.
- Efeitos colaterais: bradicardia, hipotensão, piora de condução AV, prolongamento do QT, flebite em local de infusão.
- Dose de ataque: 300 mg (02 amp) em 100 ml SG 5% EV em 20 min (pode-se repetir 50% da dose após 2 h, se necessário).
- Manutenção: 900 mg (06 amp) em 500 ml SG 5% EV em 24 h

b) Propafenona

- Nome comercial: Ritmonorm.
- Apresentação: ampolas 70 mg/20 ml; comprimidos 300 mg.
- Início de ação: 2-3 h.
- Efeitos colaterais: náuseas, bradicardia, piora de disfunção ventricular, flutter atrial com resposta acelerada.
- Contraindicações: disfunção ventricular esquerda, DPOC, asma.
- Dose de ataque: 600 mg VO.
- Manutenção: 450 a 900 mg VO/dia.

c) Verapamil

- Nome comercial: Dilacoron.
- Apresentação: ampolas 2,5 mg/ml; comprimidos 80 mg e 240 mg (retard).
- Início de ação: EV 3-5 min, VO 1-2 h.
- Efeitos colaterais: bradicardia, piora de disfunção ventricular.
- Contraindicações: insuficiência cardíaca, hipotensão severa.
- Dose: 10 mg diluídos EV em 5 min; se necessário, repetir 50% da dose após 30 min.
- Manutenção: 160-240 mg VO/dia.

d) Betabloqueadores

- Efeitos colaterais: hipotensão, bradicardia, piora de disfunção ventricular prévia, broncoespasmo.
- Contraindicações: DPOC, ICC, insuficiência arterial periférica.

Metoprolol

- Nome comercial: Seloken.
- Apresentação: ampolas 5 mg/5 ml.
- Início de ação: 5-10 min.
- Dose: 5 mg EV em 3-5 min; se necessário, repetir dose após 15 min (dose máxima total: 15 mg).

Atenolol

- Nome comercial: Atenol, Ablok.
- Apresentação: comprimidos de 25, 50 e 100 mg.
- Dose: 25 a 150 mg/dia.

Propranolol

- Nome comercial: Inderal.
- Apresentação: comprimidos de 10, 40 e 80 mg.
- Dose: 30 a 240 mg/dia.

e) Adenosina

- Nome comercial: Adenocard.
- Apresentação: ampolas 6 mg/2 ml.
- Efeitos colaterais: indução de broncoespasmo, flush cutâneo.
- Início de ação: até 30 segundos.
- Dose: 6 mg EV em bolus; se necessário, repetir 12 mg EV em bolus após 2 minutos.

8. CRITÉRIOS DE BRUGADA PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TV E TSV COM ABERRÂNCIA

- 1) Existe algum complexo QRS com padrão RS de V1 a V6?
Não —→ TV
Sim —→ Continuar

- 2) O intervalo entre o início da onda R e o nadir da onda S é maior que 100 ms em qualquer derivação precordial?
Sim —→ TV
Não —→ Continuar

- 3) Há dissociação AV em qualquer derivação?
Sim —→ TV
Não —→ Continuar

- 4) Os critérios morfológicos são concordantes nas derivações V1/V2 e V6?
Sim —→ TV
Não —→ TSV com aberrância

Crítérios morfológicos

- Padrão de Bloqueio de Ramo Direito:
 - Se relação entre amplitude de ondas R/S é > 1 em V1 e < 1 em V6 TV.
- Padrão de Bloqueio de Ramo Esquerdo:
 - Presença de entalhe no ramo descendente da onda S TV.

9. REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Guidelines for the Management of Patients with Supraventricular Arrhythmias**. Circulation - Journal of the AHA. 2003; 108:1871-1909.

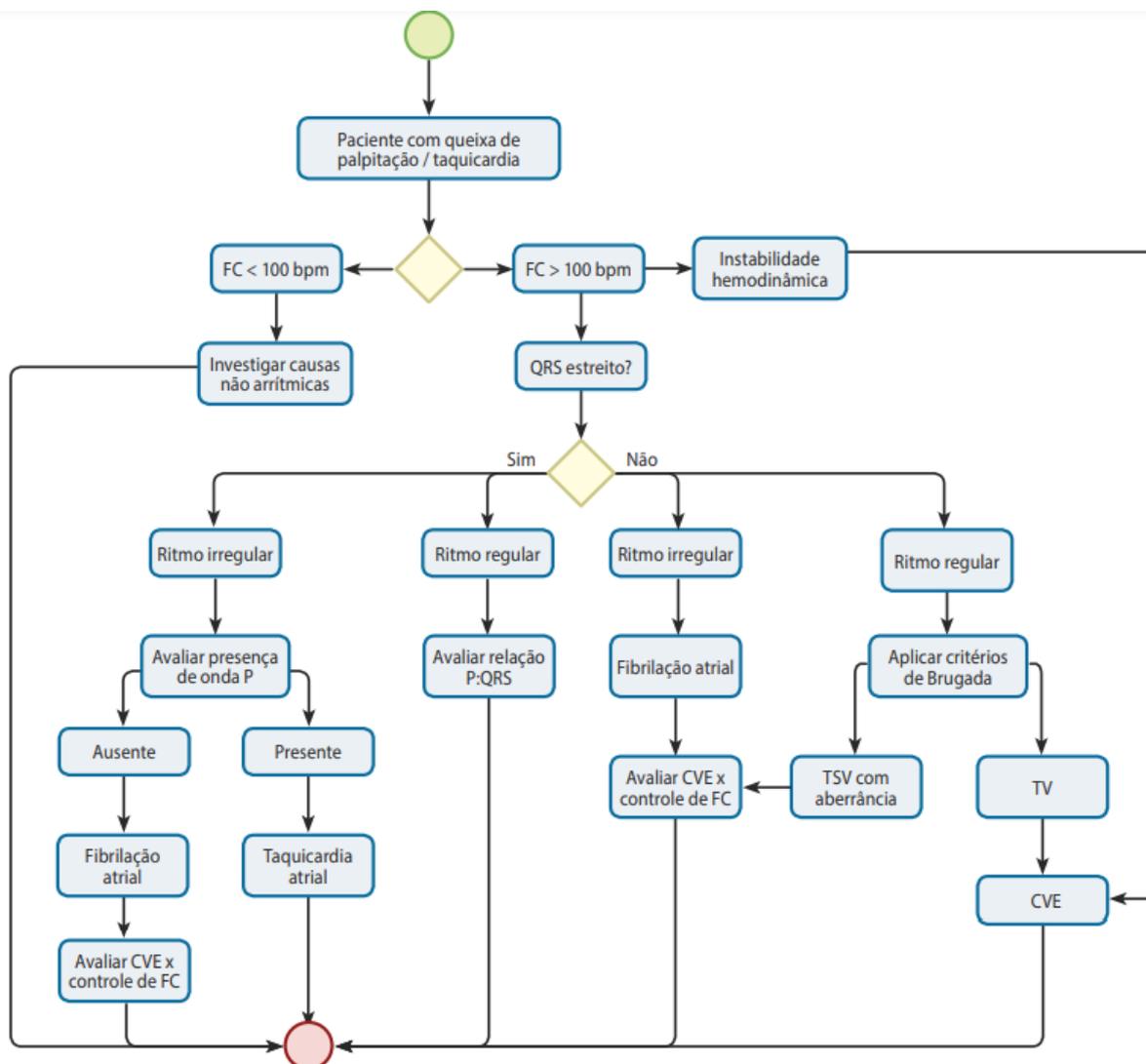
GUIMARÃES, J. I. et al. Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** Volume 80, (suplemento II), 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v80s2/a01v80s2.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

SOUSA, P. A.; PEREIRA, S.; CANDEIAS, R.; JESUS, I. Taquicardia de QRS largos: importância eletrocardio- gráfica no diagnóstico diferencial. **Revista Portuguesa de Cardiologia.** 2014; 33(3):165-173. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255113003478/S300/>>. Acesso em: mar. 2017.

ZIPES, D. P.; JALIFE, J. **Cardiac Electrophysiology: from Cell to Bedside.** 4. ed. New York, EUA: Elsevier, 2013.

10. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TAQUIARRITMIAS





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

CETOACIDOSE DIABÉTICA

Elaboração: Cap Keli Morelo Rocha

Revisão: Ten Samia Ferrari Salles

1. INTRODUÇÃO

A cetoacidose diabética, que pode ser a manifestação inicial do diabetes mellitus do tipo 1 ou do tipo 2, caracteriza-se pela tríade bioquímica de: hiperglicemia (por deficiência absoluta ou relativa de insulina), cetonemia e acidose metabólica ($\text{pH} < 7,3$ e bicarbonato < 18 mEq/L) com hiato iônico (anion gap) elevado. Acomete principalmente pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (2/3 dos casos), mas também pode ocorrer com o tipo 2 (diabetes mellitus tipo 2 propenso à cetose ou diabetes flatbush).

A cetoacidose diabética desenvolve-se dentro de poucas horas após evento(s) precipitante(s), que podem ser vários, sendo a omissão de insulina e a infecção (principalmente pulmonar) os principais.

Os fatores precipitantes são:

- Tratamento inadequado:
 - Interrupção do uso de insulina ou hipoglicemiantes orais;
 - Omissão da aplicação de insulina;

- Mau funcionamento do sistema de infusão subcutâneo contínuo de insulina (SICI);
- Doenças agudas: infecções (pulmonar, urinária, pele, dentárias), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar, traumatismos, hemorragias de trato gastrointestinal, queimaduras, pancreatites;
- Distúrbios endócrinos: hipertireoidismo, feocromocitoma, Síndrome de Cushing, acromegalia, hemocromatose, diabetes gestacional;
- Fármacos: glicocorticoides, agonistas adrenérgicos, fenitoína, betabloqueadores, clortalidona, tiazídicos, diazóxido, pentamidina, inibidores de protease, antipsicóticos atípicos (aripirazol, clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidona), etc.;
- Substâncias: álcool (consumo excessivo), ecstasy, cocaína, maconha, cetamina, etc.;
- Desidratação: oferta inadequada de água (em idosos), uremia, diálise, diarreia, sauna, etc.;
- Transtornos alimentares: compulsão alimentar ou bulimia;
- Outros: ingestão de líquidos ou alimentos contendo açúcar.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

A cetoacidose diabética é de instalação aguda (em menos de 24 horas).

Exame físico: desidratação, turgor da pele diminuído, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, náuseas, vômitos, dor abdominal, taquicardia, hipotensão e, nos casos mais graves, até choque. A dor abdominal pode chegar até 50 a 70% dos casos e simular um abdome agudo. Na cetoacidose diabética leve (bicarbonato > 15 mEq/L) não há dor abdominal; se ela estiver presente, alertar para possibilidade de um quadro abdominal associado.

	CETOACIDOSE DIABÉTICA LEVE	CETOACIDOSE DIABÉTICA MODERADA	CETOACIDOSE DIABÉTICA GRAVE
Glicemia (mg/dl)	> 250	> 250	> 250
pH arterial	7,25 a 7,30	7,0 a 7,24	< 7,0
Bicarbonato (mEq/L)	15 a 18	10 a 14,9	< 10
<i>Anion gap</i>	> 10	> 12	> 12
Cetonúria (teste do nitroprussiato)	positiva	positiva	positiva
Cetonemia	positiva	positiva	positiva
Osmolaridade sérica	Variável (geralmente < 320 mOsm/kg)	variável	variável
Nível sensorial	alerta	alerta/sonolento	estupor/coma

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Exames laboratoriais: hemograma, glicemia, sódio, potássio, cloro, anion gap, ureia, creatinina, gasometria, osmolaridade plasmática, provas de função hepática, enzimas pancreáticas, EAS, culturas (urina e sangue).

Exames de Imagem: radiografia de tórax (rotina); tomografia computadorizada de tórax; tomografia computadorizada de seios da face (afastar mucormicose), eletrocardiograma (acompanhar alterações séricas de potássio e sua reposição em todos os diabéticos mellitus tipo 2 e tipo 1 com mais de 10 anos de diagnóstico).

Hemograma: na cetoacidose diabética costuma haver leucocitose com desvio à esquerda, mesmo sem infecção (leucócitos de 10 a 15 mil/mm³). Valores > 25 mil/mm³ sugerem infecção. Aumento de hematócrito devido à desidratação; se houver anemia, alertar para doenças associadas, como nefropatia e hipotireoidismo.

Glicemia: geralmente ≥ 250 mg/dl. A cetoacidose diabética euglicêmica (glicemia ≤ 250 mg/dl) pode ocorrer em gestantes; nos pacientes tratados com insulina e sem receber líquidos com carboidratos; nos tratamentos tardios ou inadequados, com vômitos prolongados, sem ingestão alimentar; e naqueles em uso de inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (SGLT2) em pacientes tipo 1. Esta ocorre em 10% dos pacientes.

Sódio: normal ou baixo. Níveis altos sugerem maior grau de desidratação. Glicemias elevadas podem falsear os valores de sódio para baixo. Correção: para cada 100 mg/dl de glicose acima de 100 mg/dl adiciona-se 1,6 mEq à natremia. Deve-se lembrar de que a hipernatremia é um fator de proteção ao aparecimento de edema cerebral. O limite máximo tolerado de sódio é de 160 mEq/L antes de se optar por SF 0,45%.

Potássio: baixo ou normal, mas na fase inicial ele pode estar elevado. Os tratamentos com hidratação e insulina diminuem o potássio. Anion Gap (AG): $AG = Na - (Cl + HCO_3)$. (VR: 12 ± 2). Elevado na cetoacidose diabética (> 12 nos casos moderados ou graves).

Gasometria: a diferença entre o sangue arterial e o venoso é de 1,88 mEq/L na dosagem de bicarbonato, e entre 0,02 e 0,15 para a medida de pH. Recomenda-se a coleta venosa, exceto em casos muito graves, nos quais se faz necessário o acesso arterial para medição direta da oxigenação.

Osmolaridade plasmática (Posm): valores de $Posm \geq 320$ mOsm/kg geralmente se fazem acompanhar de redução acentuada de consciência. $Posm = 2(Na) + glicemia/18 + ureia/2,8$.

4. TRATAMENTO

4.1 HIDRATAÇÃO

- Reposição de líquidos deve ser generosa.
- Cuidado em idosos e/ou cardiopatas.
- Depende da desidratação, do débito urinário e do balanço hidroeletrólítico.
- Inicial: soro fisiológico (SF) 0,9% 1000 a 1500 ml (15 a 20 ml/kg) na primeira hora.

- Etapa seguinte: SF 0,45% na velocidade 250 a 500 ml/h se o sódio sérico estiver normal; ou SF 0,9% na mesma velocidade se o sódio estiver baixo.
- A reposição das perdas hídricas deve ser feita nas primeiras 24 horas.
- Estima-se que as perdas sejam de 5 a 10% do peso corporal.
- Sódio > 140 mEq/L e Posm > 340 mOsm/kg associam-se a maior déficit de líquido.
- Quando glicemia < 200 mg/dl na CAD, a hidratação deve ser feita com SF 0,45% associado a SG 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 ml/h até correção da acidose.

4.2 REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO

É preciso ter em mente que em todos os episódios de cetoacidose diabética existe déficit de potássio corporal, independente da caemia estar alta, normal ou baixa.

Potássio sérico (mEq/L)	Conduta (usar cloreto de potássio)
< 3,3	<ul style="list-style-type: none"> • Postergar uso de insulina. • Administrar 40 mEq K por hora até $K \geq 3,3$, para não ter arritmias fatais e fraqueza da musculatura respiratória. • Se houver ausência de ruídos abdominais, atentar para hipocalcemia grave.
$\geq 3,3$ e < 5	Adicionar 20 a 30 mEq de K em cada litro de SF para manter K em 4 a 5.
≥ 5	NÃO administrar K, mas checá-lo 2/2 h. ECG.

4.3 INSULINOTERAPIA

- Solução de 250 ml SF 0,9% com 25 ui de insulina regular (10 ml = 1 ui).
- Desprezar 50 ml iniciais.
- Dose: 0,1 ui/kg/h.
- Caso não haja queda da glicemia capilar entre 50 a 75 mg na primeira hora, fazer bolus 0,14 ui/kg de insulina e retornar ao esquema anterior, revendo essa dose até que se atinja 200-250 mg/dl cetoacidose diabética.
- Se a queda da glicemia exceder 75-100 mg/dl na primeira hora, diminuir a dose de insulina 0,05 ui/kg/h.

- Quando a glicemia estiver entre 200-250 mg/dl cetoadidose diabética, diminuir a infusão 0,02 a 0,05 U/kg/h e adicionar soro glicosado (SG) 5% à hidratação venosa.
- Na cetoadidose diabética, encontra-se resolvido o quadro quando há glicemia < 200 mg/dl e dois dos seguintes parâmetros: $\text{HCO}_3 \geq 15$ mEq/L, pH venoso > 7,1 e anion gap ≤ 12 mEq/L.
- Nesse momento, associar insulina regular subcutânea com infusão por 1 a 2 horas para evitar recorrência da hiperglicemia e da acidose.
- Nos pacientes que já faziam uso de insulina, retornar ao esquema domiciliar.
- Nos pacientes recém-diagnosticados, fazer uma dose inicial de insulina 0,5-0,8 UI/kg/dia, fracionando-se em uma a três tomadas (de acordo com a insulina), dividindo de 50-70% insulinas de efeito prolongado (NPH, Glargina, Detemir, Degludeca, Glargina 300 ui/ml) e 50–30% insulinas prandiais (Regular, Lispro, Asparte ou Glulisina).

4.4 BICARBONATO

PH SANGUÍNEO	CONDUTA (FUNDAMENTAL MONITORAR K DURANTE INFUSÃO DE NaHCO_3 DEVIDO AO RISCO DE PIORA DA HIPOCALEMIA)
> 7,0	NÃO usar NaHCO_3
< 6,9	<ul style="list-style-type: none"> • Usar 100 mEq de NaHCO_3 (2 ampolas) em 400 ml de água destilada com 20 mEq/L KCl numa velocidade 200ml/h durante 2 horas até que o pH exceda 7. • Se isso não ocorrer, repete-se a infusão até pH > 7.
6,9–7,0	Usar 50 mEq de NaHCO_3

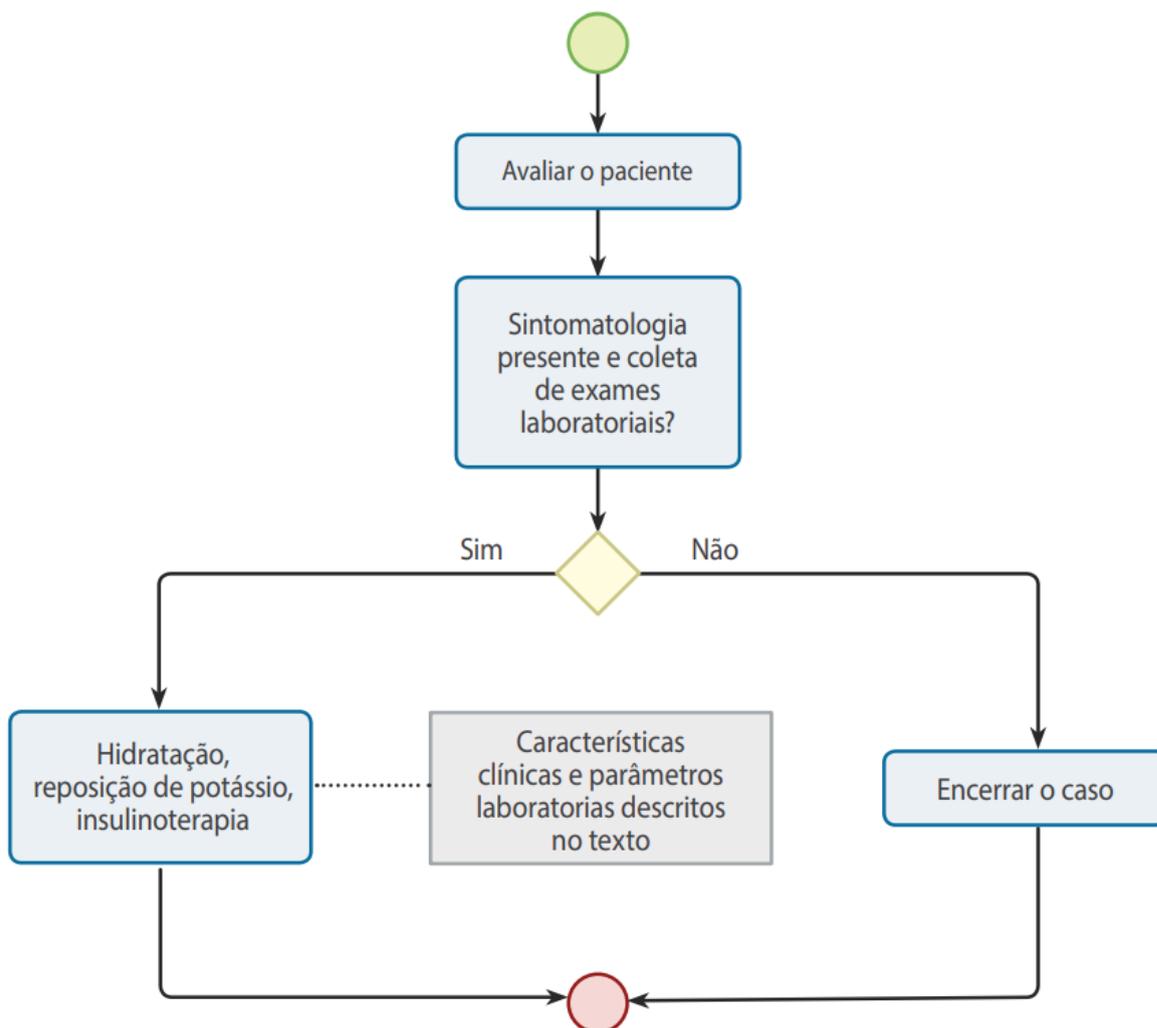
5. REFERÊNCIAS

LUCIO, V.; KATER, C. E. **Endocrinologia Clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

MILECHET, A. et al. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CETOACIDOSE DIABÉTICA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

CRISE TIREOTÓXICA

Elaboração: Cap Keli Morelo Rocha

Revisão: Ten Samia Ferrari Salles

1. INTRODUÇÃO

A crise tireotóxica (ou tempestade tireoideana) é uma condição grave de exacerbação clínica do hipertireoidismo. Pode ser fatal se não tratada adequadamente. Ocorre em pacientes com hipertireoidismo prévio, conhecido ou não, sem tratamento adequado, submetidos a eventos agudos precipitantes. Não se deve adiar o tratamento aguardando resultados de dosagens séricas de hormônios tireoideanos.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

Manifestações comuns: sudorese profusa, tremores e febre (podendo ocorrer hipertermia grave). Náuseas, vômitos e dor abdominal podem ocorrer desde a fase inicial.

Manifestações cardiovasculares: taquicardia grave, arritmias cardíacas (fibrilação atrial é comum) e insuficiência cardíaca. Podem evoluir para hipotensão, edema pulmonar e colapso cardiovascular.

Manifestações neuropsiquiátricas: agitação, delírio, psicose e alterações do nível de consciência que podem evoluir para apatia, estupor e coma.

Formas clínicas atípicas: ausência de febre, coma, estado epiléptico, infarto cerebral não embólico, confusão mental, insuficiência adrenal ou hepática aguda e abdome agudo.

Fatores desencadeantes: cessação abrupta das drogas antitireoideanas (DAT), cirurgias tireoideanas e não tireoideanas e enfermidades agudas graves (infecções, cetoacidose diabética, eventos vasculares).

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais:

- Hiperglicemia;
- Leucocitose leve, com pequeno desvio à esquerda (leucocitose com desvio à esquerda acentuado é indicativa de infecção);
- Eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fósforo) habitualmente normais, mas pode haver discreta hipercalcemia;
- Provas de funções hepáticas geralmente alteradas, sendo icterícia associada a um prognóstico desfavorável;
- T4 total e T3 total elevados, com frações livres de T4 e T3 mais elevadas;
- TSH suprimidos, exceto em raros casos de secreção inapropriada de TSH.

Critérios diagnósticos de tempestade tireoideana, de acordo com índice de Burch e Wartofsky. Escore (somativo dos pontos):

- 45: altamente sugestivo de tireotoxicose;
- 25-44: sugestivo de tireotoxicose;
- < 25: baixa probabilidade de tireotoxicose.

DISFUNÇÃO TERMORREGULADORA Temperatura (°C)	PONTOS	DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR Taquicardia (bpm)	PONTOS
37,2–37,7	5	100-109	5
37,8–38,3	10	110-119	10
38,4–38,8	15	120-129	15
38,9–39,4	20	130-139	20
39,5–39,9	25	> 140	25
> 40	30		
Efeitos sobre o Sistema Nervoso Central		Insuficiência Cardíaca Congestiva	
Ausentes	0	Ausente	0
Leves: agitação	10	Leve: edema periférico	5
Moderados: delirium, psicose	20	Moderada: estertores em bases pulmonares	10
Graves: crise convulsiva, coma	30	Grave: edema pulmonar	20
Disfunção gastrointestinal e hepática		Fibrilação atrial	
Ausente	0	Ausente	0
Moderada: diarreia, náuseas/vômitos, dor abdominal	10	Presente	10
Grave: icterícia inexplicável	20	Fator desencadeante	
		Ausente	0
		Presente	10

4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado precocemente, envolvendo controle da tireotoxicose e dos fatores precipitantes, além de terapia de suporte.

4.1 MEDIDAS GERAIS

- A identificação do fator precipitante e o tratamento são de extrema importância. A infecção deve ser rastreada e tratada precocemente.
- Monitoramento e suporte hemodinâmico e respiratório, preferencialmente em unidade de terapia intensiva.
- Hidratação, controle imediato e gradual da hipertermia. O uso de aspirina (AAS) não é recomendado, já que promove liberação de T4 de sua proteína carreadora no plasma (TBG). Usar paracetamol e bolsas de gelo, evitando-se os calafrios.
- Tratamento das manifestações cardiovasculares.
- Suporte nutricional.
- Reposição de multivitamínicos, especialmente tiamina.

4.2 MEDIDAS ESPECÍFICAS

Doses dos medicamentos usados na crise tireotóxica:

- a) **Tionamidas:** a ação inicia-se em cerca de 1-2 horas após. O propiltiouracil (PTU) é a droga de escolha devido ao seu efeito adicional no bloqueio da conversão periférica de T4 para T3.

Suspender se houver efeitos colaterais graves: agranulocitose, hepatotoxicidade (icterícia ou aumento de TGO/TGP > 3x limite superior da normalidade) ou reações alérgicas intensas.

- PTU via oral (VO): dose de ataque 500-1000 mg; dose de manutenção 200-400 mg 4/4 h a 6/6 h;
- Metimazol VO 20-25 mg 4/4 h a 6/6 h;

b) **Soluções de iodo:**

- Iodeto: só usar 1 hora após uso de PTU e restrito à fase aguda grave;
- Solução de lugol (ou iodeto de potássio concentrado) 4-10 gotas VO 6/6 h ou 8/8 h;
- Iopodato ou ácido iopanoico (contraste radiológico) 0,5 g-1,0 g 1x/dia VO;
- Iodeto de sódio 0,5 g-1,0 g IV 12/12 h;

- c) **Carbonato de lítio (se houver alergia a iodo):** 300 mg VO 6/6 h (manter a litemia em 0,1 mEq/L). Uso limitado devido a potencial toxicidade neurológica e renal;

- d) **Betabloqueadores:** se houver ICC de baixo débito ou asma grave, usar diltiazem para baixar a frequência cardíaca;

- Propranolol 40-80 mg VO: a cada 4 ou 6h; EV: 0,5-1,0 mg em 10 minutos, seguido de 1-2 mg 10/10 minutos;
- Esmolol endovenoso (EV): dose de ataque: 250-500 mcg/kg, seguida de infusão de 50-100 mcg/kg por minuto;
- Atenolol VO: 50-200 mg uma vez ao dia; • metoprolol VO: 100-200 mg uma vez ao dia;

- Nadolol VO: 40-80 mg uma vez ao dia; e) Glicocorticoides: • dexametasona: 2 mg IV 6/6 h;
- Hidrocortisona: dose de ataque 300 mg IV, seguida de 100 mg 8/8 h.

4.2 VIAS ALTERNATIVAS DE ADMINISTRAÇÃO DAS TIONAMIDAS

Propiltiouracil

- Enema: 4-6 comprimidos de 100 mg dissolvidos em 90 ml de água esterilizada.
- Supositório: 200 mg dissolvidos em base de polietileno glicol. Dissolver comprimidos em salina isotônica com pH alcalino (utilizando hidróxido de alumínio).

Metimazol

- Supositório: 1200 mg dissolvidos em 12 ml de água com 2 gotas de polissorbato 80, misturados com 52 ml de manteiga de cacau.
- Endovenoso: dissolver comprimidos em salina isotônica e filtrar com filtro 0,22 µm.
- Cirurgia: tireoidectomia total deve ser utilizada naqueles pacientes que não respondem ao tratamento clínico ou naqueles que desenvolverem efeitos colaterais graves ou alergia às tionamidas. O preparo deve ser utilizado com betabloqueadores, glicocorticoides e soluções de iodo por cerca de 5 a 7 dias, sendo a tireoidectomia total (TT) realizada entre o 8º e o 10º dia.

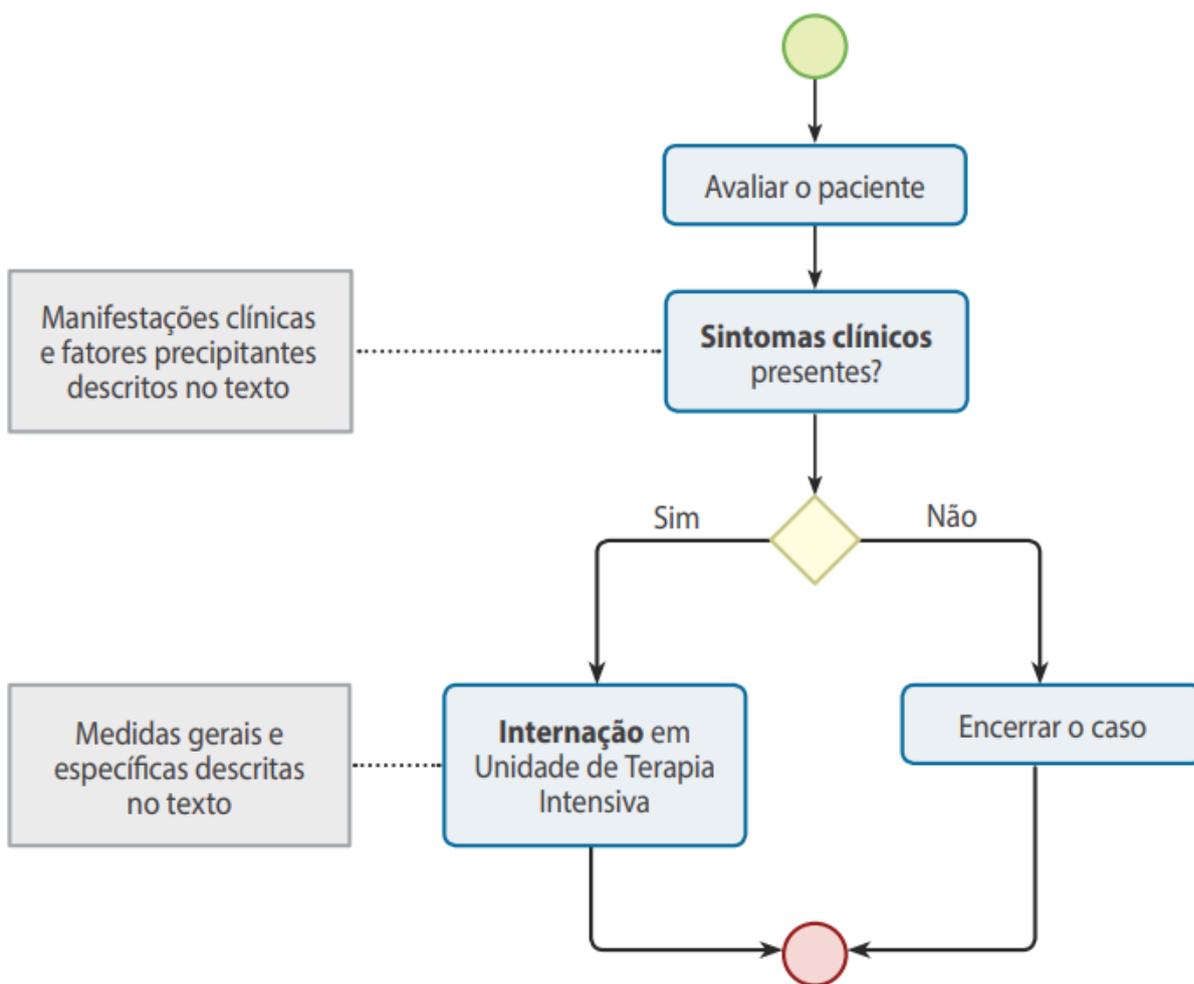
5. REFERÊNCIAS

MAIA, A. L.; SCHEFFEL, R. S. **Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireodismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2013.

VILAR, L.; KATER, C. **Endocrinologia Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE TIREOTÓXICA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)

Elaboração: Cap Keli Morelo Rocha

Revisão: Ten Samia Ferrari Salles

1. INTRODUÇÃO

O Estado Hiperosmolar Não Cetótico (EHNC) cursa com hiperglicemia grave, hiperosmolaridade e desidratação, sem a presença de cetose e acidose, com instalação mais lenta (dias a semanas). A mortalidade no EHNC é maior que na Cetoacidose Diabética (CAD), chegando a cerca de 5 a 20%.

Os fatores precipitantes são semelhantes aos da cetoacidose diabética (CAD) (ver protocolo CAD).

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

O EHNC possui manifestações semelhantes às da CAD, exceto pelos sintomas e sinais de acidose, que estão ausentes no EHNC. As convulsões focais ou generalizadas são mais frequentes no EHNC.

Marcador	EHNC
Glicemia (mg/dl)	> 600
pH arterial	> 7,3
Bicarbonato (mEq/L)	> 15
<i>Anion gap</i>	<12
Cetonúria (teste do nitroprussiato)	fraca
Cetonemia	fraca
Osmolaridade sérica	> 320 mOsm / Kg
Nível sensorial	estupor / coma

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Exames laboratoriais: ver CAD;
- Hemograma: ver CAD;
- Glicemia: EHNC geralmente > 600 mg/dl;
- Sódio: ver CAD;
- Potássio: ver CAD;
- Anion Gap (AG): $AG = Na - (Cl + HCO_3)$; (VR: 12 ± 2); variável;
- Gasometria: acidose ausente;
- Osmolaridade plasmática: no EHNC sempre excede 320 mOsm/kg.

4. TRATAMENTO

Hidratação: Quando glicemia < 250 e 300 mg/dl no EHNC, a hidratação deve ser feita com soro fisiológico (SF) 0,45% associado a soro glicosado (SG) 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 ml/h até correção da acidose.

Reposição de potássio: ver CAD.

Insulinoterapia: ver CAD.

Quando a glicemia estiver entre 250-300 mg/dl no EHNC, diminuir infusão 0,02 a 0,05 UI/kg/h e adicionar SG 5% à hidratação venosa. No EHNC, encontra-se resolvido o quadro quando houver normalização do estado mental e normalização da osmolaridade plasmática.

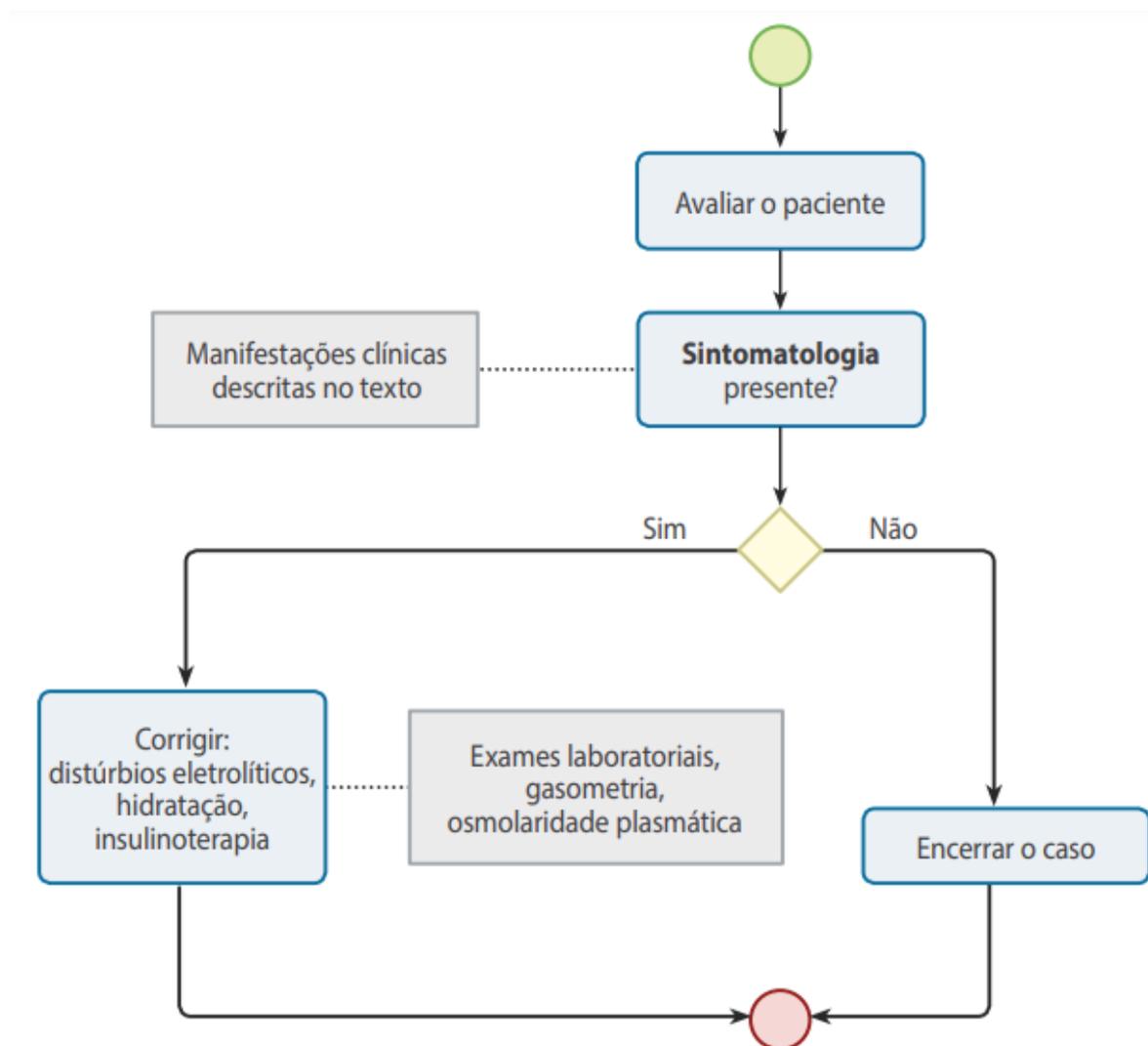
5. REFERÊNCIAS

MILECHET, A. et al. **Rotinas de Diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014.

VILAR, L.; KATER, C. E. **Endocrinologia Clínica**, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

ESTADO MIXEDEMATOSO

Elaboração: Cap Keli Morelo Rocha

Revisão: Ten Samia Ferrari Salles

1. INTRODUÇÃO

O Estado Mixedematoso é definido por sinais e sintomas de hipotireoidismo grave, associados ao rebaixamento do nível de consciência e hipotermia. Representa uma manifestação grave, com taxa de mortalidade que pode alcançar de 40 a 50% sem tratamento adequado.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

Tríade clássica: alteração do estado mental (não necessariamente coma), termorregulação deficiente com hipotermia e um fator precipitante.

Manifestações comuns: bradicardia, hipotensão, hipoventilação, hiponatremia e hipoglicemia.

Manifestações de hipotireoidismo de longa duração não tratado: pele infiltrada, carotenêmica e fria, macroglossia, fâcies edemaciada, pseudomadarose, rarefação de pelos corporais e voz rouca. Muitos pacientes podem ter cicatriz cervical, história de radioiodoterapia ou exposição à radiação.

Manifestações cardiovasculares: bradicardia, redução da contratilidade miocárdica, baixo débito cardíaco e hipotensão. Cardiomegalia por derrame pericárdico ou, menos frequentemente, insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Hipotensão por diminuição de volume intravascular, colapso cardiovascular ou insuficiência adrenal associada. Eletrocardiograma (ECG) mostrando bradicardia, baixa voltagem, prolongamento do intervalo QT e, excepcionalmente, taquiarritmias decorrentes do prolongamento do intervalo QT.

Manifestações neuropsiquiátricas: alentecimento ou abolição de reflexos tendinosos profundos, rebaixamento de nível de consciência, confusão mental, letargia, coma. Bradipsiquismo, déficit de atenção e memória, labilidade emocional, depressão. Estado hiperativo com manifestações psicóticas denominadas “loucura mixedematosa”. Convulsões focais e generalizadas em até 25% dos casos, que podem estar relacionadas à hiponatremia, hipoglicemia e/ou hipoxemia.

Termorregulação deficiente: hipotermia absoluta (35° C) ou relativa (ausência de febre na infecção). A intensidade da hipotermia está relacionada com a mortalidade. A infecção pode ser mascarada pela ausência de febre. A ausência de hipotermia pode ser indicativa de infecção.

Manifestações respiratórias: depressão respiratória e hipoventilação.

Fatores desencadeantes: infecções (o mais comum), sepse, uso de determinadas substâncias (p. ex.: sedativos, tranquilizantes, analgésicos, anestésicos, amiodarona, carbonato de lítio e diuréticos), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e respiratória, infarto agudo do miocárdio (IAM), exposição ao frio e hipotermia

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais:

- Hiponatremia potencialmente grave em cerca de metade dos casos;

- Hipoglicemia devido à diminuição de hormônios tireoideanos e/ou por insuficiência adrenal;
- Elevação de transaminases, creatinoquinase e desidrogenase láctica.
- Cortisol sérico baixo.

Achados de hormônios tireoideanos:

- T4 total e livre baixos, mas T3 pode estar normal ou baixo;
- TSH sempre elevado no hipotireoidismo primário, mas no central pode estar normal, baixo ou discretamente elevado.

4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado precocemente, não se devendo aguardar os resultados de exames laboratoriais para iniciar o tratamento. A identificação dos fatores precipitantes é essencial.

Medidas gerais:

- A identificação do fator precipitante e o tratamento são de extrema importância; infecção deve ser rastreada e tratada precocemente;
- Monitoramento e suporte hemodinâmico e respiratório, preferencialmente em unidade de terapia intensiva;
- Aquecimento corporal passivo e gradual por meio de cobertores ou aumento da temperatura ambiente;
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente da hiponatremia e da hipoglicemia. Deve-se evitar uso de soluções hipotônicas para que a hiponatremia não se agrave.

Medidas específicas:

- Reposição de hormônios tireoideanos 300-500 mcg/dia ou o dobro da dose de manutenção durante a fase crítica (4 a 7 dias), seguida de dose de manutenção habitual

para o tratamento do hipertireoidismo (adulto: 1,0 a 2,0 mcg/kg/dia, média 1,6 mcg/kg/dia)

Glicocorticoides:

- Hidrocortisona 50 a 100 mg endovenoso (EV) a cada 6 a 8 horas OU dexametasona 2 mg EV a cada 6 horas por cerca de 7 dias, com posterior retirada gradual.

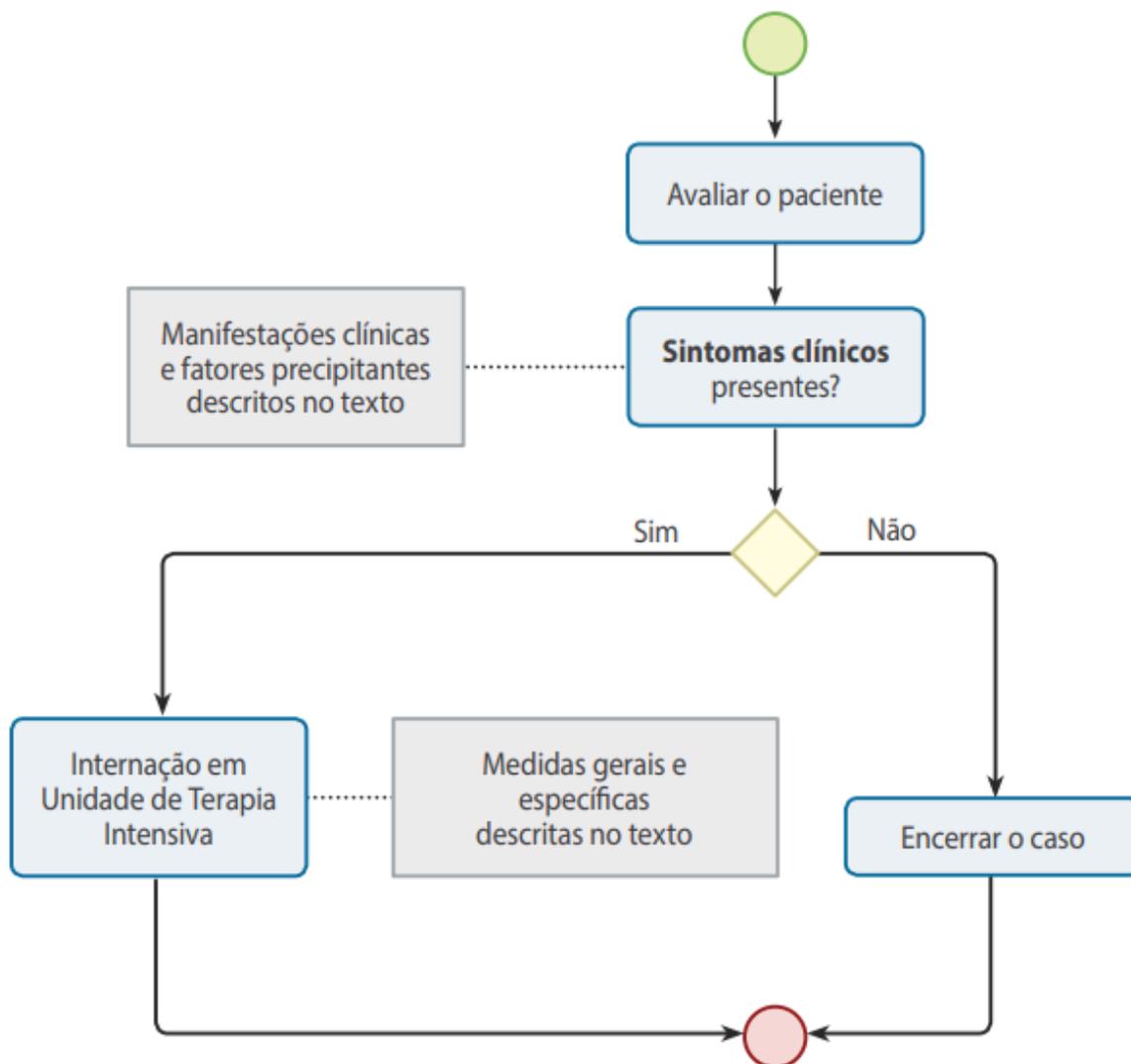
5. REFERÊNCIAS

VAISMAN, B. G. **Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2013.

VILAR, L.; KATER, C. **Endocrinologia Clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO MIXEDEMATOSO





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

INSUFICIÊNCIA ADRENAL

Elaboração: Cap Keli Morelo Rocha

Revisão: Ten Samia Ferrari Salles

1. INTRODUÇÃO

A crise adrenal é uma condição potencialmente fatal que requer tratamento imediato e adequado. Diante de uma forte suspeita clínica, não se deve, portanto, protelar o tratamento para a realização de testes diagnósticos.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS

Sinais: hipotensão e choque, desidratação, cianose ou palidez, confusão mental, torpor, coma.

Sintomas: febre (secundária à infecção ou ao hipocortisolismo), náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal (pode simular abdome agudo), fraqueza, apatia.

O achado de petéquias e equimoses apontam para a Síndrome de WaterhouseFriderichsen (ou adrenalite hemorrágica), que é uma doença das glândulas adrenais classicamente relacionada à bactéria *Neisseria meningitidis* e mais comumente causada pela bactéria Gram-negativa *Pseudomonas aeruginosa*.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais: uremia, hipercalcemia (rara), hiponatremia (pode ser mascarada pela desidratação), hipercalcemia (se houver hipoaldosteronismo), linfocitose, eosinofilia e hipoglicemia.

Importante: crise adrenal deve SEMPRE ser suspeitada em qualquer paciente com manifestações inexplicáveis de dor abdominal ou de flanco, instabilidade hemodinâmica refratária à reposição de líquidos, hiperpirexia, vômitos, hipoglicemia ou coma.

4. TRATAMENTO

O objetivo inicial é tratar a hipotensão, a hipoglicemia e os distúrbios hidroeletrólíticos.

Medidas gerais:

- Coletar amostra de sangue para hemograma, bioquímica e dosagens hormonais (cortisol e ACTH);
- Corrigir depleção de volume (com solução glicofisiológica), desidratação, distúrbios eletrolíticos e hipoglicemia;
- Grandes volumes de soro fisiológico (SF) 0,9% e soro glicosado (SG) 10% (2 a 3 litros concomitantemente) devem ser infundidos tão rapidamente quanto possível;
- SF hipotônica deve ser evitada, pois agrava a hiponatremia;
- Tratar a infecção ou outros fatores precipitantes.

Reposição de glicocorticóides:

- Hidrocortisona 100 mg, endovenosa (EV) inicialmente, seguidas de 50 mg EV 4/4 h ou 6/6 h. Depois, reduzir a dose lentamente nas 72 h seguintes, administrando a medicação a cada 4 ou 6 h EV.
- Quando o paciente estiver tolerando alimentos via oral (VO) e, terminada a fase aguda, passar a administrar o glicocorticoide VO. Prednisona 5 mg às 8 h e 2,5 mg às

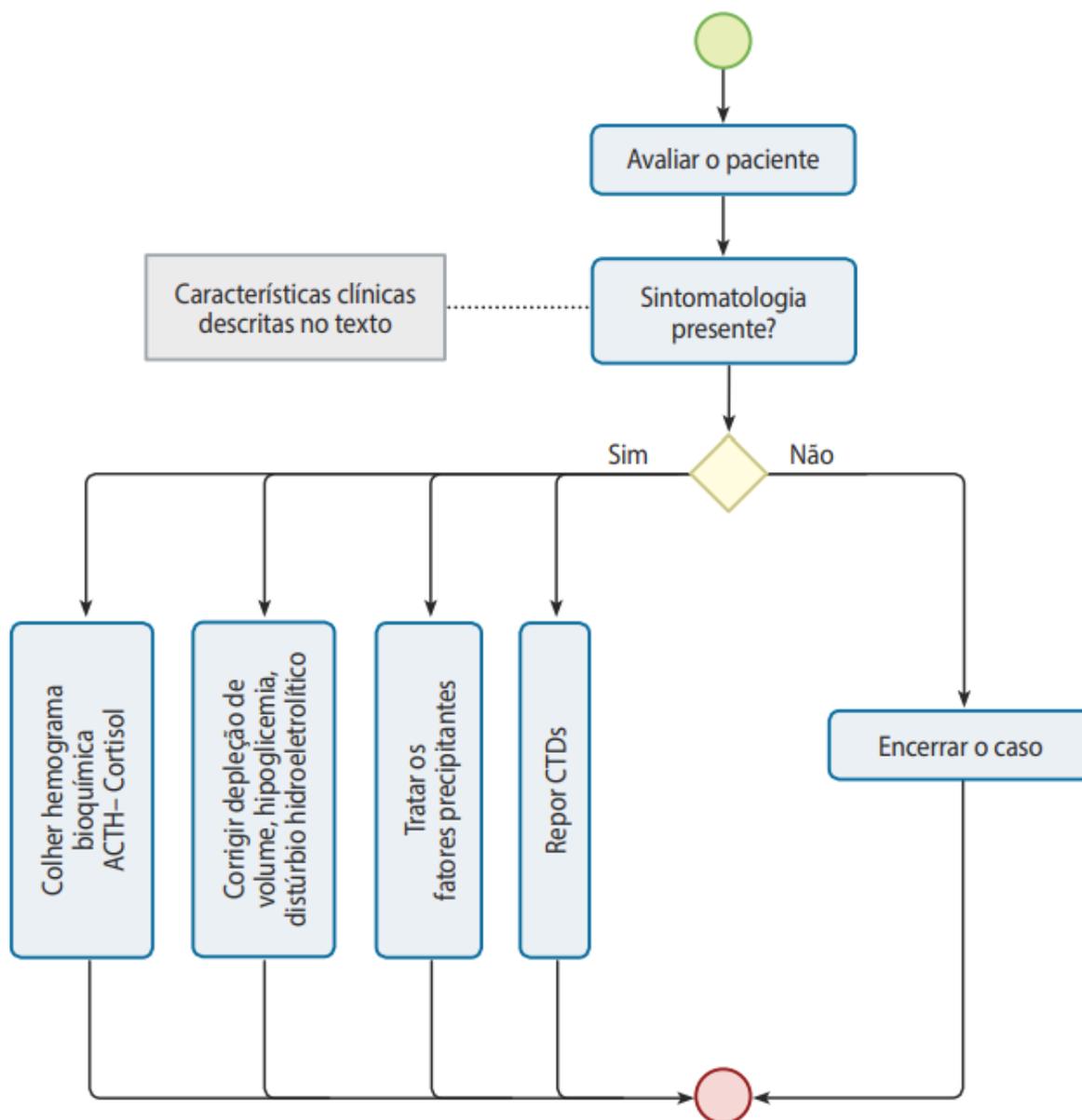
16 h VO e, se necessário, adicionar fludrohidrocortisona (0,1 mg VO às 8h) apenas nos casos de insuficiência adrenal primária (Doença de Addison).

5. REFERÊNCIAS

VILAR, L.; KATER, C. E. **Endocrinologia Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA ADRENAL





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

DIVERTICULITE

Elaboração: Cap Cláudia de A. Guaranha Costa

Revisão: Cap Márcio Fragoso Castro

1. INTRODUÇÃO

Perfuração de um divertículo com consequente infecção restrita à parede colônica que pode evoluir para peritonite generalizada.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A forma mais comum de diverticulite é a microperfuração, normalmente causada por um fecalito. O resultado disso é a formação de um abscesso local com fístula intramural. Eventualmente, o processo penetra e ultrapassa a camada serosa da parede colônica. Nessa circunstância, pode ocorrer a formação de abscesso pericólico ou pélvico (caso o processo infeccioso seja bloqueado localmente), ou a peritonite generalizada (fecal ou purulenta).

Além das complicações infecciosas, a diverticulite pode evoluir com a formação de fístulas e obstrução intestinal. As fístulas ocorrem pela extensão do processo infeccioso para órgãos vizinhos, como bexiga, vagina, ureter e pele. A fistulização geralmente promove a descompressão do abscesso cavitário, levando à melhora do quadro infeccioso. Obstrução intestinal pode ser o resultado do edema da parede colônica durante um episódio de

diverticulite ou da fibrose da parede colônica após processos repetidos de diverticulite. A segunda variante geralmente requer tratamento cirúrgico.

Uma classificação importante da doença diverticular complicada foi feita por Hinchey et al. (1978) e inclui quatro categorias:

1. Microabscesso com fleimão peridiverticular;
2. Abscesso pericólico e/ou pélvico (peritonite localizada);
3. Peritonite purulenta (generalizada);
4. Peritonite fecal.

O sintoma mais comum da diverticulite é a dor em fossa ilíaca esquerda, de caráter progressivo, constante, piorando com os espasmos intestinais.

Em pacientes com diverticulite dos tipos 1 ou 2, geralmente a dor é localizada, em especial na fossa ilíaca esquerda. No estágio 2 da doença, normalmente há febre, anorexia e vômitos, sobretudo nos portadores de grandes abscessos. Sintomas urinários, como urgência miccional, sugerem proximidade do processo inflamatório da bexiga. Calor, eritema e dor na parede abdominal adjacente ao processo, sugerem tendência de fistulização para a pele.

Pacientes com diverticulite dos tipos 3 ou 4 apresentam dor importante e generalizada comumente acompanhada de íleo paralítico, náuseas e vômitos.

Apesar de o quadro de peritonite associado a diverticulite ser um processo de instalação rápida, o paciente pode apresentar febre alta, alterações hemodinâmicas e rigidez abdominal.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico de um processo séptico de diverticulite é clínico; entretanto, os exames laboratoriais podem oferecer subsídios importantes. O hemograma geralmente apresenta leucocitose em casos de abscesso ou peritonite, enquanto nas diverticulites mais leves metade dos pacientes tem hemograma normal. O exame de urina pode revelar hematúria ou leucocitúria.

Nos casos de fístula colovesical, podem ser encontradas bactérias da flora bacteriana colônica na urocultura. Em processos de peritonite generalizada, as alterações laboratoriais são mais marcantes. Há acidose leve.

Processos infecciosos maiores podem evoluir com obstrução e conseqüente formação de alças intestinais dilatadas e íleo com níveis hidroaéreos. Grandes abscessos podem aparecer como imagens extracolônicas com nível líquido. Abscessos retroperitoneais podem causar borramento da sombra do músculo psoas maior e um grande pneumoperitônio pode ser visto nas peritonites estercoráceas.

A tomografia computadorizada (TC) e o exame contrastado podem delimitar melhor a extensão do processo e ajudar no diagnóstico da doença, sobretudo no caso de pacientes idosos ou imunodeficientes, nos quais não ocorrem as manifestações clínicas do processo infeccioso.

4. TRATAMENTO

Medicamentoso: pacientes com diverticulite leve, sem sinais de infecção sistêmica, sem íleo paralítico e com estado geral preservado podem ser tratados fora do ambiente hospitalar, com dieta sem resíduos, antibióticos via oral por 7 a 10 dias (cobertura para anaeróbicos e aeróbicos Gram-negativos) e acompanhamento rigoroso. A manutenção ou a piora dos sintomas após 48 h de tratamento indicam internação imediata do paciente. Em muitos casos, o tratamento medicamentoso agressivo, que inclui antibióticos endovenosos, hidratação, controle da dor e jejum, promove melhora clínica, com regressão dos sintomas em 48 a 72 horas.

Os antibióticos devem ser administrados por, pelo menos, 10 dias, e, após sinais de melhora clínica e laboratorial, pode-se trocar a antibioticoterapia endovenosa por oral. A alimentação deve ser restabelecida gradualmente assim que houver melhora das dores abdominais e resolução do íleo paralítico.

Cirúrgico: as operações para o tratamento da diverticulite incluem procedimentos de emergência e eletivos. Este artigo aborda apenas os procedimentos de emergência.

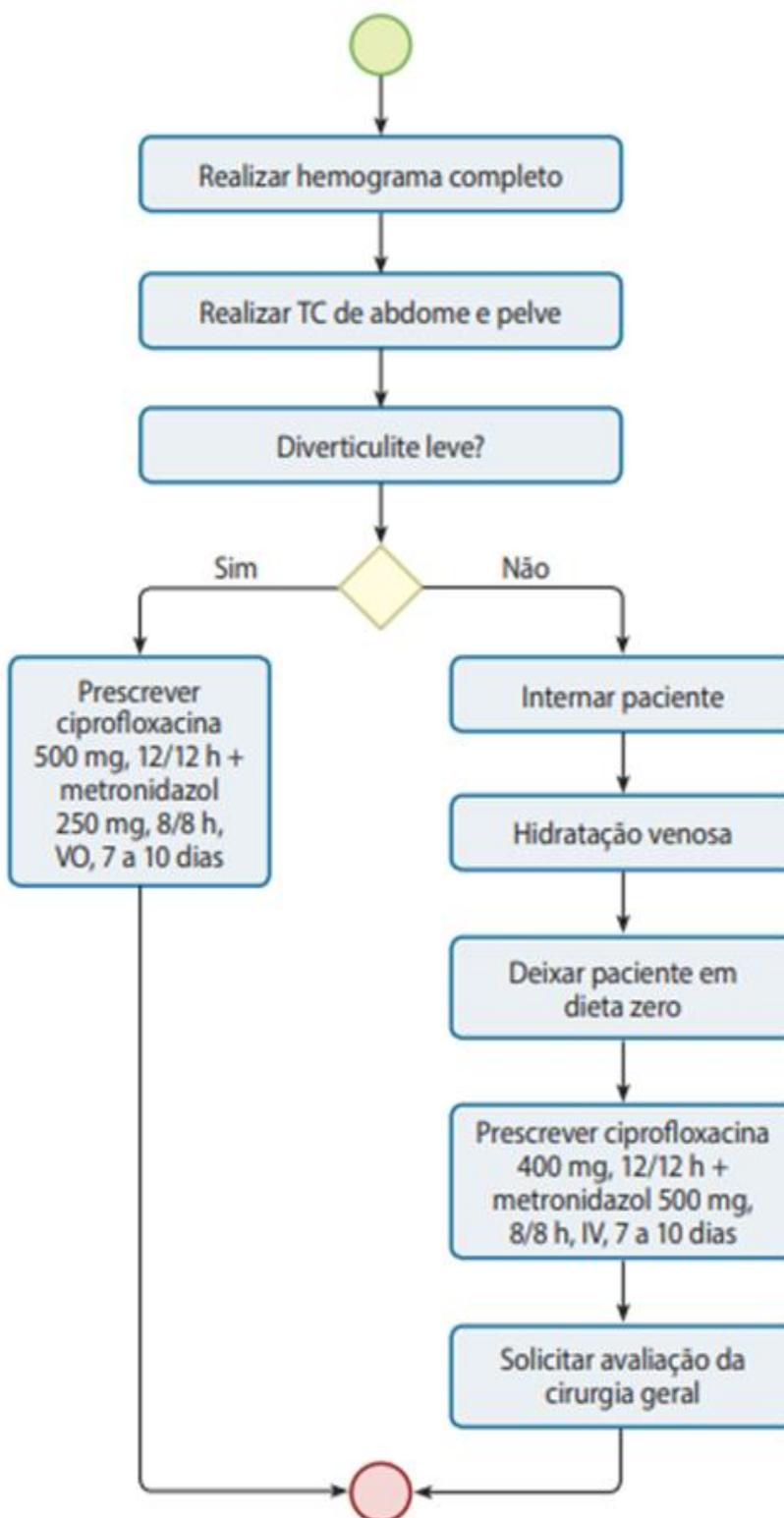
Nas peritonites purulentas e fecais, o procedimento cirúrgico de eleição é a ressecção do sigmoide com colostomia terminal e sepultamento do coto retal (cirurgia de Hartmann). Nos raros casos de diverticulite cecal ou de cólon direito, o procedimento recomendado é a colectomia direita com ileostomia e fístula mucosa.

5. REFERÊNCIAS

GALVÃO-ALVES, J. **Emergências em Gastroenterologia**. 2. ed. RJ, Brasil: Rubio Editora; 2008.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DIVERTICULITE





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA

Elaboração: 1º Ten Márcia Carvalho Marinho

Revisão: 2º Ten Catarina Goes de Santana

1. INTRODUÇÃO

A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é definida como a infecção do líquido ascítico (LA) que ocorre na ausência de uma fonte intra-abdominal de infecção. A PBE é a infecção mais frequente no paciente com cirrose hepática, com prevalência em cirróticos hospitalizados com ascite que varia entre 10 e 30%. A infecção é, habitualmente, monobacteriana e paucibacilar. O desenvolvimento de PBE influencia negativamente o prognóstico de pacientes com cirrose.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Apesar do caráter pleomórfico de apresentação clínica, desde pacientes assintomáticos até aqueles com francos sinais de peritonite, a maior parte dos casos inclui pacientes oligossintomáticos. Frequentemente, os indivíduos apresentam queixas do tipo febre de origem indeterminada, encefalopatia hepática de início recente, desconforto/dor abdominal inespecífica, piora no controle da ascite (diminuição da resposta à diureticoterapia), ou mesmo um quadro de deterioração clínica associado à significativa queda do estado geral.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Uma vez que a PBE confere impacto negativo no prognóstico do paciente cirrótico, o diagnóstico precoce é determinante para a eficácia da terapêutica e a redução de mortalidade. Dessa forma, uma paracentese diagnóstica com análise do LA deve ser realizada em todos os pacientes cirróticos com ascite admitidos para internação hospitalar, independentemente da ausência de sinais ou sintomas que sugiram a presença da infecção. O exame citológico do LA, através da contagem dos polimorfonucleares (PMN), é, na prática, o que determina um diagnóstico mais ágil, possibilitando início imediato da terapia antimicrobiana.

A maior sensibilidade para o diagnóstico é alcançada com um cut off de 250 PMN/mm³, embora a melhor especificidade seja conseguida com a contagem de 500 PMN/mm³. Pacientes com < 250 células/mm³ no LA, porém com cultura positiva, são considerados portadores de Bacteriascite e devem ser tratados somente se apresentarem sintomas sugestivos de PBE, já que em 62% dos casos há resolução espontânea do quadro.

A despeito da relevância prática do exame de celularidade no LA, o exame bacteriológico permanece importante na avaliação de pacientes com suspeita de PBE. Seu papel, mais do que estabelecer o diagnóstico, é o de orientar a terapêutica nos casos de resposta insatisfatória à terapêutica empírica inicial. Em infecções comunitárias, os microorganismos mais frequentemente isolados são as enterobactérias Gram-negativas, sendo a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae* as bactérias mais comuns. Já nas infecções nosocomiais, as bactérias Gram-positivas são as responsáveis pela maioria dos casos. Com relação à cultura do LA, a positividade varia entre 50 e 80% quando o material é coletado em frascos de hemocultura à beira do leito com 10 a 20 ml de LA.

4. TRATAMENTO

A terapia antibiótica deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico de PBE ser estabelecido. O tratamento inicial é empírico e não deve ser retardado, à espera dos testes de cultura e sensibilidade antimicrobiana dos microorganismos. Atualmente, as cefalosporinas de terceira geração são consideradas o padrão ouro no tratamento da PBE, como a cefotaxima. Outras cefalosporinas de terceira geração são altamente efetivas no tratamento da PBE. A taxa de resolução com ceftriaxone (2 g IV a cada 24 h) é de 90 a 100% e a mortalidade hospitalar, de 30%. O uso de albumina na dose de 1 g por quilo de peso corporal no momento do

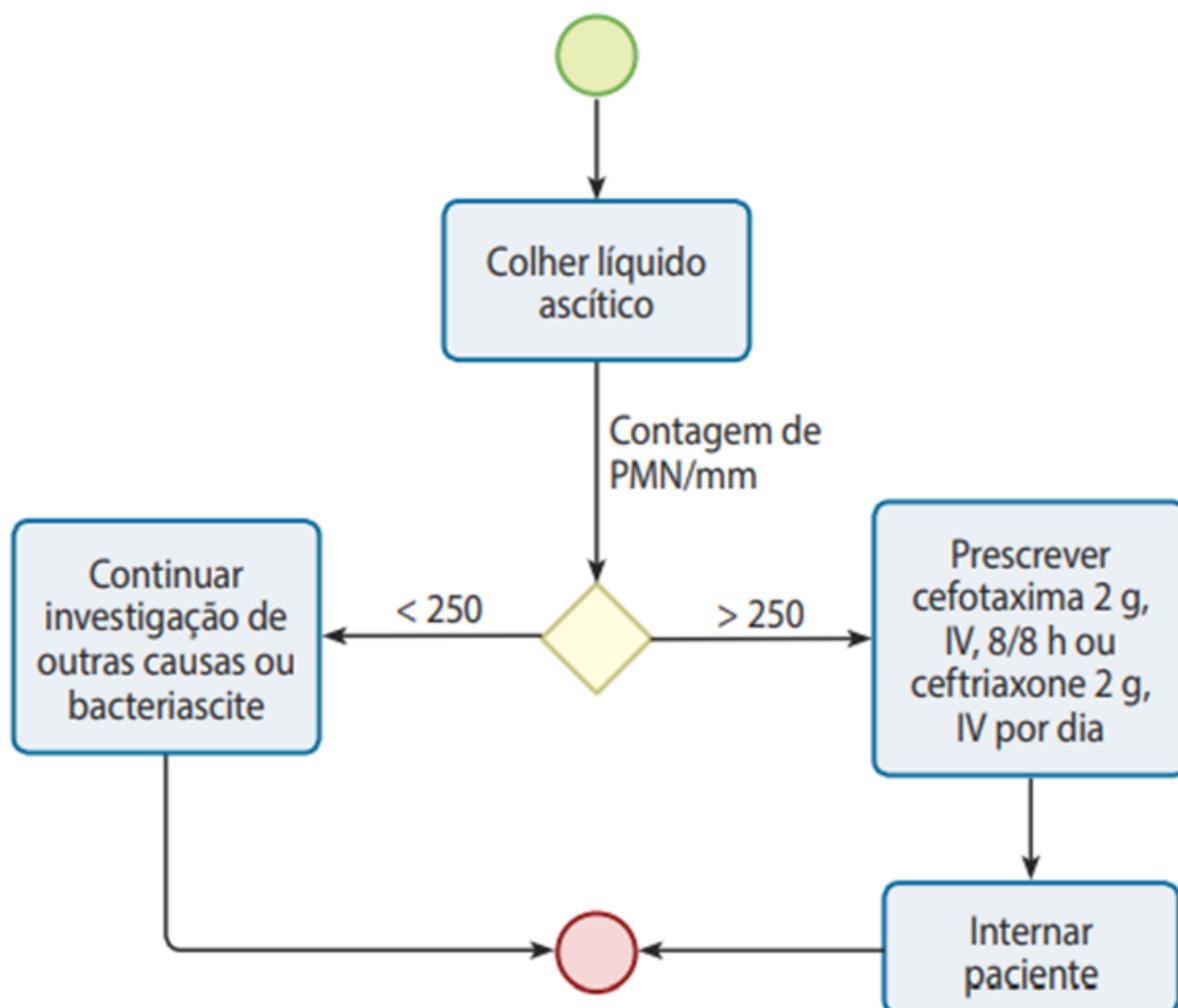
diagnóstico de PBE e 1,5 g por quilo de peso corporal no terceiro dia de tratamento reduz a incidência de insuficiência renal e melhora a sobrevida hospitalar de três meses em pacientes cirróticos com PBE.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. **Temas de atualização em Gastroenterologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: José Galvão Alves, 2012.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

ANEMIA FALCIFORME

Elaboração: 2º Ten Jéssica de Souza Campos

Revisão: Cap Glaucia Aparecida Pires Guasti

1. INTRODUÇÃO

A doença falciforme é umas das alterações genéticas mais frequentes no Brasil e constitui-se em um grupo de doenças genéticas caracterizadas pela predominância da hemoglobina S (HbS) nas hemácias: anemia falciforme (HbSS), HbSC, S-talasseмии, além de outras mais raras, como as Hb SD e Hb SE. É caracterizada por anemia hemolítica crônica e fenômenos vasoclusivos que levam a crises dolorosas agudas e à lesão tecidual e orgânica crônica e progressiva.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De modo geral, além da anemia crônica, as diferentes formas de doenças falciformes caracterizam-se por numerosas complicações, que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas com expressiva morbidade e redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Além das manifestações de anemia crônica, o quadro é dominado por episódios de dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções e enfartes pulmonares, retardo do crescimento e maturação sexual, acidente vascular cerebral e comprometimento crônico de múltiplos órgãos, sistemas ou aparelhos. Devido ao encurtamento da vida média das hemácias, pacientes com

doenças falciformes apresentam hemólise crônica, que se manifesta por palidez, icterícia, elevação dos níveis de bilirrubina indireta, do urobilinogênio urinário e do número de reticulócitos. A contínua e elevada excreção de bilirrubinas resulta, frequentemente, em formação de cálculos de vesícula contendo bilirrubinato.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A detecção efetiva das diversas formas de doenças falciformes requer diagnóstico preciso, baseado principalmente em técnicas eletroforéticas, hemograma e dosagens da hemoglobina fetal.

4. TRATAMENTO

Não há tratamento específico para as doenças falciformes. Assim, medidas gerais e preventivas no sentido de minorar as consequências da anemia crônica, as crises de falcização e a susceptibilidade às infecções são fundamentais na terapêutica desses pacientes. Essas medidas incluem: boa nutrição, profilaxia, diagnóstico e terapêutica precoce das infecções, manutenção de boa hidratação e evitamento condições climáticas adversas.

É importante, também, orientar pacientes e mães da necessidade de procurar tratamento médico sempre que ocorrer febre persistente acima de 38 °C, dor torácica e dispneia, dor abdominal, náuseas e vômito, cefaleia persistente, letargia ou alteração de comportamento, aumento súbito do volume do baço e priapismo. Exames de rotina, como, urina I, protoparasitológico, RX de tórax, eletrocardiograma e, se possível, ecocardiograma, creatinina e clearance, eletrólitos, ultrassom de abdome, proteinúria, provas de função hepática e visita ao oftalmologista com pesquisa de retinopatia devem ser realizados anualmente e repetidos sempre que necessário. Hemograma deve ser realizado pelo menos duas vezes ao ano, pois redução nos níveis basais de hemoglobina podem indicar insuficiência renal crônica ou crise aplástica.

4.1 HIDRATAÇÃO

Desidratação e hemoconcentração precipitam crises vaso-oclusivas. Por outro lado, indivíduos com doença falciforme são particularmente susceptíveis à desidratação devido à

incapacidade de concentrar a urina, com conseqüente perda excessiva de água. Assim, a manutenção de boa hidratação é importante, principalmente durante episódios febris, calor excessivo, ou situações que curse com diminuição do apetite. Para indivíduos adultos, recomenda-se a ingestão, de pelo menos, dois litros de líquido por dia, na forma de água, chá, sucos ou refrigerantes, quantidade esta que deve ser aumentada prontamente nas situações acima citadas.

4.2 TRANSFUSÃO

Terapia transfusional deve ser evitada no tratamento rotineiro de pacientes com doenças falciformes e está contraindicada em anemia assintomática, crises dolorosas não complicadas, infecções que não comprometam a sobrevivência ou instalação de necroses assépticas porque está demonstrada a ausência de eficácia. As transfusões devem ser realizadas com hemácias fenotipadas (para se evitar aloimunização) e depletadas de leucócitos, na forma de hemácias ou filtradas. Especificamente para as doenças falciformes, as indicações de transfusão incluem, ainda, a melhora nas propriedades reológicas do sangue, diminuindo a proporção de hemácias com HbS. Vários estudos demonstram que, quando a proporção de células contendo HbS excede 30 a 40%, a resistência ao fluxo aumenta abruptamente. Por outro lado, o aumento do hematócrito leva ao aumento da viscosidade sanguínea. Assim, transfusões simples podem promover o aumento da viscosidade e a oclusão vascular, impedindo o aumento da liberação do oxigênio para os tecidos. Portanto, em várias situações pode ser necessária a exsanguineo transfusão automatizada ou manual.

Indicações específicas de transfusão

a) Crises dolorosas

É uma das manifestações mais características da doença falciforme. Consiste em dor em extremidades, região lombar, abdome ou tórax, usualmente associada a febre e urina escura ou vermelha. As crises de dor frequentemente resultam de necrose avascular da medula óssea. O aumento da pressão intramedular secundário à resposta inflamatória do processo necrótico é, provavelmente, a causa da dor. Essa hipótese é corroborada pelo achado de aspirado dos sítios de dor óssea que apresenta necrose e/ou infiltrado neutrofílico purulento.

Infecções, alterações climáticas e fatores psicológicos têm sido comumente sugeridos como possíveis desencadeantes. Outros fatores associados são: altitude, acidose, sono e apneia, estresse e desidratação. Na maioria dos casos, entretanto, não é possível a identificação do fator etiológico. Normalmente, as áreas mais envolvidas são joelho, coluna lombo-sacra, cotovelo e fêmur e, em crianças menores de 5 anos, a síndrome mão-pé.

A severidade da dor é bastante variada, desde episódios moderados e transitórios (5 a 10 minutos de duração), até episódios generalizados que duram dias ou semanas, necessitando de internação hospitalar. O padrão de dor varia de um paciente para outro: alguns com ataques graves repetidos (20%); outros negando qualquer sintomatologia dolorosa (30%); e uma boa parte, cerca de 50%, com uma crise grave por ano, ou múltiplas crises moderadas, ou outras variações.

O tratamento é de suporte. As metas são aliviar a dor e tratar os problemas desencadeantes, principalmente infecção, hipóxia, acidose e desidratação. Os pacientes com dor sempre devem ser avaliados para hemotransfusão, ou mesmo exsanguíneo transfusão, embora raramente melhore o quadro de dor. Pacientes com quadros frequentes de dor podem se beneficiar de transfusões regulares por um curto período. O uso cuidadoso, consistente e adequado de analgésicos é a chave para o tratamento das crises de dor.

b) Acidente Vascular Cerebral

Complicações neurológicas ocorrem em até 25% dos pacientes com anemia falciforme. A recorrência desse evento é frequente e acontece em cerca de 50% dos pacientes, geralmente nos primeiros três anos após o AVC. Entretanto, transfusões crônicas reduzem em até 90% a recorrência de episódios trombóticos. Estudos angiográficos demonstram que há recuperação e melhora do fluxo vascular nos pacientes que desenvolvem AVC e são submetidos a exsanguíneo transfusão.

Na vigência do AVC, o paciente deve ser internado, sendo iniciada a exsanguíneo transfusão a fim de mantê-lo isovolêmico, com nível de hemoglobina em torno de 10 g/dl e HbS menor do que 30%. Na fase aguda, recomenda-se troca de 75 a 100 ml de sangue/kg de peso. Desse modo, hemácias estocadas por menos de cinco dias podem ser reconstituídas em salina ou plasma para hematócrito de 28 a 30%. Os níveis de HbS, hematócrito, cálcio, fósforo, sódio, potássio e magnésio devem ser monitorados após a transfusão.

Após a fase aguda, pode-se iniciar programa de transfusão crônica para manutenção da HbS abaixo de 30%, evitando-se hiperviscosidade ou transfusões além do necessário. Uma possibilidade é a realização de transfusões simples a cada três ou quatro semanas.

Após cinco anos de terapia transfusional, pacientes com persistente obstrução ou estenose, detectada por angiografia ou ressonância magnética, devem continuar em programa de transfusão. Pacientes que apresentam franca melhora ou completa correção da vasculopatia, documentada por arteriografia, podem ter o programa interrompido. Aqueles que durante o programa não apresentaram deterioração clínica ou laboratorial podem ter o programa modificado a fim de manter a HbS em torno de 50%.

c) Síndrome Torácica Aguda

Exsanguineo transfusão ou transfusões simples podem ser utilizadas na síndrome torácica aguda, resultando em dramática melhora do quadro.

d) Anemia

Anemia não é indicação de transfusão porque ocorre adaptação com aumento do 2,3 difosfoglicerato, melhor afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, melhor liberação do oxigênio para os tecidos e aumento do rendimento cardíaco. Assim, a maioria dos pacientes com anemia falciforme tolera bem a anemia. Pacientes mais velhos, com doença cardíaca ou insuficiência respiratória às vezes necessitam de níveis de hemoglobina superiores a 8 g/dl. Formalmente, não há indicação de transfusão em pacientes assintomáticos com níveis de Hb maiores que 5 g/dl.

e) Crises Aplásticas

Essas crises são comuns, transitórias e, muitas vezes, não requerem transfusão. Há indicação de transfusão apenas quando há comprometimento da função cardíaca ou níveis de Hb inferiores a 4 g/dl com reticulocitopenia. Nesse caso, deve-se proceder à infusão de 1 ml de hemácias/kg/h acompanhada de diuréticos para prevenir falência cardíaca. Pode-se utilizar, também, exsanguineo transfusão a fim de evitar perturbações no volume sanguíneo em pacientes clinicamente instáveis.

f) Crises de Sequestro Esplênico

Nesse caso, pode-se utilizar sangue total ou hemácias reconstituídas com salina ou plasma. Muitos pacientes requerem esplenectomia para prevenir crises recorrentes.

g) Priapismo

Outra indicação de exsanguíneo transfusão parcial ou transfusão simples são episódios de priapismo. Se a estase é parcial, as transfusões melhoram o fluxo e previnem a obstrução.

h) Septicemia

Transfusões podem ser indicadas para pacientes em condições instáveis ou choque, durante episódios de septicemia, com o objetivo de elevar a Hb para níveis superiores a 10 g/dl e HbS < 30%.

i) Gestação

O uso de transfusões no último trimestre da gestação com o objetivo de obter níveis de Hb em torno de 10 g/dl e HbS < 30% é controverso. Importante estudo recentemente publicado sugere que transfusões profiláticas são desnecessárias na anemia falciforme. Entretanto, estão indicadas em gestações de alto risco, história prévia de mortalidade perinatal, toxemia, septicemia, anemia grave e síndrome torácica aguda.

j) Cirurgia

Não há estudos controlados neste tópico; entretanto, parece prudente transfundir pacientes com anemia falciforme antes de cirurgias ou anestesia com o objetivo de manter a HbS próximo de 30% e os níveis de Hb em torno de 10 g/dl. Em crianças, pode-se iniciar as transfusões seis semanas antes da cirurgia, repetindo-as com intervalos de duas semanas. Não

há dados referentes à cirurgia em indivíduos com Hemoglobinopatia SC ou outras doenças falciformes não anêmicas, mas deve-se evitar hiperviscosidade e uso de transfusões simples.

5. REFERÊNCIAS

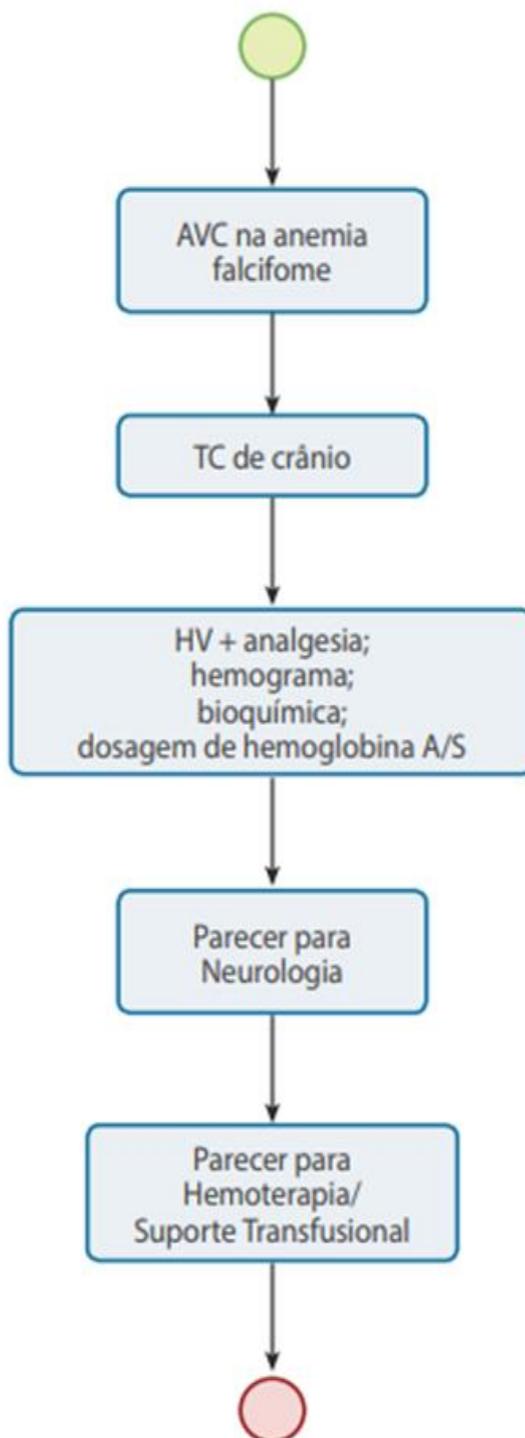
ARAÚJO, A. **Complicações e expectativa de vida na doença falciforme: o maior desafio.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter, São Paulo, 2010.

BRASIL, ANVISA. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes.** Brasília, ANVISA, 2001.

CAMPOS, J. et al. Treatment of the acute sickle cell vaso-occlusive crisis in the Emergency Department: a Brazilian method of switching from intravenous to oral morphine. **European Journal of Haematology**; Volume 93, Issue 1, pages 34–40, July 2014

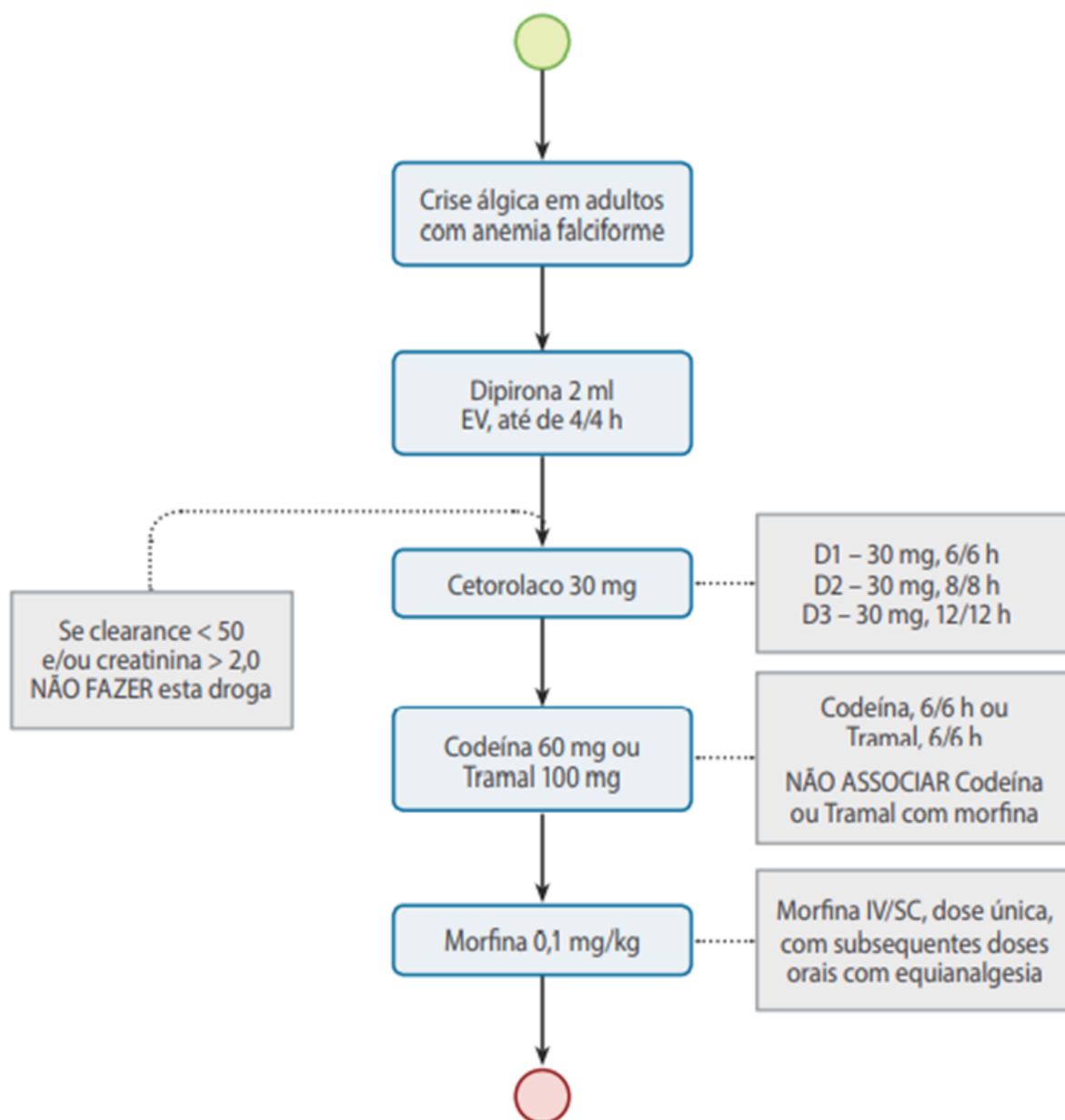
6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À AO AVC NA ANEMIA FALCIFORME



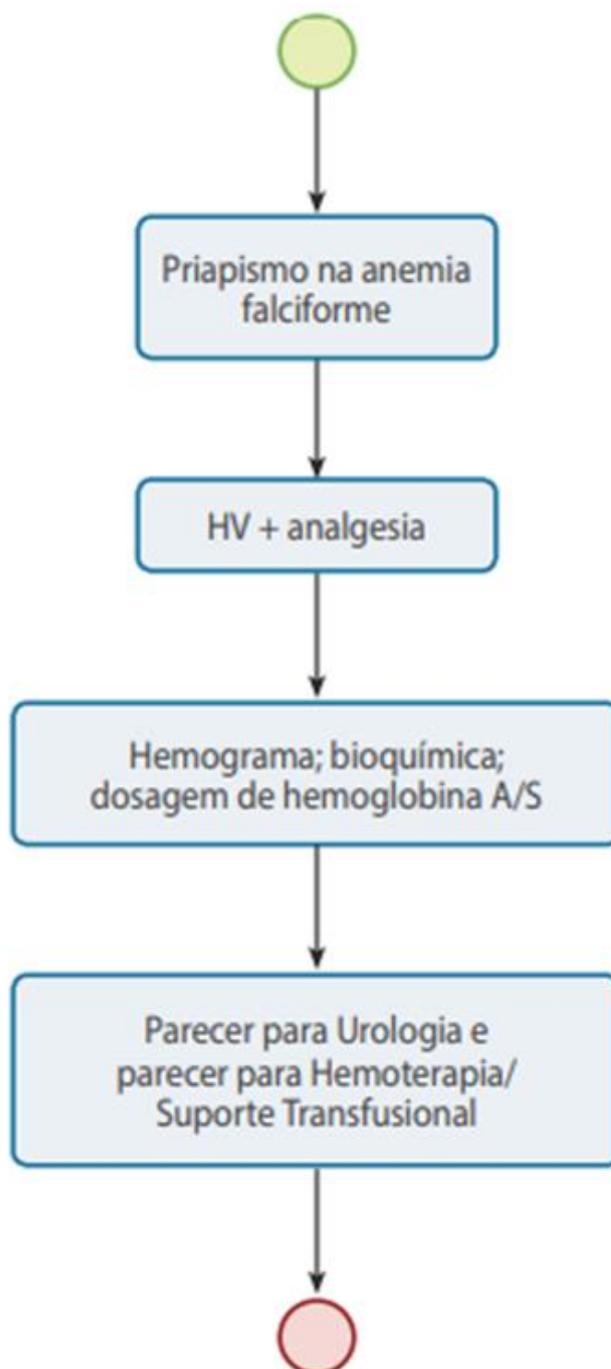
ANEXO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AS CRISES ÁLGICAS EM ADULTOS COM ANEMIA FALCIFORME



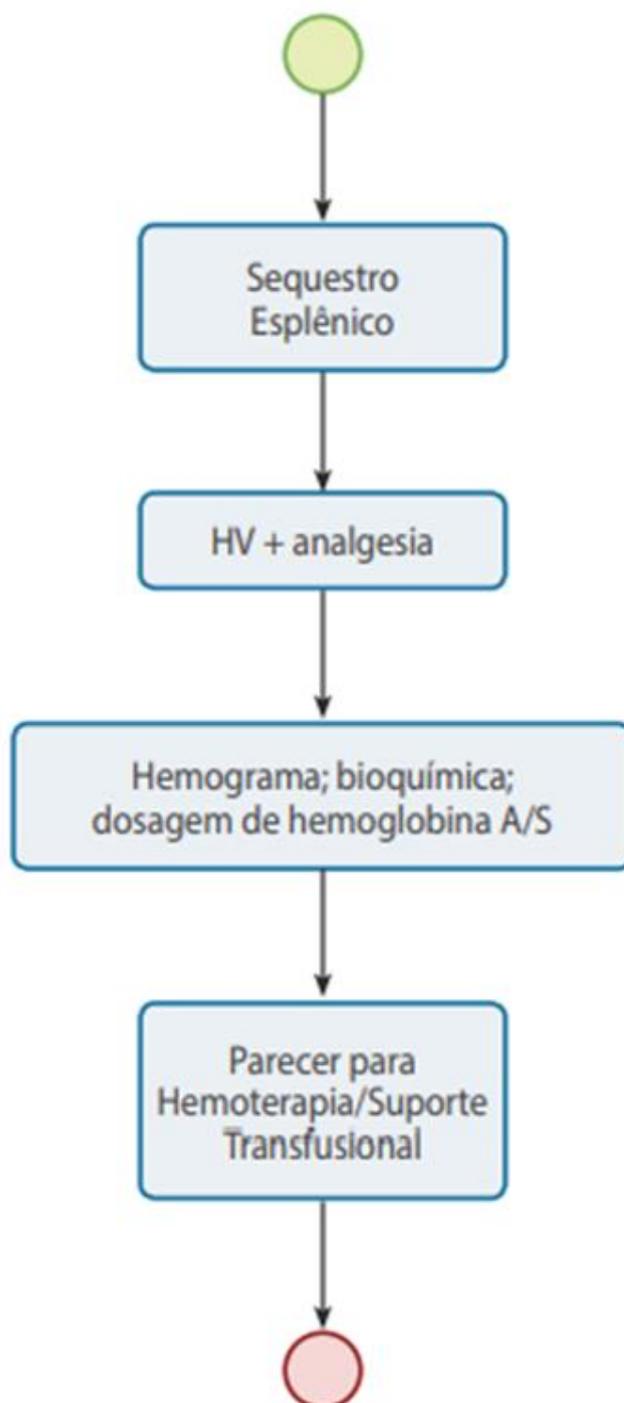
ANEXO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PRIAPISMO NA ANEMIA FALCIFORME



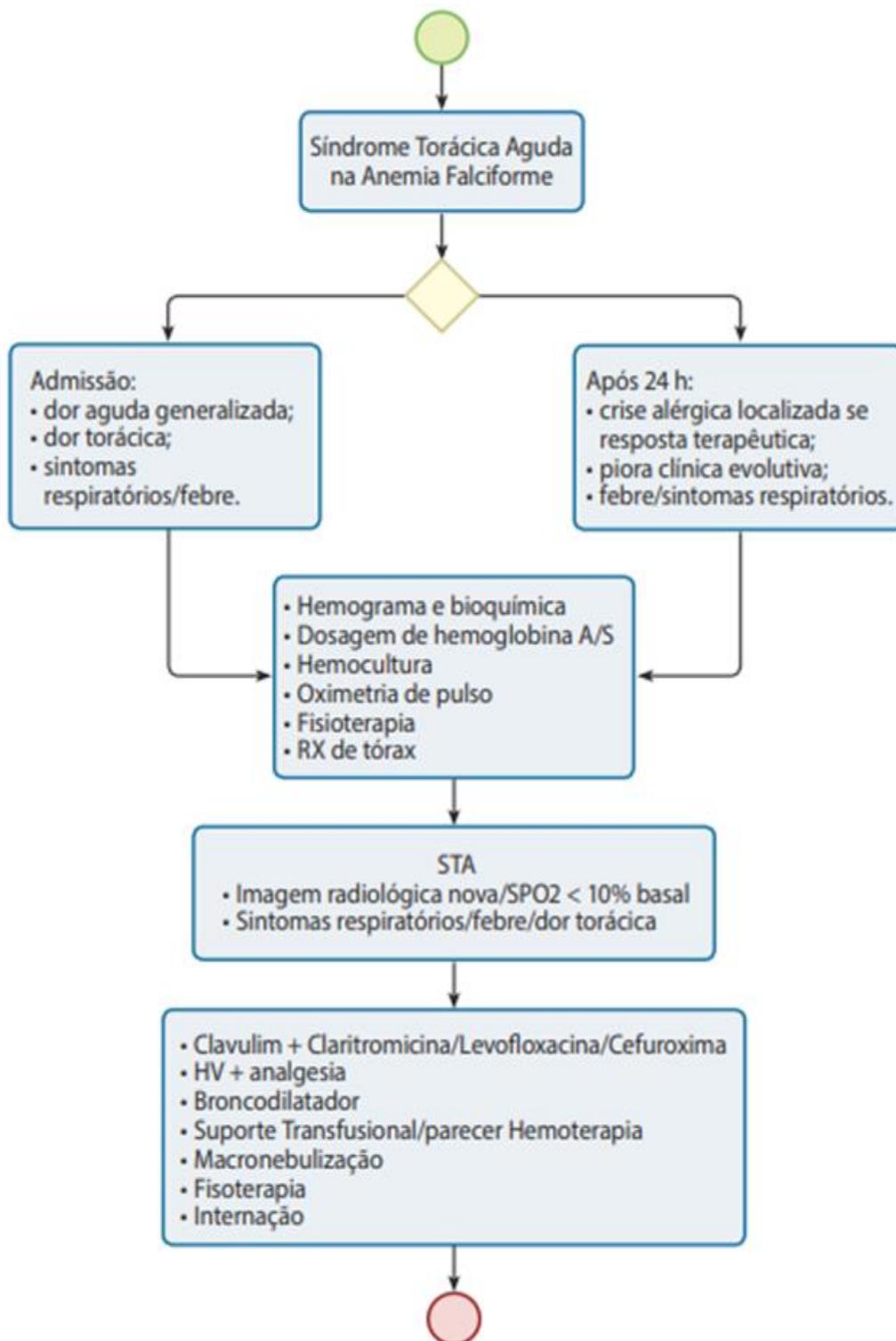
ANEXO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO SEQUESTRO ESPLÊNICO



ANEXO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A SÍNDROME TORÁCICA AGUDA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

NEUTROPENIA FEBRIL

Elaboração: 2º Cecília Emerick Mendes Vaz

Revisão: Cap Gláucia Aparecida Pires Guasti

1. INTRODUÇÃO

A Neutropenia Febril (NF) se caracteriza por febre $\geq 37,8$ °C em pacientes com contagem de neutrófilos < 1000 ou com perspectiva de queda abaixo de 1000. Tal contagem deve ser calculada somando-se o número de mielócitos, metamielócitos, bastões e segmentados no diferencial leucocitário.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A NF configura uma urgência oncológica e deve ser tratada o mais rápido possível, sendo instituída terapia com antibiótico venoso. O paciente pode se apresentar sem foco infeccioso evidente e, portanto, o rastreamento deve ser feito de forma abrangente. Existe um amplo espectro de apresentações clínicas da doença, variando desde pico febril isolado até choque séptico.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Ao ser admitido na emergência, o paciente com febre e suspeita de neutropenia deve passar por anamnese completa e exame físico detalhado em busca de focos infecciosos. Os seguintes exames devem ser solicitados **IMEDIATAMENTE** e os resultados liberados em no máximo 1 hora:

- Hemograma completo;
- Bioquímica com dosagem de PCR, função renal e hepática, além de eletrólitos;
- EAS e urinocultura;
- Coagulograma;
- 2 sets de hemoculturas de sangue periférico com amostra para germes aeróbios e anaeróbios;
- Se o paciente for portador de catéter semi ou totalmente implantável, colher amostras de hemoculturas de todas as vias do cateter, além das amostras periféricas;
- RX de tórax.

4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado imediatamente de forma empírica após coleta do laboratório descrito, com antibioticoterapia com boa cobertura anti-pseudomonas/Beta lactamase, como Cefepime, Carbapenêmicos ou Piperacilina/Tazobactam nas doses descritas a seguir, visto que os germes Gram-negativos são os mais comumente associados ao quadro.

Dosagem recomendada:

- Cefepime 2g IV 8/8 h;
- Piperacilina/Tazobactam 4,5g IV 6/6 h;
- Meropenem 1g IV 8/8 h.

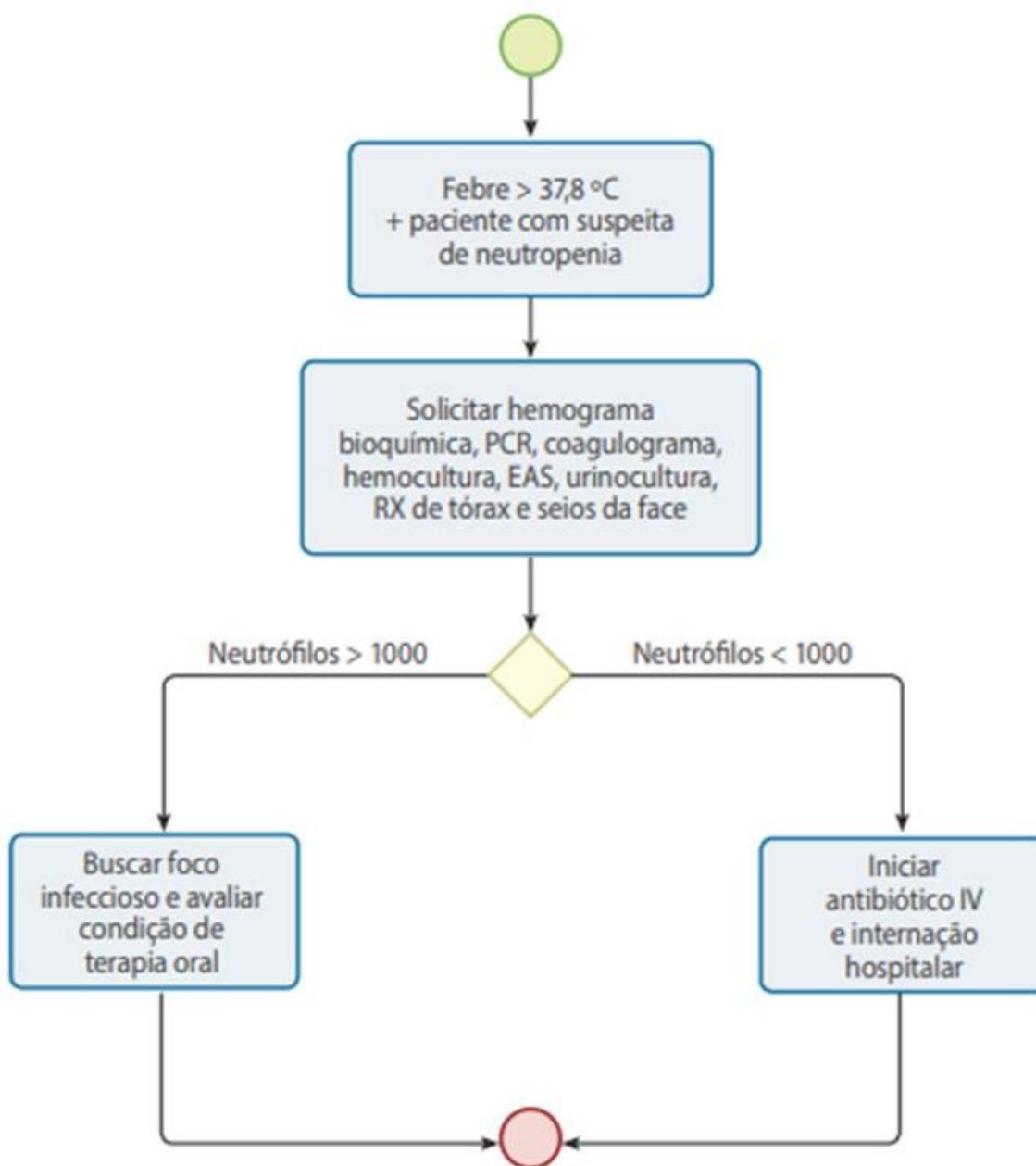
Em caso de suspeita de infecção por Gram+ (menos comum, porém, geralmente, mais grave), como infecção de cateter, infecção de pele ou tecido subcutâneo, ou instabilidade hemodinâmica, associar Vancomicina 1g IV 12/12 h às drogas descritas anteriormente.

5. REFERÊNCIAS

FREIFELD, A. G., BOW, E. J., SEPKOWITZ, K. A., BOECKH, M. J. ITO, J. I., MULLEN, C. A., RAAD, I. I., ROLSTON, K. V., YOUNG, J. H. WINGARD, J. R. **Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update** by the Infectious Diseases Society of America.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À NEUTROPENIA FEBRIL





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

TROMBOCITOPENIA AUTOIMUNE

Elaboração: Cap Leonardo Gomes Teixeira Leite

Revisão: Cap Gláucia Aparecida Pires Guasti

1. INTRODUÇÃO

A Trombocitopenia Imune Aguda (PTI aguda) se caracteriza por plaquetas < 100.000 plaquetas/mm³, pode estar ou não associado a sintomas.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A Trombocitopenia Imune Aguda pode configurar uma urgência hematológica principalmente se estiver associada a sangramentos em órgãos vitais. Na grande maioria das vezes, o paciente apresenta-se assintomático e, caso a contagem esteja > 30.000 plaquetas/mm³, não é indicado tratamento. Caso o paciente esteja assintomático e com contagem < 30.000 plaquetas/mm³, é indicado o tratamento.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Ao ser admitido na emergência, o paciente deve ter um hemograma colhido e a contagem plaquetária confirmada por microscopia direta ou contagem na Câmara de

Neubauer. O hemograma deve se mostrar normal, sem outra citopenia, exceto pela trombocitopenia. Esses pacientes devem ser encaminhados para o Serviço de Hematologia.

4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado imediatamente utilizando corticoide como base da terapia. O uso de diversos corticoides está indicado, sendo mais comumente utilizada a prednisona 1 a 2 mg/kg/dia por 4 a 8 semanas. Pode-se utilizar corticoide na forma de pulso, como dexametasona 40 mg IV ou VO por dia durante 4 dias, ou metilprednisolona 1 g IV por dia durante 3 dias. Caso necessite de um aumento rápido das contagens plaquetárias, sugere-se o uso de imunoglobulina humana 1 g/kg em dose única, podendo ser repetida em 24 ou 48 horas.

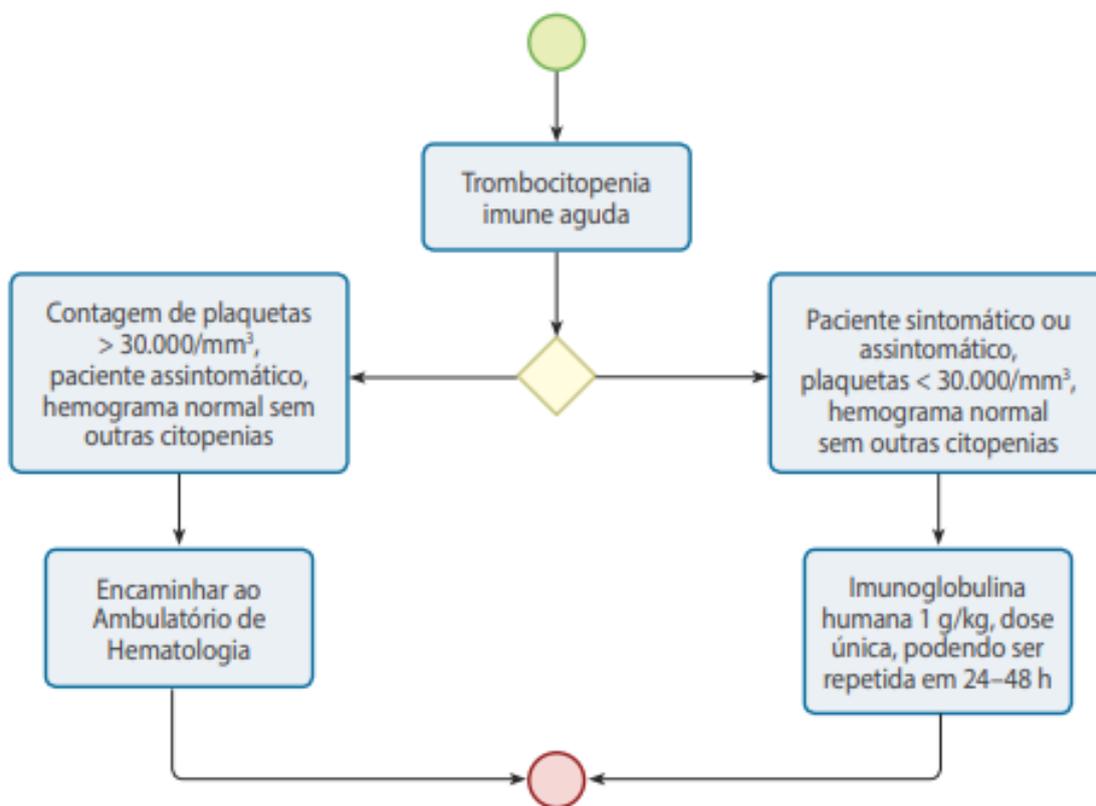
5. REFERÊNCIAS

NEUNERT, C. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. **Blood**, 2011; 117:4190-4207.

PROVAN, D. et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. **Blood**, 2010; 115:168-186.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À TROMBOCITOPENIA IMUNE AGUDA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

CHIKUNGUNYA

Elaboração: 1º Ten Rodrigo Fernandes de Freitas

Revisão: 1º Ten Bruno Cruz Fonseca

1. INTRODUÇÃO

Chikungunya é um vírus transmitido por artrópodes (arbovírus), endêmico da África Ocidental, que ocasiona poliartralgia febril aguda e artrite. A Chikungunya tem seu nome derivado de uma língua local da Tanzânia, que significa “aquele que se dobra para cima” ou “inclinou-se a pé” por causa da artralgia incapacitante causada pela doença.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Ao contrário do vírus Zika, a maioria dos indivíduos infectados por Chikungunya (até 70%, em alguns estudos) podem apresentar infecção sintomática. A doença pode evoluir em três fases, aguda, subaguda e crônica, com duração média, respectivamente, de 7 dias, 90 dias e mais de 90 dias.

A fase aguda é caracterizada por febre de início súbito, acompanhada de poliartralgia, em sua maioria simétrica, de grandes e pequenas articulações, bem como dor lombar, cefaleia e fadiga. O exantema é máculo-papular, presente em 50% dos casos, principalmente tronco e extremidades, incluindo região palmo-plantar. Menos frequentemente, acomete a face. O aparecimento de úlceras orais está mais associado aos

pacientes do sexo feminino. Outros sinais menos comuns são conjuntivite, faringite, náusea, vômitos, diarreia e dor abdominal.

A fase subaguda é caracterizada pelo desaparecimento da febre, concomitante à persistência ou ao agravamento da artralgia e de tenossinovite, principalmente em punhos e tornozelos. Podem estar presentes nessa fase astenia, fadiga, prurido generalizado, exantema maculopapular e até recorrência da febre.

A fase crônica pode sobrevir quando ocorre permanência dos sintomas da fase subaguda por mais de três meses, principalmente com a persistência dos sintomas articulares e musculoesqueléticos nas mesmas articulações acometidas na fase aguda. Pode sobrevir acompanhada de edema articular, limitação de movimento, deformidades e ausência de eritema.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

As alterações laboratoriais de chikungunya, durante a fase aguda, assim como no dengue, são inespecíficas. A leucopenia acompanhada de linfopenia $< 1000 \text{ cel/mm}^3$ é rara. O VHS e a proteína C reativa encontram-se geralmente elevados, podendo permanecer assim por algumas semanas. Outras alterações comuns são discreta elevação das enzimas hepáticas, assim como aumento de creatinina e CPK.

Os exames específicos contam com técnicas moleculares (PCR), em geral com boa sensibilidade quando coletadas até o oitavo dia de doença, e exames sorológicos, que apresentarão positividade após o oitavo dia de doença. Tais exames deverão ser coletados somente em casos que necessitem de internação, dado o caráter epidêmico atual da doença. Quando realizados, deverão ser encaminhados para os seguintes laboratórios: Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo; Fundação Nacional Ezequias Dias (Funed), em Minas Gerais; e Fundação Oswaldo Cruz ou Laboratório Central Noel Nutels, no Rio de Janeiro.

4. TRATAMENTO

O tratamento da infecção por chikungunya consiste em cuidados de suporte, incluindo agentes anti-inflamatórios que aliviam os sintomas em muitos pacientes e agentes analgésicos. Um grupo francês desenvolveu diretrizes para a gestão de infecções chikungunya agudas e crônicas em pacientes selecionados que inclui várias modalidades de tratamento,

incluindo esteroides, metotrexato e agentes de modulação do sistema imunológico. Portanto, os casos subagudos e crônicos deverão ser acompanhados por um especialista em reumatologia. Nos casos agudos, não prescrever AINES até afastar o diagnóstico de Dengue.

5. REFERÊNCIAS

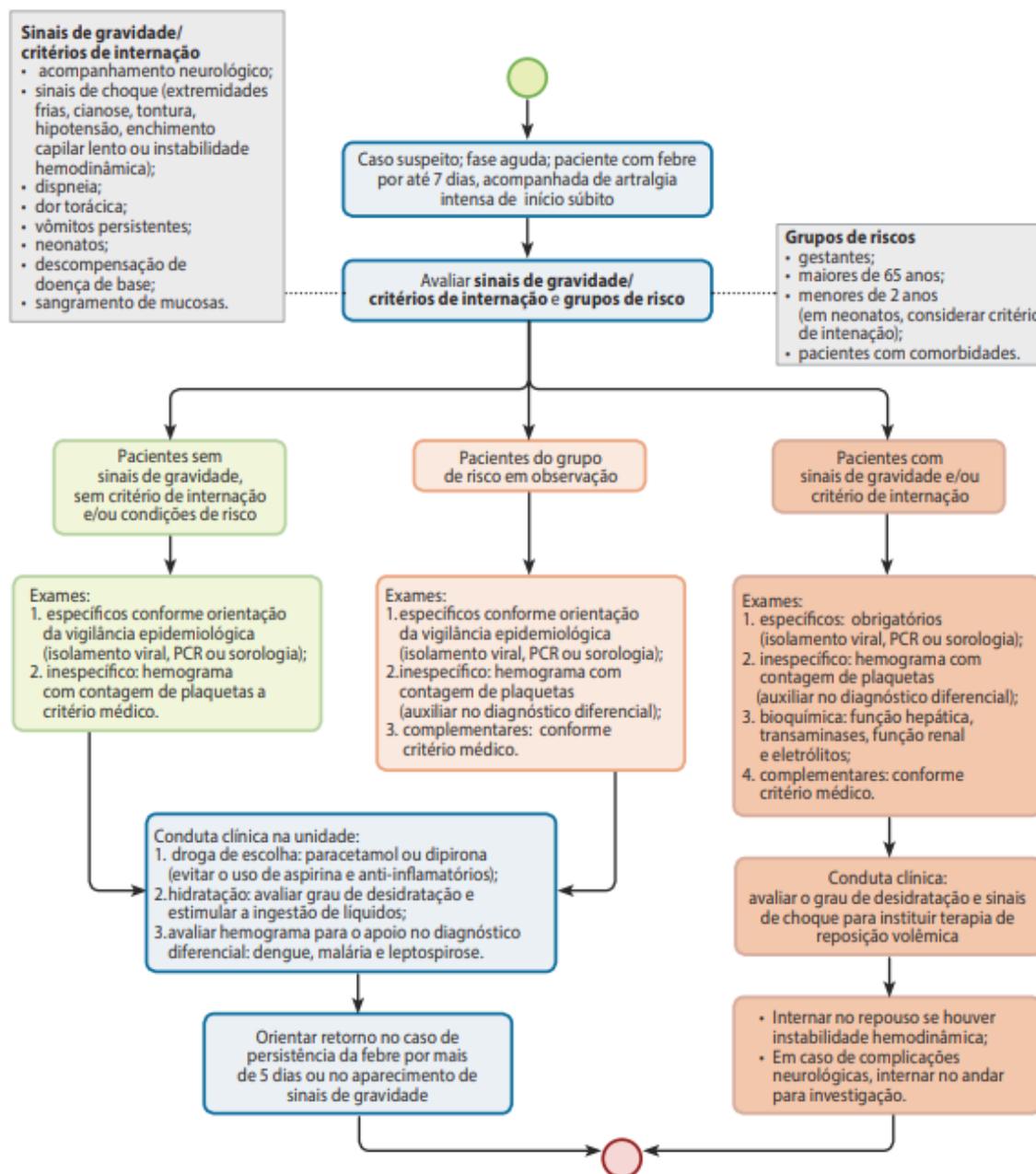
BRASIL, Ministério da Saúde. **Febre de Chikungunya: Manejo Clínico**. Distrito Federal, 2015.

ENSERINK, M. Chikungunya: no longer a third world disease. **Science**, 2007; 318:1860.

WENDLING, D. et al. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations). November, 2014. **Med Mal Infect** 2015; 45:243.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CLÍNICO DE CHIKUNGUNYA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

DENGUE

Elaboração: 1º Ten Rodrigo Fernandes de Freitas

Revisão: 1º Ten Bruno Cruz Fonseca

1. INTRODUÇÃO

Doença causada por um arbovírus do gênero flavivírus, pertencente à família Flaviviridae. São conhecidos quatro sorotipos: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4. A proteção cruzada existente é fraca e transitória entre os quatro sorotipos; portanto, indivíduos que vivem em uma área endêmica de dengue podem ser infectados com até quatro sorotipos durante a vida. Vários sorotipos do vírus muitas vezes cocirculam dentro da mesma região (hiperendemicidade), causando epidemias periódicas.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A infecção pelo vírus da dengue pode ser tanto assintomática quanto sintomática. Quando sintomática, causa doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. Três fases clínicas podem ocorrer: febril, crítica e de recuperação.

A fase febril cursa com febre alta, de duração de dois a sete dias, acompanhada de artralgia, mialgia e dor retro-orbitária. Concomitante aos sintomas apresentados, podem aparecer ainda náusea, vômitos e diarreia.

A fase crítica tem início com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia da doença, podendo ser acompanhada do surgimento dos sinais de alarme, tais como: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, síndrome edemigênica (ascite, derrame pleural, pericárdico), hipotensão postural, hepatomegalia maior que 2 cm, sangramento, alteração do estado de consciência e aumento progressivo do hematócrito. Esses sintomas refletem o processo pró-inflamatório, com aumento da permeabilidade vascular e extravasamento de plasma, podendo acarretar o aparecimento de choque. Este último é de rápida instalação e curta duração, podendo levar o paciente a óbito em um intervalo de até 24 horas caso a terapêutica não seja apropriada.

Em alguns casos, ocorre hemorragia massiva, sem choque, com frequência em pacientes com histórico prévio de ulcera péptica, gastrites, ou que fazem uso de AAS, AINES e anticoagulantes. Esses casos são chamados de dengue grave.

A fase de recuperação cursa com reabsorção gradual do conteúdo extravasado para o terceiro espaço, acompanhado de melhora da disfunção orgânica, quando presente, retorno da diurese e aparecimento de rash cutâneo.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Importante na avaliação clínica do paciente inquirir acerca de aspectos como: data do início da febre, presença de sinais de alarme, diurese, sangramentos, sintomas gastrointestinais e alteração do nível de consciência.

Os achados laboratoriais típicos são: leucopenia, trombocitopenia, em geral abaixo de 100.000 cels/mm³ e elevação de transaminases, mais comumente AST, até cinco vezes acima do valor de normalidade.

O diagnóstico específico poderá ser realizado através da detecção dos antígenos virais com RT-PCR, isolamento viral ou mesmo NS1ag, até o quinto dia de doença, idealmente até o terceiro. Caso esses sejam negativos, coletar sorologia (IgM) a partir do sexto dia de doença para descartar falsos negativos. Entretanto, em algumas situações, faz-se necessário repetir a sorologia após o 10º dia de doença, na fase de convalescença, para aumento da sensibilidade do teste. Na emergência, nem sempre os exames específicos para confirmação serão obrigatórios, principalmente em situações de epidemia.

4. TRATAMENTO

O tratamento baseia-se, primariamente, na classificação de risco do paciente, de acordo com os sinais e sintomas que este apresente, conforme fluxograma, baseado no Manual de Dengue do Ministério da Saúde:

- **No grupo A**, objetiva-se informar o paciente acerca do reconhecimento dos sinais de alarme, do risco de uso de AAS e de outros AINES, bem como prescrever repouso, dieta e hidratação oral;
- **No grupo B**, no qual evidenciamos o aparecimento de petéquias ou estamos diante de doentes em condições especiais (maiores de 65 anos, gestantes, portadores de doenças cardiovasculares, DPOC, doença renal crônica ou DM), faz-se necessário análise clínica mais minuciosa, bem como a solicitação de hemograma para análise do hematócrito. Este último, estando normal, orientar conforme grupo A e solicitar reavaliação diária até 48 horas após o término da febre ou na presença dos sinais de alarme. Caso hematócrito alterado, orientar conforme grupo C;
- **No grupo C**, enquadram-se os pacientes que apresentam sinais de alarme, fazendo-se necessário o início precoce da reposição volêmica (10 ml/kg na primeira hora). Deverá ser solicitado, além do hemograma, para análise do hematócrito, transaminases, radiografia de tórax e ultrassonografia de abdome (análise de serosites), bem como bioquímica. A fase de expansão volêmica poderá ser repetida até três vezes, com monitorização contínua da diurese, na tentativa de mantê-la em 1 ml/kg/hora. Nos casos de boa resposta hemodinâmica, iniciar fase de expansão, conforme página 22 do Protocolo do Ministério da Saúde. Nos casos não respondedores, continuar tratamento conforme grupo D.
- **No grupo D**, estão enquadrados os pacientes que evoluíram com sinais de choque, sangramento grave ou disfunção orgânica. Para esses casos, iniciar reposição volêmica parenteral com solução salina isotônica (20 ml/kg em até 20 minutos), com reavaliação ao final de cada período, podendo repetir essa conduta até três vezes. Solicitar os mesmos exames que no grupo C, acrescidos de albumina, gasometria e coagulograma. Nos casos de não resposta à medida inicial realizada, avaliar uso de albumina ou coloides sintéticos. A transfusão de concentrados de hemácia (10 a 15 ml/kg/dia), plasma fresco (10 ml/kg) e vitamina K (1 U para cada 5-10 kgs) pode estar

indicada nos casos de sangramento grave. Considerar transfusão de plaquetas somente se o sangramento persistir após a correção dos fatores de coagulação e choque, ou caso apresente trombocitopenia acentuada ($< 10.000 \text{ cell/mm}^3$), na presença de INR maior que 1,5 vezes o valor normal.

Os indicativos para internação hospitalar são: pacientes enquadrados nos grupos C e D; com recusa ou impossibilidade de ingesta de alimentos ou líquidos; sinais de comprometimento respiratório ou comorbidades descompensadas, como DM, asma, insuficiência cardíaca, entre outras.

5. REFERÊNCIAS

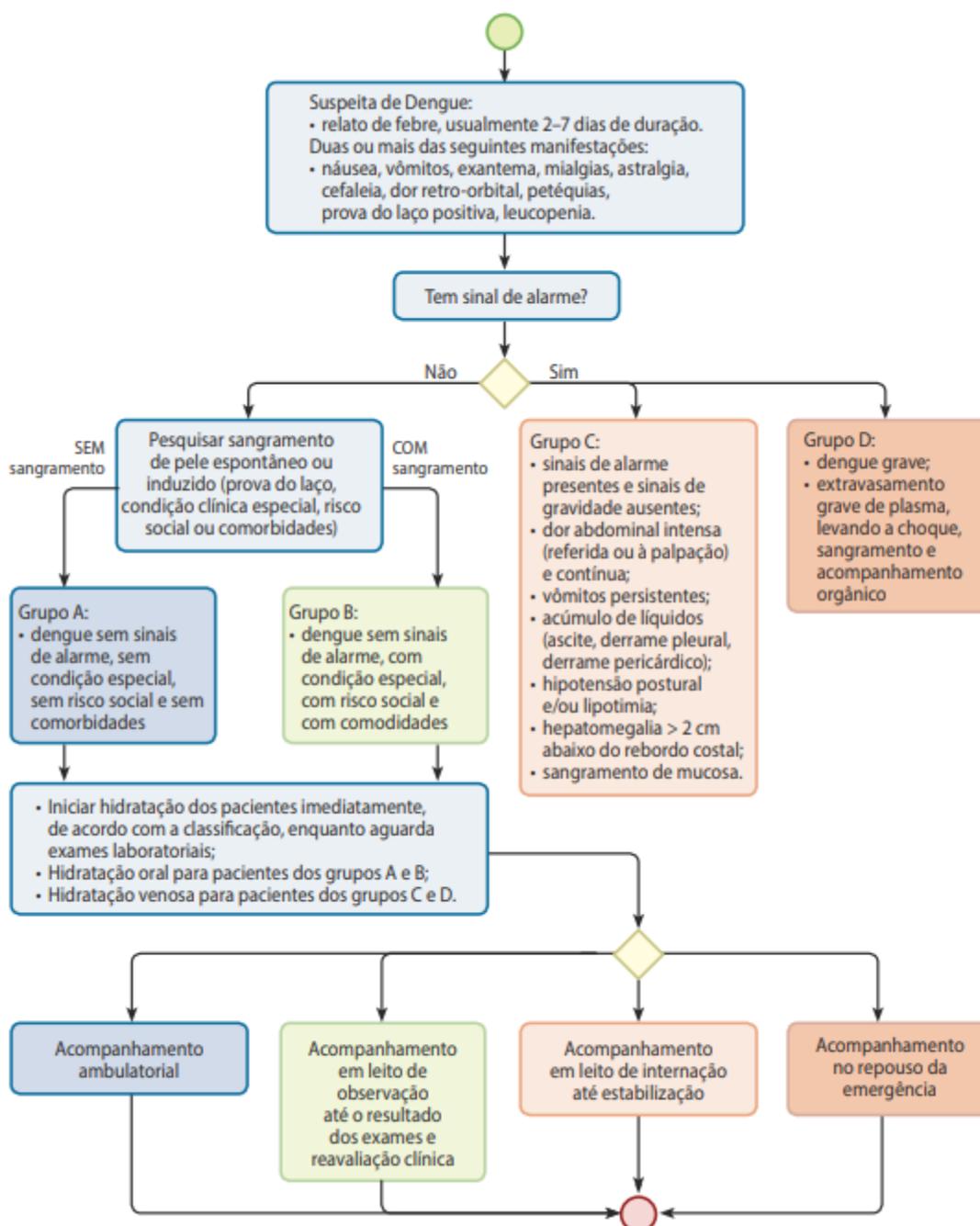
BRASIL, Ministério da Saúde. **Dengue, diagnóstico e manejo clínico**, 5. ed. Distrito Federal, 2016.

HALSTEAD, S. B. Dengue. **Lancet**, 2007; 370:1644.

POTTS, J. A.; ROTHMAN, A. L. Clinical and laboratory features that distinguish dengue from other febrile illnesses in endemic populations. **Trop Med Int Health** 2008; 13:1328.

6. ANEXO

PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DENGUE





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

FEBRE TIFOIDE

Elaboração: 1º Ten Rodrigo Fernandes de Freitas

Revisão: 1º Ten Bruno Cruz Fonseca

1. INTRODUÇÃO

Febre Tifoide é caracterizada por doença sistêmica grave, com febre e dor abdominal. O organismo classicamente responsável pela síndrome de febre entérica é *S. Typhi*, sorotipo entérico. Outros sorotipos de salmonela, particularmente a *S. entérica*, sorotipo paratyphi A, B, ou C, podem provocar uma síndrome semelhante; no entanto, normalmente não é clinicamente útil ou possível prever de forma confiável o organismo causador com base em achados clínicos.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A Febre Tifoide é uma doença febril com início dos sintomas 5 a 21 dias após a ingestão do microorganismo causador por meio de alimentos ou água contaminados. No entanto, o período de incubação e inóculo necessário para causar a doença pode variar dependendo de fatores do hospedeiro, tais como a idade, a acidez gástrica e o estado imunológico.

A maioria dos pacientes com Febre Tifoide apresentam-se com dor abdominal, febre e calafrios. Bradicardia relativa ou dissociação de pulso-temperatura também podem ser

encontradas. Na segunda semana de doença, além da dor abdominal, podem aparecer “manchas rosas” (máculas cor de salmão no tronco e abdome). Durante a terceira semana de doença, hepatoesplenomegalia, perfuração e hemorragia intestinal, e, conseqüentemente, bacteremia secundária e peritonite. Na ausência de complicações agudas ou morte por sepse, os sintomas gradualmente se resolvem ao longo de semanas a meses.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Pacientes com Febre Tifoide frequentemente têm anemia, leucopenia ou leucocitose; leucopenia com desvio à esquerda normalmente é visto em adultos, enquanto leucocitose é mais comum em crianças. Se observada na terceira semana de doença, a leucocitose deve levar à suspeita de perfuração intestinal. Testes de função hepática encontram-se frequentemente alterados, com aumentos até 5 vezes o valor normal. O diagnóstico de Febre Tifoide é feito por cultura de sangue e fezes, entre outras amostras, associado à presença de um quadro clínico compatível. Testes sorológicos, como o Teste de Widal, são de utilidade clínica limitada em áreas endêmicas porque os resultados positivos podem representar infecção prévia.

4. TRATAMENTO

Fluoroquinolona, como a ciprofloxacina (500 mg duas vezes por dia) ou moxifloxacina (400 mg duas vezes por dia), por via oral ou parenteral durante 7 a 10 dias. As fluoroquinolonas não devem ser usadas como tratamento de primeira linha para a Febre Tifoide em pacientes do sul da Ásia ou outras regiões com altas taxas de resistência a fluoroquinolona. Nesses casos, optar por regimes alternativos com azitromicina ou, preferencialmente, ceftriaxona (2 a 3 gramas/dia).

5. REFERÊNCIAS

JAY S. K. et al. , 3. ed. Elsevier, 2013.

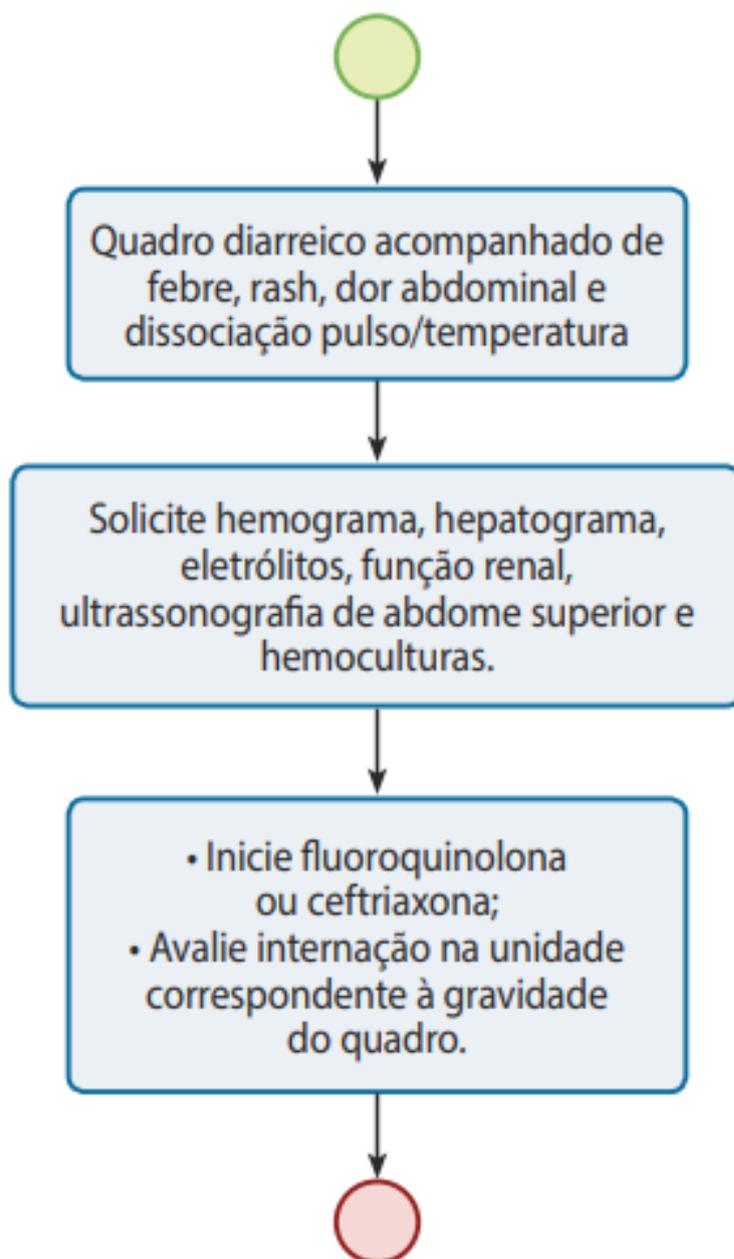
MUSHER, D. M.; MUSHER, B. L. Contagious acute gastrointestinal infections. **N Engl J Med** 2004, Dec 2, 351(23).

RICHARD L. G. et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. **Clin Infect Dis** 2001. Feb 1,32(3).

SMITH, M. D. Comparison of ofloxacin and ceftriaxone for short-course treatment of enteric fever. **Antimicrob Agents Chemother** 1994; 38:1716.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO QUADRO SUSPEITO DE FEBRE TIFOIDE





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

INFLUENZA

Elaboração: 1º Ten Rodrigo Fernandes de Freitas

Revisão: 1º Ten Bruno Cruz Fonseca

1. INTRODUÇÃO

A gripe é uma doença respiratória aguda causada pelo vírus influenza A ou B que ocorre em surtos e epidemias em todo o mundo, principalmente durante a estação de inverno.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O período de incubação da influenza dura de um a quatro dias. A transmissibilidade em adultos ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas e dura até três dias após o final da febre. Há infecção aguda das vias aéreas que cursa com quadro febril (temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), com a curva térmica usualmente declinando após dois ou três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução.

Pode ser acompanhada de sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia, rinorreia, tosse seca, calafrios, náuseas, vômitos, rouquidão e hiperemia conjuntival. As queixas respiratórias, com exceção da tosse, tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e se mantêm, em geral, por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. A tosse, a fadiga e o mal-estar frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e, raramente, podem perdurar por mais de seis semanas.

As complicações mais comuns são sinusite, pneumonia bacteriana, otite, pneumonia primária pelo próprio influenza e descompensação clínica de doenças de base, como insuficiência cardíaca, asma, diabetes, etc.

São sinais de agravamento:

- Dispneia, taquipneia ou sat < 95%;
- Persistência da febre por mais de três dias;
- Exacerbação de doença preexistente ou disfunção orgânica aguda;
- Miosite (CK > 2 x o valor normal);
- Alteração do sensório.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Exames inespecíficos podem revelar leucocitose, leucopenia ou neutrofilia ao hemograma. As manifestações radiográficas típicas de pneumonia primária por influenza incluem infiltrado reticular bilateral ou opacidades reticulonodulares com ou sem consolidação sobreposta. Menos frequentemente, as radiografias mostram áreas focais de consolidação, especialmente nos lobos inferiores, sem infiltrado reticular ou opacidades reticulonodulares. Tomografia computadorizada de alta resolução pode mostrar infiltrado peribroncovascular multifocal ou consolidação subpleural e/ou opacidades em vidro fosco. A coleta de swab para identificação do vírus influenza por cultura somente será realizada nos pacientes que necessitem de internação.

4. TRATAMENTO

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) para todos os casos de Síndrome Gripal (SG) que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial. Nesse grupo, pode-se optar pelo início do medicamento mesmo após 48 horas do início do quadro, principalmente se houver internação.

Todos os pacientes com Síndrome Gripal devem ser orientados para retornar ao serviço de saúde em caso de piora do quadro clínico, quando deverão ser reavaliados quanto aos critérios de SRAG ou outros sinais de agravamento.

São indicativos de internação em Unidade de Terapia Intensiva:

- Instabilidade hemodinâmica persistente após reposição volêmica;
- Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%;
- Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda, insuficiência hepática e disfunção neurológica.

A posologia em adultos para o oseltamivir é de 75 mg 12/12 horas por 5 dias nos casos ambulatoriais, podendo ser estendido por 10 dias nos casos graves que necessitem de internação em unidade fechada, seja por SRAG ou por disfunção orgânica aguda.

5. REFERÊNCIAS

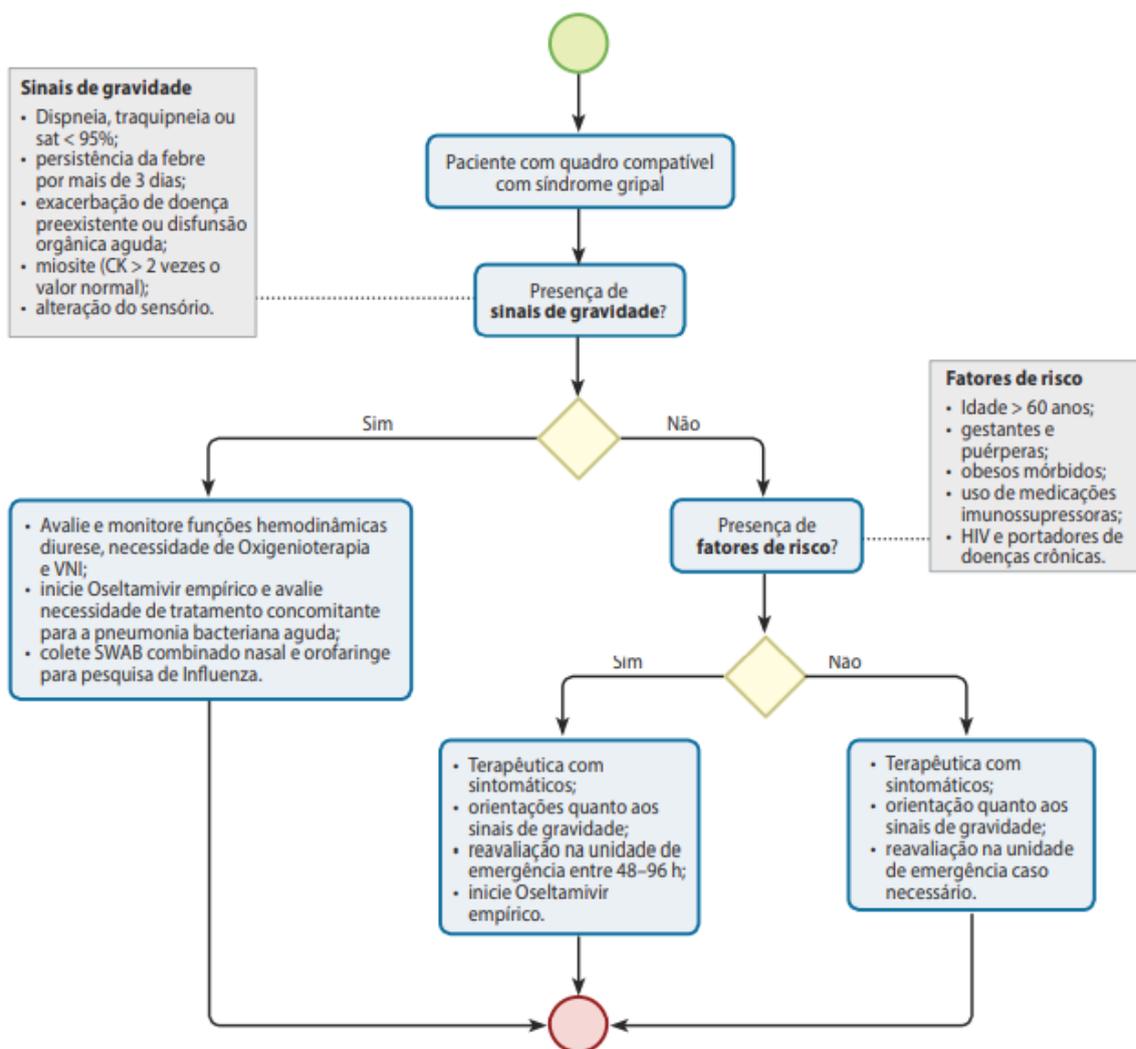
BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento de Influenza**. Distrito Federal, 2015.

KASPER, D. L.; HAUSER S. L. et al. **Harrison's Principles of Internal Medicine**. 19. ed. McGraw-Hill Book Company, New York, 2015. p.1209.

KISHABA, T. **Viruses, Mycoplasma, and Chlamydia**. In: *Imaging of Pulmonary Infections*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2007.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

MORDEDURA ANIMAL E HUMANA

Elaboração: Cap Leonardo Gomes Teixeira Leite

Revisão: Cap Glaucia Aparecida Pires Guasti

1. INTRODUÇÃO

As mordeduras por humanos e por animais são problemas comuns nas emergências. O cuidado apropriado exige inspeção da ferida para avaliação dos danos em estruturas mais profundas e tomada de decisão quanto à necessidade de fechamento primário, fornecimento de antibióticos profiláticos para feridas com alto risco de infecção, e profilaxia para tétano e raiva.

Os acidentes por mordedura canina, em geral, são ocasionados por animal do próprio paciente ou de origem conhecida (família ou vizinhos). Em crianças, que têm maior prevalência desse tipo de acidente, a lesão pode apresentar-se em topografia de cabeça e pescoço em até 70% dos casos. Já os acidentes envolvendo mordedura ou arranhadura por gatos, em oposição aos acidentes com cães, costumam ocorrer após evento provocativo, geralmente com animais não relacionados diretamente com a vítima.

Os patógenos predominantes em mordidas de animais são provenientes da flora bucal do animal e da pele humana. Em geral, a infecção, quando ocorre, é polimicrobiana. Os patógenos comuns (em ordem de prevalência) incluem espécies de *Pasteurella*, estafilococos, estreptococos e bactérias anaeróbias. Entretanto, não podemos deixar de ressaltar dois importantes microrganismos: a *Capnocytophaga canimorsus*, pela capacidade de ocasionar

bacteremia e sepse fatal em pacientes esplenectomizados, etilistas crônicos ou com doença hepática subjacente; e a *Bartonella henselae*, por ser o agente etiológico da doença da arranhadura do gato.

Os patógenos envolvidos nas infecções por mordedura humana normalmente refletem a flora da boca e da pele. Em geral, encontramos os seguintes microrganismos: *Streptococci*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella* e *Porphyromonas spp.*

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As **mordidas de cão** podem causar uma série de lesões, que variam desde pequenas feridas (por exemplo: riscos, abrasões) a lesões extensas (por exemplo: feridas profundas, laceração e perda tecidual acentuada, lesões vasculares e lesões por esmagamento).

Dois terços das **mordeduras de gato** envolvem as extremidades superiores. Já os arranhões geralmente ocorrem nas extremidades superiores ou face. As perfurações profundas são de particular preocupação, porque os gatos possuem dentes longos, finos e afiados. Quando a mão é o alvo de tal ferimento, as bactérias podem ser inoculadas abaixo do perióstio ou em uma articulação, podendo resultar em osteomielite ou artrite séptica. Arranhões e pequenas perfurações podem parecer insignificantes, e as vítimas raramente procuram a emergência precocemente.

As **mordidas humanas** são responsáveis por quase 25% de todas as mordidas vistas em serviços de emergência, tornando-as a terceira causa mais comum após mordidas de cães e gatos. Quando um paciente é mordido por outro ser humano, uma área semicircular ou oval de eritema ou hematomas é normalmente visível, podendo ou não ocorrer acometimento da pele.

As manifestações clínicas podem incluir febre, eritema, edema local, alteração na sensibilidade adjacente à lesão, drenagem de secreção purulenta e linfangite. As complicações incluem abscessos subcutâneos, osteomielite, artrite séptica, tendinite e bacteremia. A infecção por *Pasteurella multocida* caracteristicamente se desenvolve rapidamente após mordedura por gato ou cão, apresentando-se com eritema, edema e dor intensa evidentes 12 a 24 horas após o incidente. Sinais sistêmicos de infecção, tais como febre e linfadenopatia, são pouco frequentes.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A abordagem diagnóstica consiste tão somente na coleta de informações durante a anamnese. Ressalta-se, ademais, que é a qualidade da mesma que proverá o médico de informações relevantes quanto às possíveis complicações, ou mesmo direcionará o exame físico a ser realizado.

4. TRATAMENTO

A limpeza efetiva da lesão com solução salina associada a solução degermante ou iodada são de vital importância na diminuição da contaminação do local afetado. Importante, ainda, realizar o desbridamento do material desvitalizado, bem como a procura minuciosa, após analgesia, de corpo estranho.

A abordagem ao fechamento da ferida varia, em parte, com o tipo de mordida. Um médico com formação prévia e experiência na reparação de laceração pode realizar o fechamento da ferida primária de lacerações simples devido a mordidas de cão. Em contraste, a maioria das mordidas humanas ou por gatos são deixadas abertas para cicatrizar por segunda intenção.

Em geral, lesões puntiformes, ou em extremidades (mãos ou pés), com mais de 12 horas de evolução, ou lesões por esmagamento, não devem ser suturadas. A avaliação cirúrgica torna-se essencial quando houver: lesões profundas com acometimento de articulações, ossos, vasos, músculos ou tendões; lacerações faciais complexas ou mesmo com sinais tardios de infecção (osteomielite, abscessos, dentre outros).

O uso de antimicrobiano profilático deverá ocorrer nos casos de lesões:

- Em face ou genitália;
- Profundas associadas a comprometimento articular (principalmente em mãos), vascular ou linfático;
- Por esmagamento;
- Que venham a requerer procedimentos cirúrgicos;

- Em pacientes imunocomprometidos (SIDA, usuários de medicações imunodepressoras, etc.); Puntiformes profundas ocasionadas por gatos.

O regime antimicrobiano de escolha, nos casos de mordedura animal e humana, é amoxicilina/clavulanato 875/125 12/12 horas por 5 dias, nos regimes profiláticos. Doxiciclina com metronidazol podem ser usados como regime alternativo nos pacientes alérgicos à penicilina. Evitar o uso de cefalexina por não apresentar ação contra a *P. multocida* ou a *Eikenella corrodens*.

Nos casos que necessitem de tratamento com paciente internado, pode-se usar a amoxicilina/clavulanato, ampicilina/sulbactam, ou mesmo cefalosporina de terceira geração com metronidazol. Nos casos graves, com necessidade de internação em unidade fechada, pode-se aventar o uso de carbapenêmicos. O tempo de tratamento poderá variar de acordo com o grau da infecção, o local acometido e a presença de complicações como abscessos ou osteomielite.

Nos casos de mordedura humana, quando o agente agressor possuir Hbsag positivo e a vítima não possuir anti-HBs positivo, proceder com a vacinação para Hepatite B e administração de imunoglobulina. Em caso de impossibilidade de realizar o exame no agressor e a vítima não souber seu estado vacinal, encaminhar para a vacinação e avaliar o uso de imunoglobulina. Em caso de dúvida, encaminhar o paciente para o Setor de Infectologia.

4.1 PROFILAXIA PARA RAIVA E TÉTANO

As tabelas a seguir mostram a recomendação do Ministério da Saúde para as profilaxias de Raiva e Tétano:

Tabela – Vacinação

HISTÓRICO DE VACINAÇÃO PRÉVIA PARA TÉTANO	FERIMENTO COM BAIXO RISCO		FERIMENTO COM ALTO RISCO		OUTRAS CONDUTAS PARA O FERIMENTO
	Vacina	SAT/Ighat	Vacina	SAT/Ighat	
Desconhece ou menos de 3 doses	Sim	Não	Sim	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e desinfecção: lavar com soro fisiológico e substância oxidante • Fazer desbridamento quando houver indicação
3 doses ou mais e última dose há menos de cinco anos	Não	Não	Não	Não	
3 doses ou mais e última dose há mais de cinco anos e menos de 10	Não	Não	Sim	Não	
3 doses ou mais e a última há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Sim	

Fonte: Ministério da Saúde

ESQUEMA PARA PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA COM VACINA DE CULTIVO CELULAR

Tipos de exposição	Condição do animal agressor		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão.	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; • animais silvestres (inclusive os domiciliados); • animais domésticos de interesse econômico ou produção.
Contato indireto	Lavar com água e sabão; não tratar.	Lavar com água e sabão; não tratar.	Lavar com água e sabão; não tratar.
Acidentes leves <ul style="list-style-type: none"> • Ferimentos superficiais pouco extensos; • geralmente únicos em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); • decorrentes de mordeduras ou arranhaduras causadas por dente ou unha; • lambedura de pele com lesões superficiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão; • observar o animal durante 10 dias após a exposição; • se o animal permanecer sadio durante o período de observação, encerrar caso; • se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar cinco doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14, e 28). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão; • iniciar o esquema profilático com duas doses: uma no dia 0 e outra no dia 3; • observar o animal durante 10 dias após a exposição; • se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso; • se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até cinco doses; • aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão; • iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 doses de vacina, administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

ESQUEMA PARA PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA COM VACINA DE CULTIVO CELULAR			
Tipos de exposição	Condição do animal agressor		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão.	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; • animais silvestres (inclusive os domiciliados); • animais domésticos de interesse econômico ou produção.
Contato indireto	Lavar com água e sabão; não tratar.	Lavar com água e sabão; não tratar.	Lavar com água e sabão; não tratar.
Acidentes graves <ul style="list-style-type: none"> • Ferimentos em cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais e/ou planta dos pés; • ferimentos profundos, múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo; • lambedura de mucosas; • lambedura de pele onde já existe lesão grave; • ferimento profundo causado por unha de animal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão; • observar o animal durante 10 dias após a exposição; • iniciar esquema profilático com duas doses: uma no dia 0 e outra no dia 3; • se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso; • se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema profilático, administrando o soro e completando o esquema até cinco doses; • aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28 . 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão; • iniciar o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28; • observar o animal durante 10 dias após a exposição; • se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão; • iniciar imediatamente o esquema profilático com soro e cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

5. REFERÊNCIAS

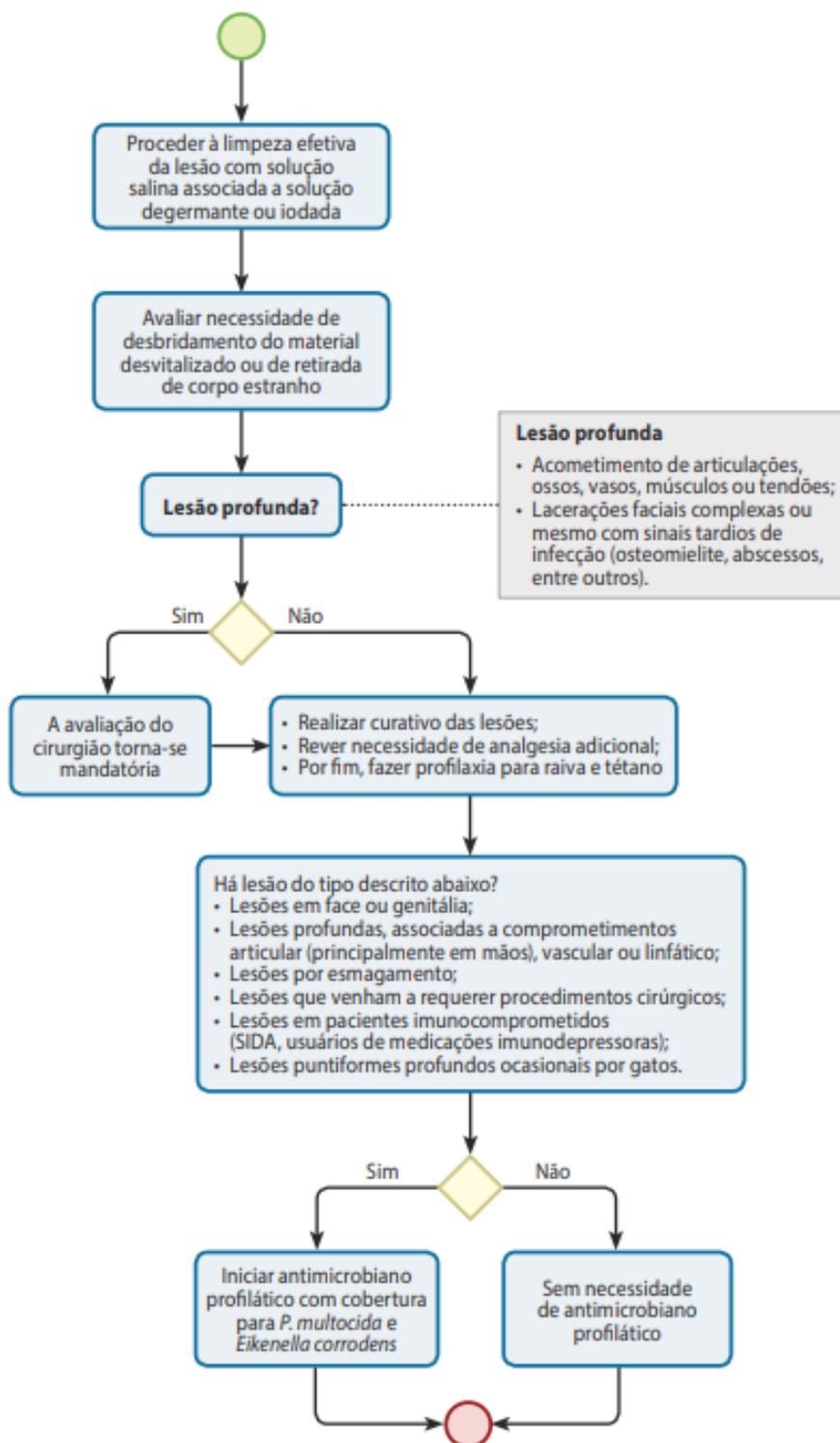
BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil**. Distrito Federal, 2011.

HERLON, S. et al. **Medicina de Emergência Abordagem Prática**. 11. ed. Manole, 2016.

HILL, D. R. **Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease**. 9. ed. Elsevier, 2012.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE MORDEDURA ANIMAL/HUMANA





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Hospital Central do Exército Brasileiro**, elaborado e disponibilizado para auxiliar os profissionais que trabalham em Unidade de Emergência.

Referência: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Protocolos Emergência e Urgência:** Especialidades Clínicas. vol. 2. Rio de Janeiro: HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/34XD5AO>.

DISTÚRPIO ÁCIDOSBÁSICOS

Elaboração: Maj Dinalva Ferreira Costa do Carmo

Revisão: TC Nilton Marcos Gomes dos Santos

1. INTRODUÇÃO

O diagnóstico e o manejo dos distúrbios acidobásicos em pacientes com quadros agudos requerem uma interpretação rápida e acurada de todos os parâmetros laboratoriais associados, incluindo medidas simultâneas dos eletrólitos séricos e dos gases do sangue arterial. O status acidobásico do corpo é rigidamente controlado para manter o pH dentro de um intervalo normal de 7,35 a 7,45. O paciente com um distúrbio acidobásico em geral está gravemente doente, e a apresentação complexa desse distúrbio exige uma abordagem metabólica tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

2.1 ACIDOSE METABÓLICA

A alteração básica é uma queda do bicarbonato e a consequente diminuição do pH. Há hiperventilação compensatória e diminuição na PaCo₂.

2.2 ALCALOSE METABÓLICA

É secundária a um aumento do bicarbonato ou a perda de íons H^+ pelas vias gastrointestinal ou renal, levando a hipoventilação e aumento na $PaCO_2$ como tentativa de compensação.

2.3 ACISODE RESPIRATÓRIA

É consequência da eliminação pulmonar inadequada de gás carbônico e do aumento de $PaCO_2$, com retenção renal de bicarbonato como tentativa de compensação. As principais causas são: doença pulmonar (DPOC, asma grave, infecção pulmonar grave) e depressão central da respiração (drogas, AVC, infecção no SNC, trauma do SNC).

2.4 ALCALOSE RESPIRATÓRIA

É secundária a hiperventilação e a queda da $PaCO_2$, com perda renal de bicarbonato como tentativa de compensação.

3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

3.1 ANÁLISE DA GASOMETRIA ARTERIAL

Passo 1: há distúrbio acidobásico?

Veja a $PaCO_2$ e o HCO_3^- e determine se eles estão nos valores normais.

Se estiverem normais, vá ao Passo 5.

Passo 2: o paciente está acidêmico ou alcalêmico?

Veja o pH

Passo 3: qual o distúrbio acidobásico, primário?

Se o pH está baixo, o paciente está em acidose:

- Metabólica: HCO_3^- está diminuído;
- Respiratória: PCO_2 está aumentado.

Se o pH está aumentado, o paciente está em alcalose:

- Metabólica: HCO_3 está aumentado;
- Respiratória: PCO_2 está diminuído.

Passo 4: como reconhecer um distúrbio acidobásico misto?

Calcular o *anion gap*

$$\text{AG} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3), \text{ normal } 12 \pm 4 \text{ mEq/L}$$

- Se $\text{AG} > 5$, a maioria tem acidose metabólica.
- Se o aumento do AG é maior que a queda do HCO_3 , sugere que um componente da acidose metabólica é por perda de HCO_3 .
- Um aumento do AG menor que a queda do HCO_3 sugere alcalose metabólica coexistente.
-

4. TRATAMENTO

- **Acidose Metabólica:** na maioria das vezes consiste em tratar a causa de base, como reposição volêmica e insulinoaterapia para diabetes e ressuscitação volêmica apropriada para restaurar a perfusão tecidual.
- **Alcalose Metabólica:** corrigir a causa de base e tratar a hipovolemia e a hipocalcemia com solução fisiológica 20 ml/Kg/peso na 1ª hora e 10 ml/Kg/peso nas horas subsequentes. O potássio deve ser infundido a 15-20 mEq/h.
- **Acidose Respiratória:** corrigir a causa base. Se necessário, iniciar ventilação mecânica ou adequar a ventilação do paciente que está em ventilação mecânica.
- **Alcalose Respiratória:** corrigir a causa de base.

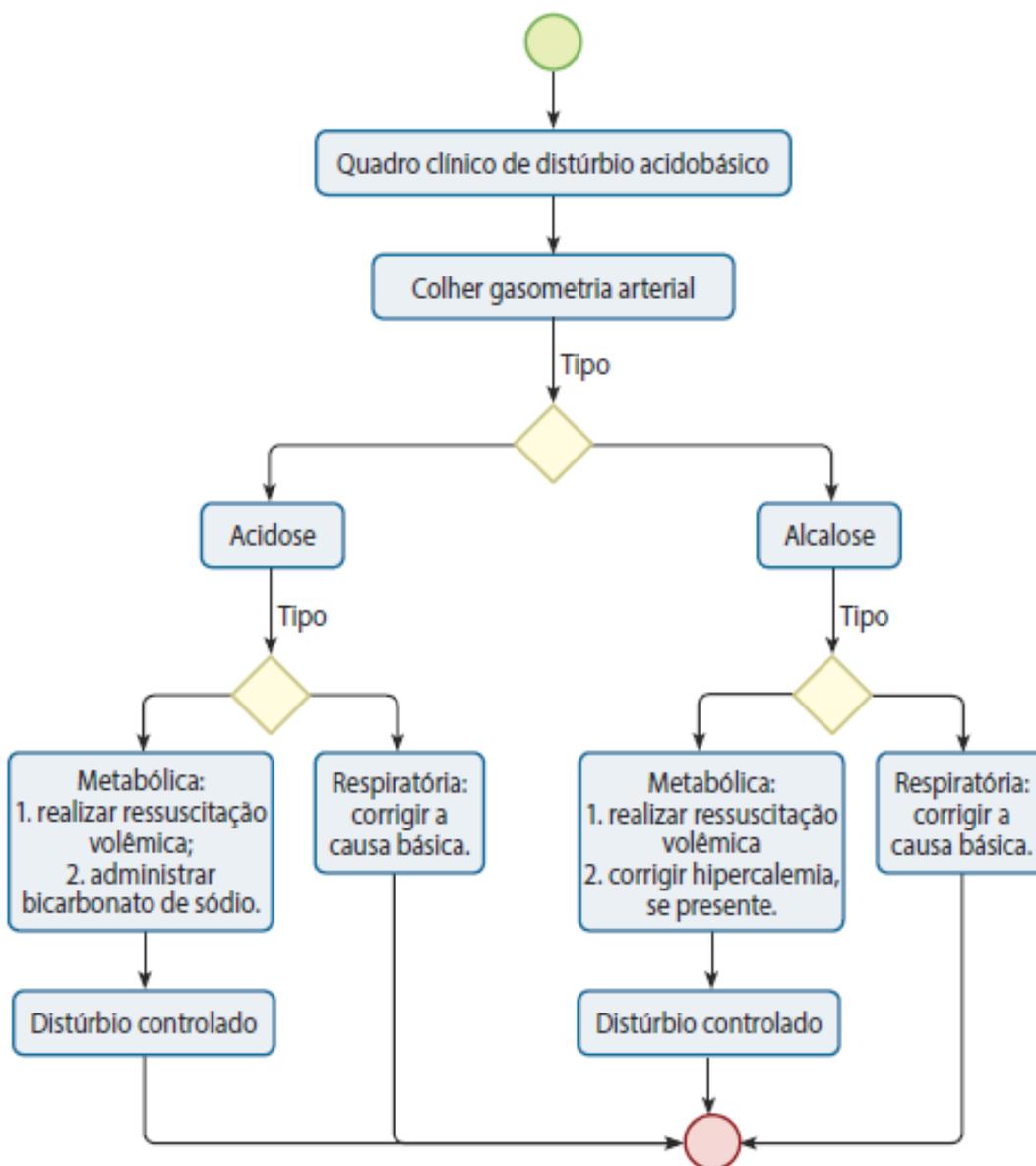
5. REFERÊNCIAS

KNOBEL, E. **Nefrologia e distúrbios do equilíbrio ácido-base**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MICHAEL R; CLARIKSON, M. **Rim:** referência rápida. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2007.

6. ANEXO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A DISTÚRBIOS ACIDOBÁSICOS



ANEXO B – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM



Título: Protocolo de Assistência de Enfermagem em Serviços de Saúde

Elaboração: Dr. André Luiz Thomaz de Souza

Revisão: Dra. Bárbara Oliveira Prado Sousa

Introdução:

A assistência de enfermagem envolve um conjunto de cuidados direcionados a manutenção da saúde e prevenção de agravos no paciente. Entender o que é enfermagem permite ao profissional refletir sobre suas ações e reconhecer a essência da profissão. Podemos dividir a profissão em três Seres: o Ser Paciente, o Ser Enfermeiro e o Ser Enfermagem (HORTA, 1979).

O **Ser Paciente** é caracterizado pela pessoa, família ou comunidade que necessita dos cuidados de enfermagem em algum momento da vida ou durante o processo saúde-doença. O **Ser Enfermeiro** (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) é a pessoa que assume compromisso com a enfermagem e obtém conhecimentos e habilidades que lhe outorgaram o direito de cuidar de gente. Em outras palavras, o Ser Enfermeiro é “gente que cuida de gente”. Por fim, o **Ser Enfermagem** é um Ser abstrato que existe somente quando há relação entre o Ser Paciente e o Ser Enfermeiro (HORTA, 1979). Assim, para que surja o Ser Enfermagem é indispensável à presença de outro ser humano (Figura 1).

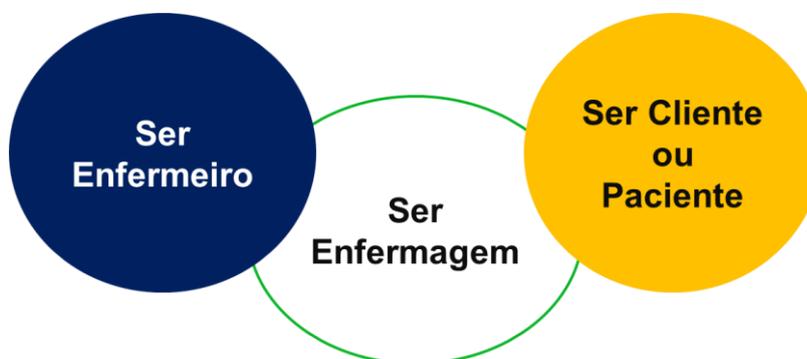


Figura 1. Relação entre os Seres da Enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

Compreendendo a importância do trabalho profissional da enfermagem, torna-se evidente que o Ser Enfermagem vai muito além do domínio de relações interpessoais, e requer do profissional comprometimento na aquisição de habilidades e competências para o exercício da profissão. Neste sentido, o processo de trabalho da enfermagem impacta significativamente no produto que será oferecido a sociedade.

A efetivação dos cuidados de enfermagem exige conhecimento sobre as ciências da enfermagem, o que envolve: fundamentos de enfermagem, assistência de enfermagem, administração de enfermagem e ensino de enfermagem. Igualmente importante é a articulação desses conhecimentos com as ciências biológicas e da saúde e ciências humanas e sociais. A aplicabilidade desse conhecimento está relacionada ao método de trabalho da enfermagem, sendo este denominado como Processo de Enfermagem.

O **Processo de Enfermagem** deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (COFEN, 2009). O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: 1) Coleta de dados; 2) Diagnóstico de enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação e; 5) Avaliação de enfermagem. A Figura 2 mostra a relação entre as etapas do Processo de Enfermagem.

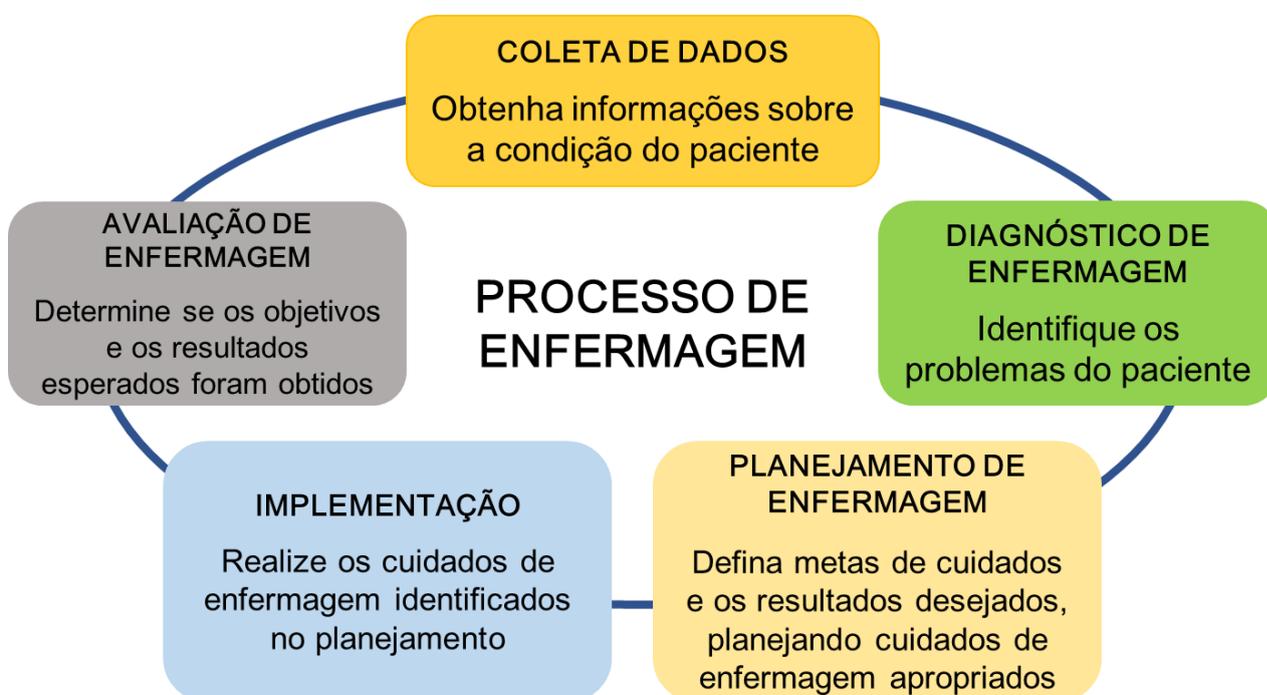


Figura 2. Relação entre as etapas do Processo de Enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

A operacionalização do Processo de Enfermagem se dá por meio da **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**, que pode ser explicada como a organização do trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos. Resumidamente quanto mais organizado for o ambiente de trabalho, mais fácil será a aplicação do Processo de Enfermagem. A Figura 3 mostra a relação e as diferenças entre SAE e Processo de Enfermagem.

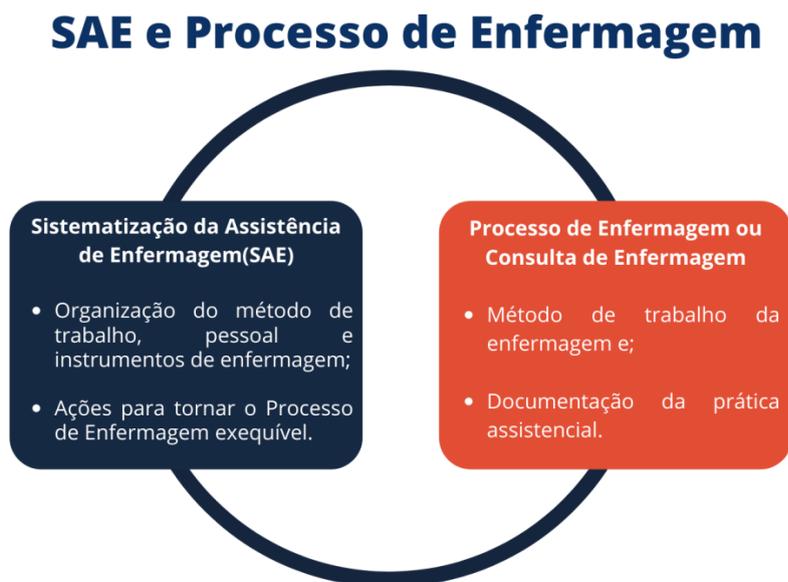


Figura 3. Diferenças entre SAE e Processo de Enfermagem.
Fonte: Elaboração própria.

A partir dos conceitos básicos da prática de enfermagem torna-se possível o raciocínio lógico sobre o planejamento assistencial do enfermeiro, o que deve ser norteado pelas teorias de enfermagem, pelo código de ética da profissão e principalmente pela Prática Baseada em Evidências. Dentre as teorias de enfermagem adotadas no cenário profissional, a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas” de Wanda Aguiar Horta é aplicada frequentemente pelos profissionais de enfermagem.

Essa teoria retrata que o Ser Humano possui necessidades básicas que o motivam para satisfazê-las. As necessidades envolvem diferentes níveis e estão vinculadas a Teoria de Maslow, sendo os níveis: fisiológico, segurança, social, estima e realização pessoal. Logo, compreende-se que durante a assistência de enfermagem, o enfermeiro deve planejar os cuidados a partir das necessidades do paciente. A Figura 4 mostra os níveis das Necessidades Humanas de Maslow.

Pirâmide das Necessidades Humanas de Maslow

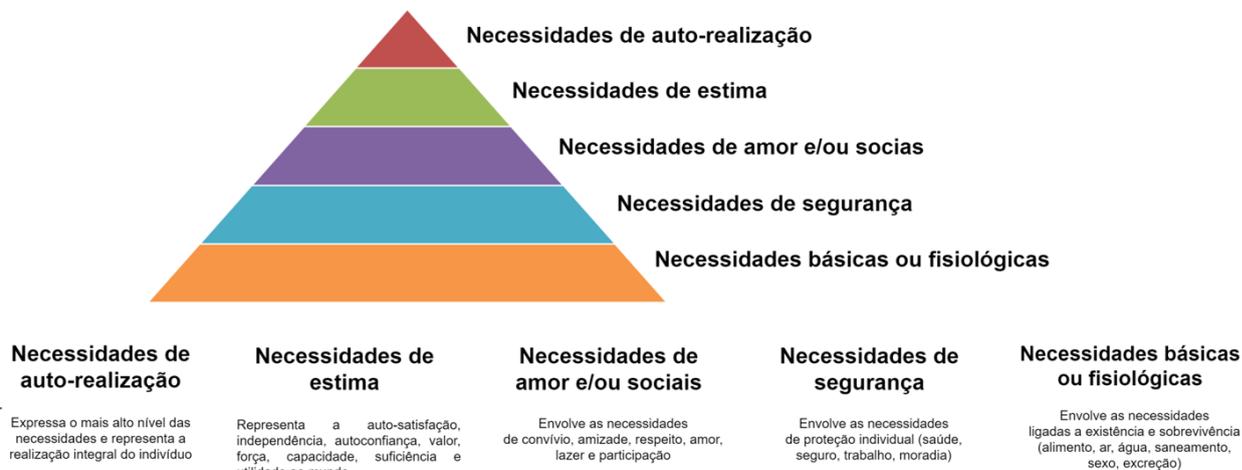


Figura 4. Pirâmide das Necessidades Humanas de Maslow.

Fonte: Elaboração própria.

A necessidade mais básica de todas é a fisiológica, sendo esta relacionada à existência e sobrevivência do homem, o que envolve: respiração, alimentação, água, excreção, sono e sexo. A necessidade de segurança está relacionada à proteção contra perigos e ameaças, cujas necessidades estão voltadas para manutenção de ambiente seguro. A necessidade social relaciona-se com o convívio em grupo, amor, lazer, comunicação e amizade. A necessidade de estima diz respeito a auto-estima, confiança, respeito aos outros. Por fim, a auto-realização expressa o topo das necessidades e envolve o ser humano em sua plenitude.

De acordo com o nível de necessidade, a pessoa tem todo o seu organismo orientado na busca de meios para satisfazê-la. Uma pessoa pode ter múltiplas necessidades. Contudo, a motivação dominante vai depender de qual das necessidades mais baixa na hierarquia estão suficientemente satisfeitas. Na medida em que uma necessidade começa a ser satisfeita, a mais próxima na hierarquia, em posição superior, começará a surgir e a dominar o organismo. Durante a assistência de enfermagem, o enfermeiro planeja os cuidados com meta em atender as necessidades mais básicas daqueles que permanecem incapazes de satisfazê-las.

Fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, o Processo de Enfermagem norteia o planejamento assistencial e a documentação dos cuidados de enfermagem oferecidos ao paciente. Na coleta de dados de enfermagem por meio da anamnese e do exame físico o enfermeiro obtém informações sobre as condições de saúde e doença. As informações obtidas são interpretadas a fim de estabelecer os diagnósticos de

enfermagem relacionados às respostas apresentadas pelo paciente, família ou coletividade. No planejamento de enfermagem são determinados os resultados que se espera alcançar e quais ações / intervenções de enfermagem serão necessárias para o alcance desses resultados (COFEN, 2009).

A implementação envolve a realização das ações planejadas, o que requer habilidades técnicas e intelectuais. Por fim, a avaliação é um processo sistemático e contínuo de verificação das mudanças do paciente, família ou coletividade frente às intervenções realizadas, ou seja, verifica-se o efeito da assistência de enfermagem e/ou a necessidade de mudanças no plano assistencial. Ainda como parte do Processo de Enfermagem, ocorre à documentação da prática assistencial realizada junto ao paciente (COFEN, 2009).

Ressalta-se que diferente do diagnóstico médico, o diagnóstico de enfermagem é focado na resposta apresentada pelo paciente, por exemplo, um diagnóstico médico de pneumonia pode ser visto pela enfermagem como um diagnóstico de Padrão Respiratório Ineficaz ou Troca de Gases Prejudicada. Logo, todo planejamento de cuidados será focado nas respostas apresentadas pelo paciente. Os diagnósticos de enfermagem se diferenciam quanto à presença de fatores relacionados (causas) e características definidoras (sinais e sintomas), sendo classificados em: Foco no problema, Promoção da Saúde, Risco e Síndrome (POTTER; PERRY, 2013).

Além da assistência oferecida ao paciente, é necessário que a prática profissional de enfermagem seja documentada. A documentação assistencial quando realizada de forma eficiente, permite validar as ações que a enfermagem executada e principalmente serve como fonte de pesquisa para avaliar o efeito da assistência de enfermagem na saúde do paciente. Neste contexto, o uso das Taxonomias NANDA-I, NOC e NIC é fortemente recomendado, pois permite a uniformização da terminologia adotada pela enfermagem e conseqüentemente a continuidade da assistência (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013).

Considerando importância da enfermagem nos serviços de saúde, conclui-se que se trata de uma profissão que requer do profissional comprometimento na aquisição de habilidades e competências para o exercício do cuidado de enfermagem. É válido destacar que a autonomia dos profissionais de enfermagem será adquirida no momento em que a equipe de enfermagem utilizar de modo consciencioso o Processo de Enfermagem, neste caso, é necessário que todas as ações de enfermagem estejam envolvidas por evidências científicas. A consciência sobre as ações realizadas, o valor científico dado a elas e o impacto que elas geram na saúde do paciente colocará a enfermagem em posição de destaque nos cenários

clínicos. Para tanto, é fundamental a implementação da Prática Baseada em Evidências, como por exemplo, por meio do uso de protocolos assistenciais.

Diante ao exposto, este protocolo foi construído com meta em organizar a assistência de enfermagem nos serviços de saúde gerenciados pelo Instituto Santa Dulce, assim como minimizar erros vinculados à prática profissional e promover um cuidado de enfermagem eficiente. Ressalta-se que o desenvolvimento deste protocolo foi embasado em evidências científicas e nos aspectos éticos e legais que regulamentam a profissional de enfermagem.

Objetivos:

Este protocolo de assistência de enfermagem tem como objetivos:

- a) Fundamentar a prática de enfermagem em evidências científicas;
- b) Padronizar o cuidado de enfermagem no serviço de saúde;
- c) Subsidiar informações técnicas para equipe de enfermagem;
- d) Nortear a atuação do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem;
- e) Dar visibilidade na atuação da enfermagem.

Atribuições do profissional:

As atribuições dos profissionais de enfermagem envolvendo este protocolo estão relacionadas aos aspectos legais contidos na Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986, na Resolução COFEN N° 358, de 15 de outubro de 2009 e na Resolução COFEN N° 564, de 06 de dezembro de 2017. Merecem destaque nessas atribuições, as seguintes ações:

Enfermeiro:

- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- Prescrição de enfermagem;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem.

Técnico de Enfermagem:

- Participação da programação da assistência de enfermagem;
- Execução das ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro.

Auxiliar de Enfermagem:

- Execução das ações assistenciais de enfermagem de caráter simples;
- Observação, reconhecimento e descrição de sinais e sintomas.

Implementação:

As ações assistenciais de enfermagem contidas neste protocolo envolverão a execução dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), conforme as necessidades do paciente e do serviço de saúde. Ressalta-se, que na implementação dos POPs deverão ser considerados os elementos do Processo de Enfermagem e os aspectos éticos e legais inerentes à profissão de enfermagem. A seguir será descrito de forma detalhada as etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem: Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem: Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa,

família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação: Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem: Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

A fim de exemplificar o uso do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde, o Quadro 1 e 2 mostram respectivamente contextos vinculados a atuação do enfermeiro e a execução de procedimentos de enfermagem. Ressalta-se, que quando executado em serviços ambulatoriais, domicílios, entre outros, o Processo de Enfermagem corresponde a Consulta de Enfermagem, neste caso, realizada privativamente pelo enfermeiro (COFEN, 2009).

No Quadro 1 é possível verificar as etapas envolvendo a coleta de dados (caso clínico), a definição dos diagnósticos de enfermagem e o planejamento de enfermagem por meio dos resultados esperados e as intervenções de enfermagem. As etapas de implementação vinculassem a realização do cuidado direto ou indireto de enfermagem, executadas tanto pelo enfermeiro, quanto pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Por fim, a avaliação trata-se de um processo contínuo de verificação de mudanças no quadro clínico do paciente e readequação do plano de cuidados.

O Quadro 2 mostra como o Processo de Enfermagem é usado na execução de procedimentos, o que vai desde o preparo dos materiais até o registro de enfermagem. Nota-se que nesta etapa não consta o diagnóstico de enfermagem, pois se trata de uma atividade privativa do enfermeiro. Ademais, a etapa de avaliação, quando realizada pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem não deve conter impressões diagnósticas, mas sim sobre o alcance do sucesso na execução do procedimento realizado.

Quadro 1. Uso do Processo de Enfermagem no plano de cuidados de enfermagem.

Caso clínico:

Paciente, J. L., 52 anos, sexo masculino, divorciado, assistente de serviços gerais, procedente de Jacupiranga-SP, deu entrada no Pronto Atendimento, às 22h com queixa de dor torácica, de forte intensidade (EVA = 9), em aperto, associada a náuseas e vômitos, com início há duas horas. Refere que nas últimas semanas vinha apresentando dor epigástrica aos médios esforços, porém de curta duração e alívio quando em repouso. Refere hipertensão arterial sistêmica há quatro anos, em uso irregular de captopril 50 mg. Não soube informar ao certo os níveis basais de sua pressão arterial. Há mais de dois anos não realiza consulta ou exames de rotina. Nega alergia a medicações e/ou alimentos. Descreve trabalhar oito horas por dia em uma fábrica de palmito. Ainda, alega morar com o filho de 15 anos, fazer o uso em média de 20 cigarros por dia desde os 19 anos de idade e o uso de bebidas alcóolicas aos finais de semana. Ao exame físico apresenta-se lúcido, orientado, pálido, acianótico, anictérico, sudorético. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em bases, taquipneia (FR 30 irpm, saturação O₂ 90%). Ausculta cardíaca com BRNF, com sopro sistólico (FC 116 bpm), hipotenso (PA 94 x 58 mmHg). Abdome flácido, com RH presentes. Apresenta extremidades pouco aquecidas, tempo de enchimento capilar > 3 segundos, pulsos radiais e pediosos simétrico (3+/4+). Realizado ECG, apresentando supradesnivelamento do segmento ST nas derivações II, III, aVF.

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada ao agente lesivo caracterizado por EVA = 9 e expressão facial de dor.

Resultado esperado: paciente apresentará redução de EVA para 0 em 60 minutos.

Intervenções de enfermagem:

- Realizar uma avaliação abrangente da dor, local, caráter, duração, intensidade, fatores precipitantes e irradiação;
- Observar indicadores não verbais de desconforto;
- Utilizar escala numérica de dor;
- Certificar-se da prescrição para administração de antianginosos (nitratos);
- Avaliar os efeitos da medicação no alívio da dor;
- Monitorizar os efeitos colaterais como cefaleia, hipotensão, náusea;
- Oferecer informações sobre a dor;
- Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

Diagnóstico de enfermagem: Débito cardíaco diminuído relacionado à contratilidade alterada, caracterizado por taquicardia, hipotensão e alterações eletrocardiográficas.

Resultado esperado: apresentará frequência cardíaca entre 60 – 100 bpm e pressão arterial próxima a 120 x 80 mmHG em até 120 minutos.

Intervenções de enfermagem:

- Administrar medicamentos para aliviar / prevenir a dor e a isquemia, conforme prescrição médica;
- Monitorar ritmo e frequência cardíaca;
- Monitorar tendências na pressão arterial e parâmetros hemodinâmicos (PVC, PCP);
- Auscultar os sons cardíacos;
- Auscultar os pulmões na busca de crepitações ou outros ruídos adventícios;
- Monitorar o estado neurológico;
- Obter ECG sempre na presença de dor torácica;
- Monitorar valores laboratoriais de eletrólitos que podem aumentar o risco de arritmias (potássio e magnésio sérico);
- Monitorar eficácia das medicações administradas.

Fonte: Souza (2010), Adaptado.

Quadro 2. Uso do Processo de Enfermagem em procedimentos de enfermagem.

Medida da Glicemia Capilar	
Materiais	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de algodão; • Lanceta estéril; • Papel toalha; • Medidor de glicose sanguínea; • Tira reagente de glicose sanguínea; • Luvas de procedimento.
Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a compreensão do paciente sobre o procedimento que será realizado; • Identificar condições de realização do procedimento (jejum, pré ou pós-prandial); • Determinar se existem riscos para a realização do procedimento (p. ex. plaquetopenia, terapia anticoagulante ou distúrbios hemorrágicos); • Avaliar a área da pele que será usada como local da punção (p. ex. dedos ou calcanhar); • Revisar a prescrição médica para determinar a frequência de medição.
Planejamento de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar os materiais necessários para a realização do glicoteste; • Identificar o paciente de acordo com a política do serviço de saúde; • Explicar ao paciente a finalidade do procedimento.
Implementação	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir ao paciente que realize a higiene das mãos com água e sabão (se possível); • Posicionar a mão do paciente para realização do glicoteste; • Ligar o medidor de glicose e posicionar a fita reagente no mesmo; • Adotar de medidas de precaução padrão; • Puncionar o local de escolha e colocar gota de sangue na tira reagente; • Obter resultado do teste no medidor de glicose; • Oferecer “bola de algodão” para o paciente estancar o sangramento no local da punção; • Organizar o ambiente e descartar os materiais em local apropriado; • Informa o resultado do teste para o paciente;
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Reinspecionar o local da punção em busca de sangramento ou lesão tecidual; • Comparar resultado do teste com os níveis normais de glicose e os resultados de teste anteriores.
Registro de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar os resultados de glicemia no prontuário do paciente; • Informar os níveis de glicose sanguínea ao enfermeiro e médico plantonista.

Fonte: Potter; Perry (2013), Adaptado.

Destaca-se que o técnico e auxiliar de enfermagem participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhe couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro. Ainda, toda execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, de acordo com os aspectos éticos e legais da profissão.

Fluxograma:

A Figura 5 mostra o fluxograma das etapas de execução do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde gerenciados pelo Instituto Santa Dulce.

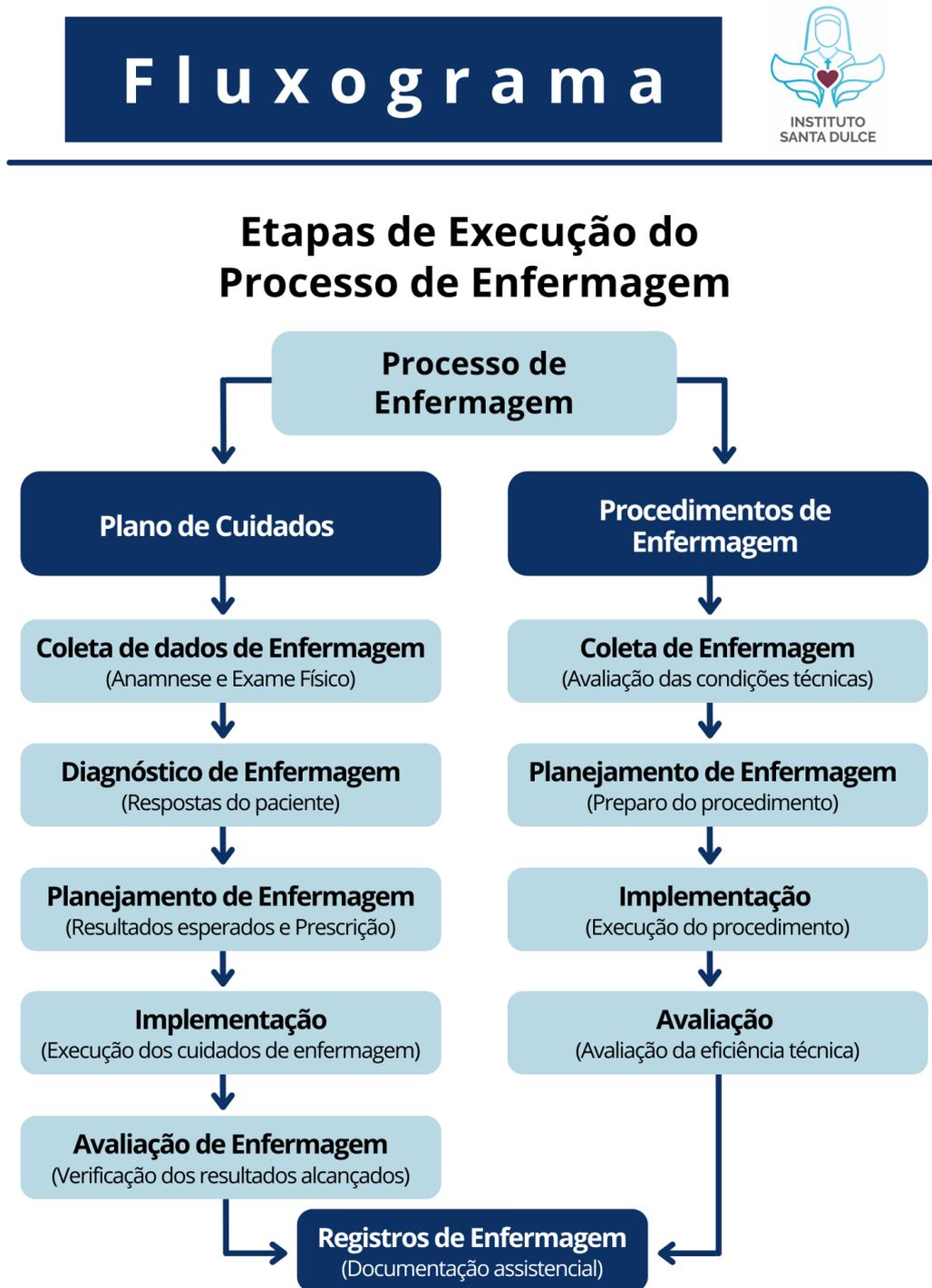


Figura 5. Etapas de execução do Processo de Enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

Recomendações:

Para otimizar o uso deste protocolo recomenda-se aos profissionais de enfermagem e demais interessados:

1. Conhecer o perfil dos pacientes atendimentos no serviço de saúde;
2. Atualizar constantemente os POPs do serviço de saúde;
3. Treinar a equipe de enfermagem na execução dos procedimentos;
4. Considerar as preferências do paciente durante a assistência de enfermagem;
5. Permitir o fácil acesso ao Protocolo de Assistência de Enfermagem;
6. Cultivar e implementar a Prática Baseada em Evidências;
7. Implementar as metas internacionais de Segurança do Paciente no serviço de saúde;
8. Consultar as recomendações científicas atuais sobre a assistência de enfermagem;
9. Atuar respeitando os aspectos éticos e legais da profissão de enfermagem;
10. Atuar em conformidade com as políticas públicas de saúde.

Referências:

ALCÂNTRA, M. R. et al. Teorias de Enfermagem: a importância para implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. **Rev Cie Fac Edu Mei Amb.**, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. spe, p. 134-141, 2013.

CHEEVER, K. H. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. V I e II. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

FÁVERO, N.; TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Atividades de assistência direta do enfermeiro e respectiva anotação. **Enfermagem Atual**, v. 3, n. 4, p. 18-26, 1980.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU, 1979.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SOUZA, E. N. **Casos clínicos para a enfermagem**. Porto Alegre: Moirá Editora, 2010.

SPRINGHOUSE, C. **Incrivelmente fácil**: Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ANEXO C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão Técnica de Lavagem de Mãos</p>	<p>Código: POP – 001</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Todos os profissionais do serviço de saúde.</p>			
<p>Quando: Diariamente.</p>			
<p>Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.</p>			
<p>Objetivo: Garantir a higienização das mãos evitando a transmissão de infecções.</p>			
<p>Orientações:</p> <ol style="list-style-type: none"> Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. <ul style="list-style-type: none"> Ao iniciar o turno de trabalho. Após ir ao banheiro. Antes e depois das refeições. Antes de preparo de alimentos. Antes de preparo e manipulação de medicamentos e procedimentos. Após risco de exposição a fluidos corporais Higienizar as mãos com preparação alcoólica ou antisséptica quando estas não estiverem visivelmente sujas nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> Antes e após o contato com o paciente. Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos. Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico. Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente. Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente. Antes e após remoção de luvas (sem talco). 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Retirar relógios, joias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos); Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar-se a pia para não contaminar a roupa; Molhar as mãos; Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos; Ensaboar as mãos (proporcionando espuma), através de fricção por 			

- aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;
6. Com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;
 7. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
 8. Em caso de torneira sem dispensador de pedal, fechar a torneira com o mesmo papel toalha;
 9. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns;

Figura 1. Técnica de lavagem das mãos



Fonte: <http://sitedaverinha.blogspot.com/2013/08/projeto-higiene-sim-gripe-nao.html>

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2007.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

GEOVANINI, T.; JUNIOR, A.G.O. **Manual de Curativos**. Degermação das Mãos e calçamento de Luvas. 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Corpus, 2008.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. ANVISA, Ago/2009.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Limpeza Concorrente	Código: POP – 002	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Auxiliar de serviços gerais do serviço de saúde.			
Quando: Ao início e/ou término das atividades diárias.			
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.			
Objetivo: Manter o ambiente propício às condições de trabalho e evitar fluxo de microrganismos.			
Orientações: <p><u>Limpeza concorrente:</u> é o processo de limpeza diária de todas as áreas da Unidade de Saúde, objetivando a manutenção do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha etc.), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação e a higienização molhada dos banheiros, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.</p> <p><u>Cuidados:</u> Utilização dos equipamentos de proteção individual- EPI's deve ser oferecido pela instituição contratante, porém a sua conservação e o bom uso são de responsabilidade do funcionário.</p>			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">• 2 Baldes: 1 para água limpa e 1 para água suja.• Rodo.• Pano de algodão para o chão.• Pano de algodão para retirada do pó.• Produtos de limpeza (conforme a necessidade da limpeza).• Mangueira e escada quando necessário.• Vassoura para limpeza na área externa.• Luva de borracha ou látex.• Esponja sintética.			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none">1. Avaliar os horários de fluxo de cada setor;2. Iniciar pelo setor de menor risco de vinculação de micro-organismo;3. Não realizar varreduras a seco na área interna;4. Organize o ambiente e reposição dos materiais de higienização e papéis;5. Retire o lixo e coloque um novo saco (atenção para a distinção entre sacos brancos			

- e pretos);
6. Limpe a superfície com álcool 70° ou pano umedecido em água e sabão,
 7. Limpe os pisos com água e sabão;
 8. Limpe as instalações sanitárias com esponja própria para cada banheiro e uso de desinfetante apropriado.
 9. Se necessário, deverá enxugar o piso com pano limpo e seco.

Tabela 1 – Frequência de Limpeza Terminal Programada.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÍNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecido e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecido e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecido e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecido e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecido e sempre que necessário.

Fonte: ANVISA, 2012

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: ANVISA, 2012.

LAZZARINI, M.P.T. et al. **Limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde**. 1. ed. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2006.

LUCCHIN, L.R.W.; MOZACHI, N. Limpeza e Desinfecção de Áreas Hospitalares. In: SOUZA, V.H.S.; MOZAECHI, N. **O Hospital: manual de o ambiente hospitalar**. 1. ed. Curitiba: Manual Real, 2005. cap. 43, p. 547-604.

PATRÍCIO, A., MARTINS, M.V., FIGUEIREDO, Y.M.D. **Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Limpeza**. Governador Valadares: UNIVALE, 2011.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Limpeza Terminal	Código: POP – 003	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Auxiliar de serviços gerais do serviço de saúde.			
Quando: No intervalo entre as admissões de paciente e/ou quando houver necessidade.			
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.			
Objetivo: Manter o ambiente livre de microrganismos.			
Orientações: <p><u>Limpeza terminal:</u> Deve ser programa devido ao fluxo do ambiente. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, equipamentos, macas, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitorais e luminárias. É uma limpeza mais completa, realizada de acordo com uma rotina pré-estabelecida, habitualmente, uma vez por semana ou quando necessário.</p> <p><u>Cuidados:</u> Utilização dos equipamentos de proteção individual- EPI's oferecidos pela instituição contratante.</p>			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">• Balde para água limpa.• Balde para água suja.• Rodo.• Pano de algodão para o chão.• Pano de algodão para retirada do pó.• Produtos de limpeza (conforme a necessidade da limpeza).• Mangueira e escada quando necessário.• Vassoura para limpeza na área externa.• Luva de borracha ou látex.• Esponja sintética.			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none">1. Definir um dia de menor fluxo na unidade e comunicar aos profissionais sobre o horário da limpeza;2. Reunir os materiais a serem utilizados.3. Organizar o ambiente, guardar papéis e objetos que não podem ser molhados,4. Retirar os lixos,5. Levantar mobiliários,6. Desligar aparelhos elétricos, desde que, não esteja em uso.7. Limpe a superfície com álcool 70° ou pano umedecido em água e sabão,			

8. Limpe as paredes com água corrente, esfregue com sabão e enxague com água corrente,
9. Limpe os pisos com água, esfregue com sabão para retirar a sujeira e enxague com água corrente;
10. Limpe as instalações sanitárias com esponja própria para cada banheiro e uso de desinfetante apropriado.
11. Seque o piso e paredes com pano limpo e seco, quando necessário,
12. Após a limpeza a sala deverá ficar sem utilização para que possa secar.

Quadro 2 – Frequência de Limpeza Terminal Programada.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA
Áreas críticas	Semanal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas não-críticas	Mensal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas semicríticas	Quinzenal (data, horário, dia da semana preestabelecido).
Áreas comuns	(Data, horário, dia da semana preestabelecido).

Fonte: ANVISA, 2012

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

LAZZARINI, M.P.T. et al. **Limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde**. 1. ed. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2006.

LUCCHIN, L.R.W.; MOZACHI, N. Limpeza e Desinfecção de Áreas Hospitalares. In: SOUZA, V.H.S.; MOZAECHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 1. ed. Curitiba: Manual Real, 2005, cap.43, p. 549-605.

PATRÍCIO, A., MARTINS, M.V., FIGUEIREDO, Y.M.D. **Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Limpeza**. Governador Valadares: UNIVALE, 2011.

SOUZA, P.S.L., THOMAS, A.L.K., PINHEIRO, F.R. Desinfecção terminal programada no ambiente hospitalar: um projeto-piloto do serviço de higienização nos quartos das unidades de internação. **Clinical and biomedical research**. Porto Alegre, 2017.

 INSTITUTO SANTA DULCE	Procedimento Operacional Padrão Técnica de Limpeza de Superfícies	Código: POP – 004	
Elaborado: 03/09/2020		Revisado:	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais do serviço de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.			
Objetivo: Manter o ambiente limpo.			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panos de limpeza; • 2 Baldes: 1 para água limpa e 1 para água suja; • Água; • Detergente líquido; • Álcool em gel e álcool 70%; • Escova de cerdas macias; • EPI's (luvas, botas, touca, etc). <p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário; 2. Colocar o EPI's; 3. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido; 4. Retirar os objetos de cima e, se possível, do interior do móvel ou equipamento a ser limpo; 5. Retirar a poeira do móvel ou equipamento com o pano úmido dobrado, para obter várias superfícies de limpeza; 6. Adicionar ao pano de limpeza o detergente, álcool em gel ou álcool líquido 70% de acordo com a informação do fabricante para cada material a ser limpo e retirar o excesso; 7. Quando usar o detergente para limpar o móvel ou equipamento, esfregue com o pano dobrado com a solução; se necessário usar a escova; 8. Retirar toda a solução de detergente com pano umedecido em água limpa. 9. Enxugar o móvel ou equipamento; 10. Recolocar os materiais em cima do móvel após a limpeza, caso haja; 11. Reunir os materiais de trabalho, limpá-los e guarda-los em local apropriado; 12. Limpar os EPI's e guarda-los. <p>OBSERVAÇÃO: Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas podem albergar germes gram positivos, microbactérias e outros. Conclui-se dessa forma que se</p>			

deve evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem as janelas e portas.

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão Técnica de Varredura Úmida</p>	<p>Código: POP – 005</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Auxiliar de serviços gerais do serviço de saúde.</p>			
<p>Quando: Diariamente.</p>			
<p>Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.</p>			
<p>Objetivo: Visa remover a sujeira do chão, devendo ser feita com pano limpo umedecido em água e sabão, a fim de evitar suspensão de partículas de poeira e dispersão de microrganismos.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Baldes: 1 para água limpa e 1 para água suja; • Vassoura; • Rodo; • 2 Panos limpos; • Água e detergente líquido; • Pá de lixo; • EPI's (luvas, botas, touca, etc). 			
<p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunir os materiais necessários; • Colocar os EPI'S; • Preparar o ambiente para limpeza e reunir mobiliário encaminhando para deixar a área livre; • Encher os baldes até a metade, um com água limpa e o outro com água e detergente líquido; • Imergir o pano no balde com solução detergente, retirar o excesso e enrolar na vassoura ou rodo; • Passar o pano no piso, sem retirar o pano do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas; • Recolher a sujeira e jogar no lixo; • Imergir outro pano no balde de água limpa, torcer e enrolar na vassoura; • Retirar o sabão do piso, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta; • Secar o piso usando o pano bem torcido; • Limpar os rodapés; • Recolocar o mobiliário no local original; • Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado; 			
<p>OBSERVAÇÃO: Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas podem</p>			

albergar germes gram positivos, microbactérias e outros. Conclui-se dessa forma, que se deve evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem o piso e abolir varredura seca nos Estabelecimentos de Saúde.

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>Recolhimento dos Resíduos</p>	<p>Código: POP – 006</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Auxiliar de serviços gerais do serviço de saúde.</p>			
<p>Quando: Diariamente ou quando fizer necessário.</p>			
<p>Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.</p>			
<p>Objetivo: Consiste em manusear o mínimo possível, recolher todos os tipos resíduos, acondiciona-los de forma adequada. É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção e deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saco de lixo em material plástico nas cores preto e branco leitoso e em tamanhos compatíveis com as lixeiras das unidades; • EPI's (Avental, Luvas, Botas, etc). 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o(s) material(is) para recolher o lixo; 2. Colocar o EPI; 3. Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira amarrando bem as bordas; 4. Colocar um saco de lixo novo na lixeira de acordo com a cor, fixando-o firmemente nas bordas e retirando o ar que fica entre a parede do lixo e o saco plástico a fim de aumentar o espaço de armazenamento; 5. Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa. 6. Os lixos em sacos pretos deverão ser acondicionados em locais separados dos lixos em sacos brancos; 7. Organizar o local de trabalho; 8. Limpar o material utilizado e guarda-lo em local adequado; 9. Limpar e guardar os EPI's. 			
<p>OBSERVAÇÃO: Os sacos pretos são destinados ao lixo comum e podem ser recolhidos por empresas locais de recolhimento de lixo, Os sacos brancos são destinados a materiais contaminados e assim, devem ser removidos por empresas terceirizadas e que atendam as normas vigentes para esta finalidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário; • Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos; • Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado (este 			

carrinho deverá ser higienizado após sua utilização);

- Deve-se evitar, durante o transporte de resíduos, o cruzamento com pessoas e/ou material limpo nos corredores e elevadores.

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2006.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Nacional. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso em: 07/05/208.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão Acondicionamento dos Resíduos</p>	<p>Código: POP – 007</p>	
<p>Elaborado: 03/09/2020</p>		<p>Revisado:</p>	
<p>Responsável: Auxiliar de serviços gerais do serviço de saúde.</p>			
<p>Quando: Diariamente ou quando fizer necessário.</p>			
<p>Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.</p>			
<p>Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas evitando a transmissão de infecções.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPI's (Avental, Luvas, Botas, etc) <p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar os EPI's; 2. Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9191, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta; 3. O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo branco leitoso identificado “infectante” de acordo com ABNT NBR 750/0; 4. Os resíduos perfurantes e/ou cortantes deveram ser acondicionados em recipientes resistentes, devidamente identificados de acordo com ABNT NBR 750/0, devem ser reforçados, impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho. 5. Os recipientes não deverão exceder 2/3 do volume da embalagem. 6. As lixeiras devem necessariamente possuir tampa, pedal e estarem identificadas para o tipo de material que poderá ser descartado (infectante ou Resíduo Comum); 7. Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em recintos exclusivos. 8. Estes locais devem possuir paredes laváveis, impermeáveis a entrada de água e com sistema que impossibilite a entrada de insetos e roedores; em caso de contêineres, os mesmo devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio e proteção do lixo até o seu recolhimento pela empresa terceirizada; 9. Transportar os resíduos recolhidos em veículos adequados, mantendo a tampa fechada sem que haja escoamento ou queda, não deixar que os sacos encostem ao corpo do profissional ou que sejam arrastados pelo piso. 10. Organizar o local de trabalho; 11. Limpar e guardar os EPI's. 			

OBSERVAÇÕES:

- Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoas treinadas para esta atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência para que se possa dar o destino correto conforme cada tipo de lixo.
- Não faça o descarte somente pelo instrumento, mas também faça o descarte de acordo com o risco agregado.
- Não manipule o lixo, somente feche o saco.
- Não recolha perfuro cortantes descartados em locais inadequados; neste caso deve-se comunicar o responsável pelo descarte para que o mesmo proceda ao recolhimento antes da realização da limpeza do local.
- Nunca transfira o conteúdo de um saco de resíduos em outro saco para fins de preenchimento do mesmo;
- Não recolha perfuro cortantes descartados em locais inadequados; neste caso deve-se comunicar o responsável pelo descarte para que o mesmo proceda ao recolhimento antes da realização da limpeza do local.

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2006.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Nacional. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso: em 07/05/2021.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>Medida da Pressão Arterial</p>	<p>Código: POP – 008</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			
<p>Quando: Sempre que se fizer necessário.</p>			
<p>Monitoramento: Enfermeiro(a).</p>			
<p>Objetivo: Conhecer o valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica), para avaliar se o cliente está normotenso, hipotenso ou hipertenso.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio. • Estetoscópio. • Algodão; • Álcool a 70%. 			
<p>Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento. 2. Certificar-se de que o paciente NÃO: <ol style="list-style-type: none"> a) Está com a bexiga cheia; b) Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; c) Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; d) Fumou nos 30 minutos anteriores. 3. Posicionamento: <ol style="list-style-type: none"> a) O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; b) O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro. 4. Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada. 5. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e o olécrano; 6. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (ver Quadro 3); 3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; 7. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; 8. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial*; 9. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva*; 10. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação*; 11. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo)*; 			

12. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação*;
13. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff)*;
14. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa*;
15. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero*;
16. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;
17. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
18. Informar o valor de PA obtido para o paciente; e
19. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.

** Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória. Reforça-se a necessidade do uso de equipamento validado e periodicamente calibrado.*

Referência:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**: conceitos, processo e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão –DBH VI – Diagnóstico e Classificação. **Rev. Bras. Hipertensão**. v.17. n.1. p. 11-17, 2010.

_____. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão –DBH VI – Diagnóstico e Classificação. **Rev. Hipertensão**. v. 19. n. 4. p. 19-20, 2016.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão Medida da Temperatura Corporal</p>	<p>Código: POP – 009</p>	
<p>Elaborado: 03/09/2020</p>		<p>Revisado:</p>	
<p>Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			
<p>Quando: Sempre que se fizer necessário.</p>			
<p>Monitoramento: Enfermeiro(a).</p>			
<p>Objetivo: Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente. Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações; Acompanhar a evolução da doença.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento não estéril se necessário. • Bandeja; • Termômetro Adequado; • Relógio com ponteiros de segundos; • Algodão; • Álcool a 70%. <p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos. 2. Reunir o material; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Colocar o cliente em posição confortável; 5. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único; 6. Secar a região axilar do cliente se necessário; 7. Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito; 8. Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento (digital); 9. Realizar a leitura da Temperatura e intervir conforme a necessidade; 10. Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado; 11. Realizar as anotações no prontuário do cliente, conforme a necessidade. <p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração; • Em crianças, observar se está com vestimenta adequada à estação do ano conforme a temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura corporal. 			

Referência:

ARCHER, E et al;. **Procedimentos e Protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão Glicemia Capilar Periférica</p>	<p>Código: POP – 010</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			
<p>Quando: Sempre que se fizer necessário.</p>			
<p>Monitoramento: Enfermeiro(a).</p>			
<p>Objetivo: Realizar o controle glicêmico do cliente de acordo com prescrição médica ou conforme avaliação da necessidade.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja. • Glicosímetro. • Fitas reagentes. • Lancetas ou agulhas 13 x 4,5 para punção digital. • Luvas de procedimento. • Bolas de algodão com SF 0,9% ou ABD. 			
<p>Procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário; 2. Explicar o procedimento ao cliente; 3. Lavar as mãos; 4. Retirar uma tira de reagente e tampar o frasco imediatamente; 5. Colocar as luvas de procedimento; 6. Limpar o dedo do cliente com uma bola de algodão; <ol style="list-style-type: none"> a) Se necessário, fazer a antisepsia com algodão embebido em ABD ou soro fisiológico; b) Caso seja necessário o uso de álcool para limpeza, aguarde pelo menos 30 segundos para secagem total, pois poderá interferir no resultado do exame; 7. Puncionar a lateral do dedo ou lóbulo da orelha com lanceta ou agulha 13 x 4,5; 8. Coletar uma gota grande de sangue, evitando pressionar excessivamente, coloca-la sobre área reagente da fita, cobrindo-a completamente; 9. Avaliar o valor obtido e intervir conforme a necessidade; 10. Retirar a fita reagente e despreza-la no lixo; 11. Tirar as luvas e lavar as mãos; 12. Deixar o ambiente em ordem; <p>Realizar as anotações no prontuário do cliente e no cartão de controle.</p>			
<p>Referência:</p> <p>POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p> <p>SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico- cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.</p>			

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Administração de Medicamento por Via Inalatória	Código: POP – 011	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e/ou eliminar secreções.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">• Copo do nebulizador;• Máscara de nebulização;• Medicação prescrita;• Soro Fisiológico;• Seringa;• Inalador;			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Verificar a prescrição;3. Preparar o material;4. Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação;5. Fechar o copo e colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do cliente;6. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador;7. Orientar o cliente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento;8. Pedir ao cliente para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz;9. Ligar o inalador;10. Manter a inalação durante o tempo indicado;11. Observe o cliente se apresenta possíveis reações aos medicamentos prescritos;12. Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento;13. Desligue o inalador;14. Oferecer papel toalha para o paciente para secar a umidade do rosto;15. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente;16. Levar o material desacoplado para lavagem e desinfecção; Higienizar as mãos.			
Referência: <p>POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.</p> <p>VIANA, D.L. Manual de Procedimentos em Pediatria. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.</p>			

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Administração de Medicamento por Via Intradérmica / Hipodérmica	Código: POP – 012	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Administrar testes e vacinas pela via intradérmica.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Medicamento; • Luva de procedimento; • Bandeja; • Recipiente de material perfuro-cortante; • Agulha 13 X 3,8/4,5mm. • Seringa 1 ml. • Álcool 70%; • Algodão seco. 			
Procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos. • Verificar a prescrição. • Explicar o procedimento ao cliente ou familiares. • Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos. • Apoiar o braço sobre superfície plana. • Verificar se o local escolhido está limpo. • Proceder limpeza com soro fisiológico. • Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia. • Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola. • Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto. • Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção. • Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°. • Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha. • Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção. • Não reencepe a agulha; • Descartar a seringa na caixa de perfuro cortante. 			

- Permanecer com o paciente e observar reação alérgica.
 - Higienizar as mãos.
- Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.

Referência:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Administração de Medicamento por Via Intramuscular	Código: POP – 013	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">• Prescrição médica;• Medicamento;• Luva de procedimento;• Bandeja;• Recipiente de material perfuro-cortante;• Agulha (conforme o biotipo do cliente, medicamento a administrar e local de punção);• Seringa (conforme o volume a ser administrado);• Álcool a 70%;• Algodão seco;			
Procedimentos: <ul style="list-style-type: none">• Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dose e horário.• Higienizar as mãos.• Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade.• Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja.• Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber.• Calçar as luvas.• Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltóide ou vasto lateral).• Posicionar o paciente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor.• Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.• Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele.• Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.• Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo.• Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único.			

- Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase.
- Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro-cortante.
- Retirar as luvas.
- Higienizar as mãos.
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências.

Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa = ângulo de 45° a 60° em direção podálica.
- Deltóide= ângulo de 90°.
- Ventroglúteo= angulação dirigida ligeiramente a crista ilíaca.
- Dorsoglúteo= ângulo de 90°.

Escolha correta da agulha:

Está intimamente relacionado à massa muscular do paciente e o local de administração, e ao tipo de medicamento a ser administrado.

- ADULTO: 25 x 6/7/8; 30 x 6/7/8.
- CRIANÇA: 20 x 5,5/6; 25 x 6/7/8; 30 x 8.

Referência:

AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem**: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. **Tratado prático de Enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis, v. 2, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

 INSTITUTO SANTA DULCE	Procedimento Operacional Padrão Administração de Medicamento por Via Intramuscular	Código: POP – 014	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada em tecido subcutâneo.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Medicamento; • Luva de procedimento; • Bandeja; • Recipiente de material perfuro-cortante; • Agulha para aspiração do medicamento: 25 x 7/8 mm; • Agulha para administração: 13 x 4,5 mm ou 13 x 3,8 mm; • Seringa de 1 ou 3 ml; • Álcool a 70%; • Algodão seco; 			
Procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> • Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário. • Higienizar as mãos. • Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade. • Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja. • Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber. • Calçar as luvas. • Escolher o local para administração conforme o tipo de medicamento e possibilidades físicas do cliente; • Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor. • Fazer antisepsia de local com algodão embebido em álcool 70% quando for indicado; • Nos casos de vacina, insulina e heparinas, limpar o local de administração somente com algodão seco e caso seja necessário utilizar o álcool 70%, esperar 30 segundos para a sua secagem; • Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele. • Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no tecido, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido. 			

- **Observação:** no caso de anticoagulantes como a Heparina: não é indicado aspirar, escolha o local adequado e administre o medicamento;
- Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo.
- Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único.
- Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase.
- Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro- cortante.
- Retirar luvas.
- Higienizar as mãos.
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências.

OBSERVAÇÕES:

- Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.
- Locais de aplicações:
 - a) Face ântero-medial da coxa;
 - b) Face posterior do braço, na região medial do tríceps;
 - c) Face abdominal, nas regiões laterais ao umbigo;
 - d) Face posterior do dorso, na região da crista ilíaca.

Escolha correta do ângulo:

- Independente do local, as medicações e vacinas em regiões subcutâneas deverão ser feitas com ângulo de 90°.

Escolha correta da agulha:

- Independente da idade, a escolha deverá ser: 11 x 3,8; 13 x 3,8 ou 13 x 4,5 mm.

Referência:

AME – **Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:** 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. **Tratado prático de Enfermagem.** 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis, v. 2, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Administração de Medicamento por Via Oftálmica	Código: POP – 015	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">• Prescrição médica e Medicamento;• Luva de procedimento;• Bandeja;• Gaze estéril.• Soro Fisiológico (SF) 0,9% 10 ml.			
Procedimentos: <u>MEDICAMENTO EM GOTA</u> <ul style="list-style-type: none">• Higienizar as mãos conforme.• Colocar luvas de procedimento.• Pedir ao cliente para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida.• Limpar as pálpebras do cliente com gaze embebida em SF 0,9% (canto interno para o externo) e descartá-la;• Usar uma gaze nova para cada limpeza. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do cliente, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival.• Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao cliente para olhar para o teto.• Instilar a medicação e oferecer gaze ao cliente para limpar o excesso.• Higienizar as mãos.• Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente. <u>MEDICAMENTO EM POMADA</u> <ul style="list-style-type: none">• Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo;• Peça ao cliente para que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contraindicado.			

- Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um.
- Higienizar as mãos;
Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.

Referência:

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. **Tratado prático de Enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis, v. 2, 2008.

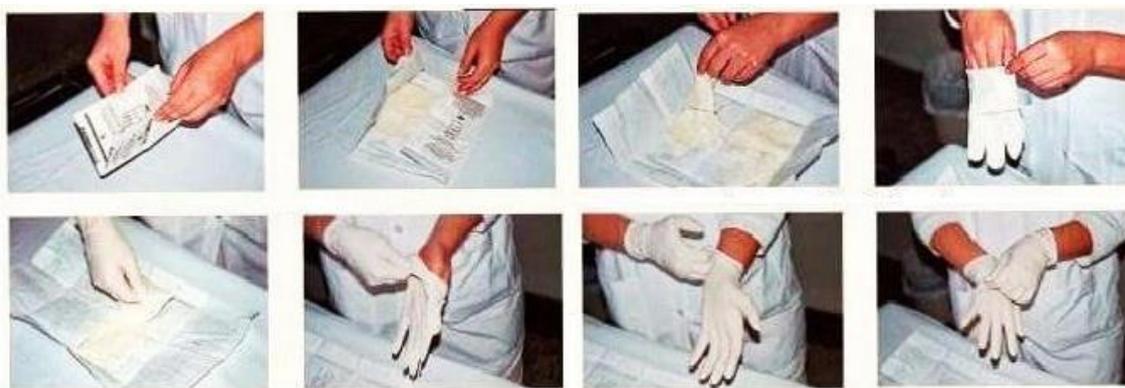
POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Administração de Medicamento por Via Oral	Código: POP – 016	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta e indicada para Via Oral.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento prescrito. • Copo descartável para medicações. • Água. • Bandeja. 			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário. 2. Higienizar as mãos. 3. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade. 4. Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos líquidos. 5. Oferecer a medicação ao cliente em uma bandeja. 6. Oferecer água para ajudar na deglutição. 7. Permanecer ao lado do cliente até que este degluta todo o medicamento. 8. Higienizar as mãos. 9. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente. 			
Referência: <p>AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: PUB, 2009.</p> <p>FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de Enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis, v. 2, 2008.</p> <p>POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.</p>			

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Utilização de Luvas de Látex e Estéril	Código: POP – 017	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Médico(a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Diante de algum procedimento que haja risco de contaminação direta ou indiretamente.			
Monitoramento: Médico(a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Objetivo: Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.			
Orientações: <ol style="list-style-type: none">1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes.2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente3. Troque também durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada.4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.5. A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambientes totalmente estéreis como cateterismo, aspirações traqueais e afins.6. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos dos profissionais.			
Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual e o seu uso não substitui a higienização das mãos!			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. <u>Colocação de Luva Estéril:</u><ol style="list-style-type: none">a. Higienizar as mãos;b. Selecionar o par de luvas compatível com as suas mãos;c. Verificar as condições do invólucro;d. Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna manuseando somente a parte externa;e. Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas			

- esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você;
- Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;
 - Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;
 - Inserir a mão não dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada;
 - Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;
 - Inserir a mão não dominante na luva;
 - Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.

Figura 2. Técnica para calçar as luvas estéreis



2. Remoção das luvas de látex e estéril:

- Pince o látex na região do punho e puxe em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;
- Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;
- Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;
- A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova a mão completamente;
- Escorregue o dedo indicador da mão, sem luva, por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à ponta do dedo com luva até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
- Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virada ao avesso;
- Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão). Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir retire a sua segunda mão do contato com as luvas descartando-as adequadamente;

- h. Descarte o par de luvas no lixo de classificação de infectante.
- i. Lave as mãos com água corrente e sabão.

Referência:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre o seu uso. **Boletim Informativo de Tecnovigilância**. N. 2, Abr/Mai/Jun 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012.

FILHO, S.R.P.; SOUZA, V.H.S.; HOEFEL, H.H.K. Prevenção da Infecção Hospitalar e Biossegurança. In: SOUZA, V.H.S.; MOZAECHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 1 ed. Curitiba: Manual Real, 2005. cap. 6, p. 73-94.

GEOVANINI, T.; JUNIOR, A.G.O. **Manual de Curativos**. Degermação das Mãos e calçamento de Luvas. 2 ed. rev.e ampl. São Paulo: Corpus, 2008.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão Cateterimos Vesical de Demora Feminino</p>	<p>Código: POP – 018</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Enfermeiro(a)</p>			
<p>Quando: Sempre que se fizer necessário.</p>			
<p>Monitoramento: Enfermeiro(a).</p>			
<p>Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja. • Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze). • Sonda vesical folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias). • Solução anti-séptica (PVPI tópico). • Bolsa coletora (sistema fechado). • Esparadrapo e/ou micropore. • Luva estéril. • Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel). • Saco plástico para lixo. • Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho. 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos. 2. Reunir o material. 3. Explicar o procedimento ao cliente; 4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade do cliente. 5. Colocar o cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário). 6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do cliente, próximo aos genitais. 7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos. 8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril. 9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda. 10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica. 11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml. 12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a 			

- mão direita para pinçá-las.
13. Assepsia do meato uretral:
 14. Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distantes de cima para baixo, no sentido ântero-posterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão.
 15. Fazer o mesmo procedimento com o outro lado.
 16. Afastar os grandes lábios com a mão não-dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios.
 17. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido ântero-posterior.
 18. E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que se deve usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.
 19. Colocar a pinça sobre o campo.
 20. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante.
 21. Manter a mão não dominante na genitália.
 22. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba rim.
 23. Aplicar xilocaína na ponta da sonda.
 24. Avisar a paciente sobre introdução da sonda e pedir para relaxar a musculatura do quadril.
 25. Pedir a cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
 26. Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Não forçar em caso de resistência.
 27. Liberar os grandes lábios e segurar firmemente e o cateter com a mão não dominante. Insuflar o balão.
 28. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora.
 29. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas.
 30. Fixar a sonda na parte interna da coxa.

OBSERVAÇÕES:

- Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar- publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4).
- Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca.

Referência:

APECIH. **Prevenção de Infecção do Trato Urinário**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 INSTITUTO SANTA DULCE	Procedimento Operacional Padrão Cateterimos Vesical de Demora Masculino	Código: POP – 019	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a)			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja. • Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze). • Sonda vesical folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias). • Solução anti-séptica (PVPI tópico). • Bolsa coletora (sistema fechado). • Esparadrapo e micropore. • Luva estéril. • Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel). • Saco plástico para lixo. • Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho. Procedimentoss: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos. 2. Reunir o material. 3. Explicar o procedimento ao cliente; 4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade do cliente. 5. Colocar o cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário). 6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do cliente, próximo aos genitais. 7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos. 8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril. 9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda. 10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica. 11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml (observar o volume máximo de resistência da sonda em cc); 			

12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las.
13. Assepsia do meato uretral:
14. Quando o cliente não é circuncidado, retirar o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise, exatamente abaixo da glande. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não-dominante nessa posição durante todo o procedimento.
15. Fazer a limpeza da glande com movimentos circulares de cima para baixo (da glande para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
16. Colocar a pinça sobre o campo.
17. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante.
18. Manter a mão não dominante na genitália.
19. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba rim.
20. Aplicar xilocaína na ponta da sonda.
21. Avisar a paciente sobre introdução da sonda e pedir para relaxar a musculatura do quadril.
22. Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave.
23. Pedir ao cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato urinário.
24. Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm. Em caso de resistência não forçar.
25. Abaixar o pênis e segurar firmemente a sonda com a mão não-dominante. Insuflar o balonete e reduzir o prepúcio.
26. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora.
27. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas.
28. Fixar a sonda no ápice da coxa ou na parte inferior do abdome, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.

OBSERVAÇÕES:

- Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar- publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4).
- Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca.

Referência:

APECIH. **Prevenção de Infecção do Trato Urinário**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão</p> <p>Sondagem Naso/Orogástrica</p>	<p>Código: POP – 020</p>	
		<p>Elaborado: 03/09/2020</p>	<p>Revisado:</p>
<p>Responsável: Enfermeiro(a)</p>			
<p>Quando: Sempre que se fizer necessário e com prescrição médica.</p>			
<p>Monitoramento: Enfermeiro(a).</p>			
<p>Objetivo: Indicado ao cliente que não pode alimentar-se por meios naturais; para que consiga receber os nutrientes, líquidos e medicamentos prescritos para a sua sobrevivência e assim, manter, pelo menos, o mínimo de dignidade possível.</p>			
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Sonda gástrica; • Seringa de 10 ou 20ml; • Abaixador de língua; • Lanterna; • Cuba rim; • Gaze; • Esparadrapo e/ou micropore®; • Toalha d papel; • Estetoscópio; • Saco plástico para lixo; • EPI's (Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção). • Biombo (quando necessário) 			
<p>Procedimentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente e familiares; 3. Realizar exame físico dirigido (Sinais vitais, nível de consciência, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen e pele); 4. Colocar o paciente em Fowler; 5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira; 6. Conferir se a sonda não possui defeitos de fabricação e testar a lubrificação do fio guia; 7. Manter a privacidade do cliente e usos de biombo quando for necessário; 8. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e os óculos; 9. Proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o cliente use). Oferecer a cuba rim ao cliente e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo de vômito. 10. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente enquanto avalia as narinas e 			

- selecionar a que tiver com maior fluxo de ar;
11. Medir a distancia de introdução da sonda: descartar a medida da ponta da sonda, colocar a extremidade da mesma da pirâmide nasal ao lóbulo da orelha, depois do lóbulo da orelha a região epigástrica, acrescente de 2 a 3 cm a mais por prevenção. Marcar com o esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
 12. Identifique visualmente o comprimento da sonda necessária para atingir a região orofaríngea;
 13. Avisar ao cliente que o procedimento irá começar;
 14. Orientar o cliente a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida.
 15. Quando sentir resistência ao passar, pedir para fletir a cabeça em direção ao tórax e solicitar que degluta.
 16. Interromper a introdução da sonda se o cliente começar a tossir ou engasgar, observar: **cianose, angustia respiratória, e dispnéia**. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo.
 17. Após o paciente relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda enquanto o cliente engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina do paciente.
 18. **Atenção:** pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão. **FIQUE ATENTO A OUTROS SINAIS DE HIPÓXIA!!!!;**
 19. Localização da sonda (testes):
 - a) **Teste 1:** Pedir ao cliente para abrir a boca e examinar, com o auxílio do abaixador e da lanterna, se a sonda não enrolou na cavidade oral e está descendo corretamente pela orofaringe;
 - b) **Teste 2:** Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se retorna conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo, coloque o paciente em decúbito lateral direito (DLD) e aspire normalmente.
 - c) **Teste 3:** Conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a região epigástrica (sonda gástrica) e injetar 10 ml de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente.
 20. Depois da introdução, inspecionar o nariz e a orofaringe para irritação (sondas muito justa ou tracionando o tecido irão ocasionar lesões em curto tempo);
 21. Perguntar ao cliente se ele está confortável;
 22. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;
 23. Fixar a sonda;
 24. Orientar a Família e/ou cuidador(es) aos cuidados com a sonda;
 25. Caso seja utilizado a sonda enteral, retire o fio guia;
 26. Anotar o procedimento no prontuário do cliente e marcar o retorno para trocar a sonda.

OBSERVAÇÕES:

27. Para manter a sonda desobstruída:
 - a) Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água a pós 30 minutos do término da dieta;
 - b) Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água logo após administrar as medicações;
 - c) Fique atento quanto a restrições hídricas, pois as irrigações após as dietas e medicamentos deverão ser acrescentadas ao volume total administrado no dia;

28. Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal. Inspeção diariamente quanto a rubor e lesão.
29. Proporcione higiene nasal diariamente.
30. O posicionamento da sonda para dieta é especialmente importante, porque sondas para dieta de pequeno calibre podem deslizar para o interior da traquéia sem que sejam provocados sinais imediatos de angústia respiratória, tais como tosse, engasgamento, arquejamento ou cianose. Contudo, é comum o cliente tossir se a sonda penetrar na laringe. Não use o fio-guia para reposicionamento da sonda.

Referência:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 <p>INSTITUTO SANTA DULCE</p>	Procedimento Operacional Padrão Sondagem Naso/Oroenteral	Código: POP – 021	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a)			
Quando: Sempre que se fizer necessário e com prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Indicado ao cliente que não pode alimentar-se por meios naturais; para que consiga receber os nutrientes, líquidos e medicamentos prescritos para a sua sobrevivência e assim, manter, pelo menos, o mínimo de dignidade possível.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">• Bandeja;• Sonda enteral com fio guia;• Seringa de 10 ou 20ml;• Abaixador de língua;• Lanterna;• Cuba rim;• Gaze;• Esparadrapo e/ou micropore®;• Toalha d papel;• Estetoscópio;• Saco plástico para lixo;• EPI's (Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção).• Biombo (quando necessário)			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente e familiares;3. Realizar exame físico dirigido (Sinais Vitais, nível de consciência, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen e pele);4. Colocar o paciente em Fowler;5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira;6. Conferir se a sonda não possui defeitos de fabricação e testar a lubrificação do fio guia;<ol style="list-style-type: none">a) Introduzir um pouco de água na sonda e puxar levemente o fio guia para que o líquido escorra pelo lúmen e facilite a remoção posterior do mesmo;7. Manter a privacidade do cliente e usos de biombo quando for necessário;8. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e os óculos;9. Proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o cliente use). Oferecer a cuba rim ao cliente e explicar que assim que atravessar a			

- orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo de vômito.
10. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente enquanto avalia as narinas e selecionar a que tiver com maior fluxo de ar;
 11. Medir a distancia de introdução da sonda: descartar a medida da ponta da sonda, colocar a extremidade da mesma da pirâmide nasal ao lóbulo da orelha, depois do lóbulo da orelha ao apêndice xifoide e acrescentar mais 10 a 15 cm. Marcar com o esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
 12. Identifique visualmente o comprimento da sonda necessária para atingir a região orofaríngea;
 13. Avisar ao cliente que o procedimento irá começar;
 14. Orientar o cliente a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida.
 15. Quando sentir resistência ao passar, pedir para fletir a cabeça em direção ao tórax e solicitar que degluta.
 16. Interromper a introdução da sonda se o cliente começar a tossir ou engasgar, observar: **cianose, angústia respiratória, e dispnéia**. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo.
 17. Após o paciente relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda enquanto o cliente engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina do paciente.
 18. **Atenção:** pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão. **FIQUE ATENTO A OUTROS SINAIS DE HIPÓXIA!!!!;**
 19. Localização da sonda (testes):
 20. **Teste 1:** Pedir ao cliente para abrir a boca e examinar, com o auxílio do abaixador e da lanterna, se a sonda não enrolou na cavidade oral e está descendo corretamente pela orofaringe;
 21. **Teste 2:** Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se retorna conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo, coloque o paciente em decúbito lateral Direito (DLD) e aspire normalmente.
 22. **Teste 3:** Conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a região epigástrica (sonda gástrica) e injetar 10 ml de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente.
 23. Inspeccionar o nariz e a orofaringe para irritação depois da introdução.
 24. Perguntar ao cliente se ele está confortável.
 25. Observar para dificuldade respiratória ou vômito.
 26. Fixar a sonda.
 27. Orientar a Família e/ou cuidador(es) aos cuidados com a sonda;
 28. Posicionar o paciente em DLD Orientando-o a permanecer nesta posição;
 29. Não retirar o fio guia até a confirmação da posição da sonda no intestino, que só poderá ser feita pelo Raio X;
 30. Caso retire o fio: orientar os familiar(es) e/ou cuidador(es) para não recoloca-la com a sonda dentro do paciente;
 31. Anotar o procedimento no prontuário do cliente e marcar o retorno para trocar a sonda.

OBSERVAÇÕES:

32. Para manter a sonda desobstruída;
33. Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água a pós 30 minutos do término da dieta;
34. Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água logo após administrar as medicações;
35. Fique atento quanto a restrições hídricas, pois as irrigações após as dietas e medicamentos deverão ser acrescentadas ao volume total administrado no dia;
36. Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal. Inspecione diariamente quanto a rubor e lesão.
37. Proporcione higiene nasal diariamente.
38. O posicionamento da sonda para dieta é especialmente importante, porque sondas para dieta de pequeno calibre podem deslizar para o interior da traquéia sem que sejam provocados sinais imediatos de angústia respiratória, tais como tosse, engasgamento, arquejamento ou cianose. Contudo, é comum o cliente tossir se a sonda penetrar na laringe. Não use o fio-guia para reposicionamento da sonda.

Referência:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

 INSTITUTO SANTA DULCE	Procedimento Operacional Padrão Técnica de Asperição em Traqueostomia / Tubo Orotraqueal	Código: POP – 022	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Enfermeiro(a) ou Médico(a)			
Quando: Paciente com excesso de secreções pulmonares que interrompa o fluxo de ar das vias respiratórias.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Limpeza e manutenção das vias aéreas livres e permeáveis garantindo melhor ventilação e oxigenação ao paciente prevenindo complicações no quadro clínico geral do paciente.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • SF a 0,9%; • Seringa; • Sonda para aspiração traqueal (endotraqueal, orotraqueal, nasotraqueal); • Extensão de silicone estéril. • Aspirador elétrico ou a vácuo; • Gazes; • EPI's (Óculos, luva estéril, máscara, jaleco de manga longa ou avental); Procedimentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar a higienização das mãos; 2. Aferir os sinais vitais; 3. Colocar os equipamentos de proteção individual 4. Colocar todo o material que será utilizado próximo ao leito do paciente; 5. Explicar a finalidade do procedimento ao paciente quando este estiver consciente; 6. Proteger os olhos do paciente das secreções; 7. Elevar o decúbito a 30° ou 40°; 8. Testar o funcionamento do aspirador antes de utilizá-lo; 9. Abrir a embalagem da sonda de aspiração de forma a expor apenas a parte que será conectada à fonte de aspiração; 10. Segurando o invólucro com uma mão (esquerda) e a sonda com a outra (direita) para evitar contaminação e vice-versa se o profissional for canhoto; 11. Da mesma forma, ligar a fonte de sucção com a mão esquerda e desconectar a macronebulização ou ventilador (se for o caso), segurando a sonda com a mão direita durante a aspiração e vice-versa se o profissional for canhoto; 12. Introduzir a sonda de aspiração na cânula ou tubo traqueal, sem sucção até o ponto de resistência estimulando o reflexo da tosse, liberando o vácuo durante a expiração; Manter a sonda de aspiração por um tempo máximo de 15 segundos, 13. tirando-a da traquéia suavemente em movimentos de rosca; dar intervalos de alguns 			

- segundos entre cada aspiração, intercalando com oxigênio, caso necessário;
14. Instilar Soro Fisiológico a 0,9% na cânula ou tubo com uma seringa estéril, conforme a secreção esteja espessa ou se constata a presença de rolhas;
 15. Repetir a aspiração quantas vezes se fizer necessário, sempre intercalando com a ventilação do paciente;
 16. Após o procedimento, desconectar a sonda da fonte de aspiração e descartá-la;
 17. Lavar o sistema de aspiração com Soro Fisiológico a 0,9% ou água destilada e desligar o aspirador;
 18. Desconectar a extensão de silicone e enviá-la para a esterilização e quando não for possível, proteger a extremidade como invólucro da sonda de aspiração.

OBSERVAÇÃO: a secreção aspirada deve ser desprezada a cada seis horas ou quando necessário e, o recipiente deve ser lavado com água e detergente.

Referência:

BRITO, R.R. **Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória**. Barueri: Manole, 2009.

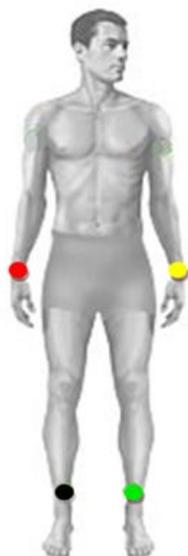
SARMENTO, G.J.V. **O ABC da fisioterapia respiratória**. Barueri: Manole, 2009.

 INSTITUTO SANTA DULCE	Procedimento Operacional Padrão Eletrocardiograma	Código: POP – 023	
		Elaborado: 03/09/2020	Revisado:
Responsável: Médico(a), Enfermeiro(a) e Técnico(a) de Enfermagem.			
Quando: Sempre que for realizar o procedimento.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Eletrocardiógrafo; • Álcool a 70%; • Algodão seco ou gaze; • Biombo; • Cardioclip; • Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário); • Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção; • Gel condutor; • Lençol. • Papel milimetrado; 			
Procedimentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Checar a prescrição; 2. Reunir os materiais necessários; 3. Lave as mãos; 4. Apresente-se ao paciente e explique o procedimento que será realizado; 5. Promova a privacidade do Cliente (utilizar o biombo quando necessário); 6. Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo; 7. Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos dos seus bolsos e/ou aderidos no seu corpo e que possam ser removidos (ex.: chaves, celulares, moedas, brincos, pulseiras, piercings metálicos; dentaduras removíveis, dentre outros); 8. Aferir a PA do Cliente sentado; 9. Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacentes e relaxados; 10. Expor tornozelos, punhos e colo; 11. Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto; 12. Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante; 13. Ligar o eletrocardiógrafo; 			

14. Inserir papel milimetrado no local indicado;
15. Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir, conversar ou se mexer, enquanto o ECG está sendo registrado;
16. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
17. Colocar cardioclip em membros superiores e inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
18. Os cardioclips deverão ser posicionados da seguinte maneira (Figura 1):
 - a) **PÁ AMARELO** = pulso esquerdo;
 - b) **PÁ VERDE** = tornozelo esquerdo;
 - c) **PÁ VERMELHO** = pulso direito;
 - d) **PÁ PRETO** = tornozelo direito;

Figura 1. Posicionamento dos Cardioclips

Posicionamento dos Cardioclipes

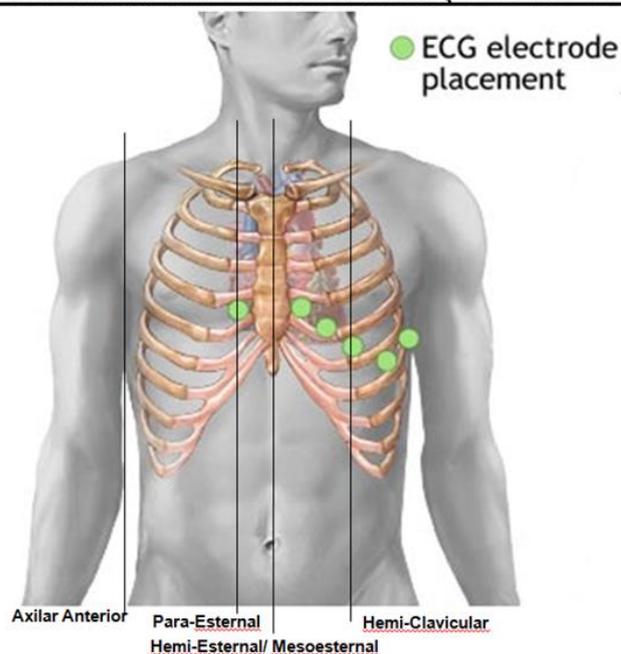


Fonte: BD.

19. Os cabos para as derivações monopolares e bipolares deverão seguir os arranjos anteriores sendo ligadas as cores dos cabos nos cardioclips correspondente;
20. Colocar os eletrodos descartáveis ou de sucção (preferencialmente) no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
21. Para obtenção dos registros das derivações precordiais, deverá seguir o seguinte arranjo no paciente (Figura 2):
 - a) **V1** = 4º espaço intercostal na linha para-esternal direita;
 - b) **V2** = 4º espaço intercostal na linha para-esternal esquerda;
 - c) **V3** = intervalo entre V2 e V4;
 - d) **V4** = 5º espaço intercostal na linha hemi-clavicular esquerda;
 - e) **V5** = 5º espaço intercostal na linha axilar anterior esquerda ou seguir a linha horizontal do V4 até a linha axilar esquerda;
 - f) **V6** = 5º espaço intercostal na linha hemi-axilar esquerda ou seguir a linha horizontal do V4 até a linha hemi-axilar esquerda;

Figura 2. Posicionamento das Derivações Precordiais

POSICIONAMENTO DAS DERIVAÇÕES NO ECG



Fonte: BD.

22. Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
23. Avisar ao Cliente para relaxar e não se mexer para que seja registrado o exame;
24. Inicie o exame e avalie se o registro efetuado está compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
25. Caso o exame apresente interferências no traçado:
 - a) Confira o posicionamento das derivações;
 - b) Certifique se o cliente está com algum metal ou;
 - c) Se existe uma possível interferência no equipamento;
26. Após verificar, faça um novo registro do exame;
27. Após a impressão, retire os cardioclips e eletrodos de sucção ou de adesivos do colo do cliente;
28. Realize a limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
29. Realize a limpeza dos cardioclips e dos eletrodos de sucção;
30. Ajude o cliente a se levantar e oriente que o exame terminou, para que possa vestir-se e pegar os seus pertences;
31. Retire e/ou destaque a folha do ECG;
32. Identifique o exame com:
 - a) Nome completo do paciente;
 - b) Idade;
 - c) Data de nascimento;
 - d) Data e hora da realização do exame;
 - e) Valor da PA aferida;

- f) Carimbo e assinatura do profissional;
33. Oriente que o exame é feito em papel termossensível e deverá protegê-lo de temperaturas elevadas para que não perca o registro do ECG;
 34. Despreze os materiais utilizados nos lixos apropriados;
 35. Organize os materiais utilizados, como cabos, cardioclips e os eletrodos de sucção;
 36. Lave as mãos;
 37. Mantenha o ambiente limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia nos homens, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações em que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros, devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

Referência:

COREN-MS. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. **PARECER TÉCNICO Nº 013/2015**: Realização do exame Eletrocardiograma por profissionais de Enfermagem. COREN-MS. Disponível em: <<http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/06/Parecer-013-2015-Realizacao-do-exame-Eletrocardiograma-por-profissionais-de-Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 20/08/2020.

FISCHBACH, F.T. **Manual de Enfermagem**: exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VASCONCELOS, C.C.C.S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.

ANEXO D – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



PROTOCOLO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA



Preâmbulo: Este protocolo trata-se de uma reprodução do Protocolo adotado pelo **Programa Nacional de Segurança do Paciente**, desenvolvido em conjunto pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE e ANVISA, em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, em 2013. O protocolo tem como finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimento de saúde no Brasil. O protocolo encontra-se disponível no endereço eletrônico: <https://bit.ly/3rZh3Xn>.

Título: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Finalidade

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

2. Justificativa

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes^{1,2,3}. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde⁴.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos¹. Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde^{2,5-7}.

Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis⁸. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente^{3,9}.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (*highalert medications*), que possuem maior potencial de provocar dano no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade^{9,10,11}, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção⁹⁻¹³. Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas¹¹.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento¹⁴.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

3. Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação)

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

4 Definições

Para fins desse protocolo serão adotadas as seguintes definições:

- **Uso seguro de medicamentos:** inexistência de injúria accidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos¹⁵.
- **Erro de medicação:** é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos^{15,16}.
- **Erro de prescrição:** erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica. O erro de decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária¹⁷. Um erro de prescrição pode estar relacionado à seleção do medicamento (considerando-se as indicações, as contraindicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos¹⁸.
- **Erros de dispensação:** pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial^{1,19}. Incluem também erros relacionados às normas e à legislação. Podem ser classificados em: erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação²⁰.

- **Erros de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital²¹.

5 Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

- **Urgência/emergência:** quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- **Pro re nata ou caso necessário:** quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
- **Baseada em protocolos:** quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
- **Padrão:** aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
- **Padrão com data de fechamento:** quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e
- **Verbal:** utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde. Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

6 Intervenções

6.1 Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome completo do paciente;
- Endereço; e
- Data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome do hospital;
- Nome completo do paciente;
- Número do prontuário ou registro do atendimento;
- Leito; serviço;
- Enfermaria/apartamento; e andar/ala.

Observação: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis.

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

b) Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação.

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor.

A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais^{22,23}.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de

melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação⁹. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros^{9,13}, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.

É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

f) Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação²³⁻²⁵.

Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde.

Essa lista não deve conter abreviatura de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO₄ e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros).

As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita²⁴⁻²⁶. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”, escrevendo a palavra “unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de “EV” (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do “IV” como “IM”, sobretudo quando associado a pouca legibilidade da

prescrição.

g) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia^{6,25}, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes:

- **DOP**Amina e **DOBU**tamina;
- Clorpro**PAMIDA** e Clorpro**MAZINA**;
- Vim**BLAST**ina e Vin**CRIST**ina

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

i) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as

informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de **microgramas**, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” seja interpretada como “25 mL”. Não utilize “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro.

Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de “0,5g” pode ser confundida com "5g".

6.2 Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa.

É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

c) Padronização de medicamentos

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos²⁷.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos.

Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

d) Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e *clearance* de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos

prescritos em Pediatria, Oncologia e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

e) Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico.

A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, **não** deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

6.3 Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como **“usar como de costume”**, **“usar como habitual”**, **“a critério médico”**, **“se necessário”** (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), **“uso contínuo”** e **“não parar”** devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão **“se necessário”**, deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose;
- Posologia;
- Dose máxima diária deve estar claramente descrita; e
- Condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se

temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

6.4 Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a “síndrome do homem vermelho”, que ocorre com a infusão rápida de vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de

administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

6.5 Modificação da prescrição atual ou vigente

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode:

- Acarretar erro na dispensação; e
- Aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

6.6 Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível.

Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

6.7 Pontos de transição do paciente

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na

unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário. Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas:

- Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente.
- O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante:

- Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.
- Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

6.8 Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com **dupla checagem** na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

Observação: Para o acesso à lista completa de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância de uso hospitalar e ambulatorial, recomenda-se o acesso no sítio eletrônico e endereço eletrônico abaixo:

- Site: www.ismp-brasil.org
- Link: [www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos potencialmente perigosos.php](http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php)

6.9 Suporte eletrônico para prescrição

Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

- Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilânciae/ou com índice terapêutico estreito;
- Interações medicamentosas clinicamente significativas;
- Alergias;
- Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

Importante:

- Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas quando possível.
- Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar “0” em “8”, aumentando, assim, a possibilidade de erros.
- Quando se implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digítadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema.

6.10 Outras informações importantes para prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica.

Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento.

Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros.

As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada^{1,28}.

7 Procedimento operacional padrão da prescrição por via de administração

Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar

claras e completas, em cada item prescrito.

Em prescrições eletrônicas, recomenda-se que o cadastro do medicamento permita somente a prescrição das vias de administração descritas na literatura e pelo fabricante, o que aumenta a segurança, impedindo administração por via errada. Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir²⁹.

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS
USO ORAL
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso
Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos
USO TÓPICO
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso
Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho
USO ENDOVENOSO
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso
Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. Infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas
USO INTRAMUSCULAR
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
Exemplo: <i>Intramuscular com diluição:</i> ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h; <i>Intramuscular sem diluição:</i> vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.
USO SUBCUTÂNEO
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
Exemplo: Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.
USO INTRATECAL
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
Exemplo: Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.

USO INALATÓRIO
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.
Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar einalar até esgotar toda a solução.

8 Monitoramento e indicadores para prescrição segura de medicamento

- Processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso;
- As prescrições devem ser revisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas;
- Os erros de prescrição devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

8.1 Indicador

O quadro a seguir apresenta o indicador para monitoramento de erros na prescrição de medicamentos.

Nome do indicador	Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
Objetivo do indicador	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos.
Fórmula do indicador	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos prescritos com erro} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}}$
Periodicidade mínima de verificação	Mensal
Explicação da fórmula	Nº de medicamentos prescritos com erro: são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contraindicadas. Nº total de medicamentos prescritos: são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.
Fonte de informação	Prescrição (eletrônica, pré-digitada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
Coleta de dados	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
Observações	Em farmácias com sistemas informatizados, estes poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador.
Responsável	Farmacêutico.

9 Práticas segura para distribuição de medicamentos

Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- Coletivo;
- Individualizado;
- Misto;
- Dose unitária;
- Sistema automatizado.

O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros. O sistema coletivo é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, em nome da unidade, por meio de requisições enviadas à farmácia.

IMPORTANTE: Esse sistema de distribuição de medicamentos é considerado inseguro e **DEVE** ser abolido dos estabelecimentos de saúde.

O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

O Sistema misto é caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado coexistindo:

Sistema Individualizado: é utilizado nas unidades de internação, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição,

Sistema Coletivo: é utilizado nos serviços de radiologia, endoscopia, urgência, ambulatórios, entre outros, mediante requisição.

IMPORTANTE: O Sistema misto mantém riscos elevados associados à distribuição coletiva. Logo, recomenda-se aos estabelecimentos de saúde o **sistema de dose unitária**.

O sistema de distribuição por dose unitária consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente.

Nas unidades de internação são estocados apenas os medicamentos para atendimento de emergências e as doses necessárias para suprir as 24 horas de tratamento dos pacientes. Nesse sistema, os medicamentos também poderão ser dispensados por horário de administração, reduzindo a quantidade e variedade de medicamentos nas unidades de internação.

O sistema automatizado pode ser caracterizado por unidades de dispensação eletrônica capazes de realizar o atendimento de 100% das prescrições médicas ou conforme rotina da instituição como suporte ao sistema de dose unitária, substituindo o estoque da unidade de internação para a dispensação das primeiras doses, além dos medicamentos controlados, de urgência e itens prescritos no regime se necessário.

9.1 Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

9.1.1 Itens de verificação para distribuição segura de medicamentos

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de

trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve:

- Ser reservado;
- Contar com fluxo restrito de pessoas; e
- Ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento; e
- Identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

9.1.2 Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

a) Restrição de acesso

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

b) Procedimento operacional

A farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica.

O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional de padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

c) Boas práticas de armazenamento

A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância. Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por

exemplo:

- **LAMI**vudina;
- **ZIDO**vudina^{6,30}.

d) Centrais de abastecimento farmacêutico (CAF) ambulatorial

É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as unidades de saúde a fim de evitar erros, seguindo as boas práticas de distribuição de medicamentos.

- Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;
- Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros;
- Quando necessário manter estoques de medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, estes deverão ser corretamente identificados, diferentemente dos demais;
- O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termolábeis;
- Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

9.1.3 Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ou à manipulação da formulação prescrita, verificando-se a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando for o caso, sendo checados e assinados pelo farmacêutico.

Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como:

- Triagem para duplicidade terapêutica;
- Alergias;
- Interações medicamentosas;
- Intervalos de dose adequados;
- Alerta para doses superiores às máximas;
- Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

Fontes de ruídos e distrações devem ser reduzidas (conversas) e eliminadas (televisão, música, uso de telefones celulares e fixos) no momento da análise e dispensação dos medicamentos e o ambiente de dispensação deve ser restrito a essa atividade.

Preconiza-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde.

Em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

Deve-se elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

A dispensação deve ser restringida por meio de ordem verbal exclusivamente para situações de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na

farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo à dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

9.2 Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos

Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

- Farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis;
- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos: dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;
- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;
- Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição;
- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer

meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;

- Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;
- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;
- O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- Para a dispensação ambulatorial, realizar orientação e aconselhamento do paciente previamente à dispensação dos medicamentos, objetivando identificar e interceptar erros. Ao dispensar medicamentos para o paciente, conferir e identificá-los, especialmente aqueles de embalagem semelhante, usando identificadores que possam diferenciá-los, como, por exemplo, cores diferentes;
- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas;
- Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal;
- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação;
- A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia estabelecimento de saúde.

9.3 Monitoramento de indicadores para a dispensação segura

A farmácia deve registrar e notificar erros de dispensação ao Núcleo de Segurança do Paciente.

9.3.1 Indicador

O quadro a seguir apresenta o indicador para monitoramento de erros na dispensação de medicamentos.

Nome do indicador	Taxa de erros na dispensação de medicamentos.
--------------------------	---

Objetivo do indicador	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/ dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente
Fórmula do indicador	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos dispensados com erro} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos dispensados}}$
Periodicidade mínima de verificação	Mensal
Explicação da fórmula	Nº de medicamentos dispensados com erro de omissão, concentração / forma farmacêutica erradas ou medicamento errado. São erros de omissão quando o medicamento é prescrito, mas nenhuma dose (unidade) é dispensada ou o número de doses dispensadas é menor que o prescrito. São erros de concentração/forma farmacêutica quando o medicamento é dispensado em concentração diferente (maior ou menor) ou forma farmacêutica diferente daquela prescrita. O erro chamado medicamento errado ocorre quando prescrito um medicamento e dispensado outro, podendo estar associado a medicamentos com nome ou pronúncia similares, sendo possível a troca no momento da dispensação. Nº total de medicamentos dispensados: todos os medicamentos dispensados em determinado período de tempo.
Fonte de informação	Prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)
Coleta de dados	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos dispensados e dos medicamentos dispensados com erro de omissão, concentração, forma farmacêutica e medicamento errado.
Observações	Em farmácias com sistemas informatizados, este poderão ser preparados para emitirem relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador.
Responsável	Farmacêutico.

10 Práticas seguras na administração de medicamentos

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica³¹.

A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos foi apresentada em estudo realizado em 2006 em quatro hospitais brasileiros, tendo sido evidenciado que 1,7% dos medicamentos administrados foi diferente dos medicamentos prescritos; 4,8% das doses administradas diferiam das prescritas; 1,5% dos medicamentos foi administrado em vias diferentes das prescritas; 0,3% dos pacientes recebeu medicamentos não autorizados ou não prescritos; quase 2,2% dos medicamentos foram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora depois do prescrito³².

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar:

- A ação;
- As interações; e
- Os efeitos colaterais.

10.1 Intervenções

10.1.1 Itens de verificação para administração segura de medicamentos

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos e, mais recentemente, foram introduzidos mais dois certos, configurando-se em **“os sete certos na administração de medicamentos”**:

- I. Paciente certo;
- II. Medicamento certo;
- III. Via certa;
- IV. Hora certa;
- V. Dose certa;
- VI. Documentação certa (Registro certo); e
- VII. Razão.

Recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa³³.

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

I. Paciente certo

Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o

medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.

Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional, tal como: “Por favor, diga-me o seu nome completo?”

Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao:

- Nome identificado na pulseira;
- Nome identificado no leito;
- Nome identificado no prontuário.

IMPORTANTE: caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, associar pelo menos mais dois identificadores diferentes³⁴.

Outra estratégia que auxilia a evitar a administração de medicamentos ao paciente errado, é existir norma interna do estabelecimento de saúde que evite, dentro do possível, que **dois pacientes** com o **mesmo nome** fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

II. Medicamento certo

- Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
- Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito.
- Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe³⁴.
- Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

IMPORTANTE: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

III. Via certa

- Identificar a via de administração prescrita.
- Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
- Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa.
- Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros).
- Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.
- Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.
- Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento.
- Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

IMPORTANTE: Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos, deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

IV. Hora certa

- Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.
- Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

V. Dose certa

- Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.
- Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.
- Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.
- Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.
- Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.
- Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
- Medicamentos de uso “se necessário” deverão, quando prescritos, ser acompanhados da dose, posologia e condição de uso.
- Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

IMPORTANTE: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

VI. Registro certo da administração

- Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.
- Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.
- Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. Orientação correta

- Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.
- Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.
- Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

VIII. Forma correta

- Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.
- Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
- Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
- A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica³⁴.

IX. Resposta correta

- Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
- Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.
- Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.
- Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual.
- Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

10.1.2 Intervenções específicas

- Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
- **REMOVER** do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.
- Deverão permanecer nas unidades de internação **APENAS** os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

10.2 Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos^{35,36}

- Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa.
- Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.
- Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.
- Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.
- Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.
- O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.
- Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.
- Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor. Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro.
- Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já

estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.

- Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.
- Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).
- Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão.
- Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.
- Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.
- Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.
- A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.
- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
- Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.
- Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.
- Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.
- Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções.
- Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos.
- Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, **não** fazendo uso de bandeja contendo diversos

medicamentos para diferentes pacientes.

- Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente.
- Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).
- Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal.
- Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.
- Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.
- Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração³⁷.

10.3 Monitoramento e indicador para administração segura de medicamento

Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

10.3.1 Indicador

O quadro a seguir apresenta o indicador para monitoramento de erros na administração de medicamentos.

Nome do indicador	Taxa de erros na administração de medicamentos.
Objetivo do indicador	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de administração de medicamentos para atendimento ao paciente

Fórmula do indicador	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos administrados com erros de omissão}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos administrados}} \times 100$
Periodicidade mínima de verificação	Mensal
Explicação da fórmula	Nº de medicamentos prescritos mas não administrados (erro de omissão): são os itens prescritos mas não administrados (checados). Nº total de medicamentos administrados: todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.
Fonte de informação	Registros de enfermagem na prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual).
Coleta de dados	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos prescritos mas não administrados dividido pelo número total de medicamentos prescritos. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
Responsável	Enfermeiro.

10.4 Estratégias de monitoramento e indicadores gerais para o uso seguro de medicamentos

- Processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde.
- Estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente.
- Estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos.
- Estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

Referências

1. Aspden P. *et al.* (ed.). Committee on identifying and preventing medication errors. preventing medication errors. institute of medicine of the national academies. Washington, DC: The National Academies Press, 2007; 544 p. (Quality Chasm Series).
2. Landrigan CP. *etal.* Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med, Boston. 2010; 363(22):2124-34.
3. World Health Organization. WHO. Action on patient safety. High 5s. World alliance

for patient safety.

4. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en>.

5. World Health Organization. WHO. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007. Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/WorldHealth>.

6. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what we have learned? *Ann Intern Med*, Philadelphia. 2000; 132(9):763-767.

7. Gerrett D, *et al.* Tallman lettering. Final report of the use of tallman lettering to minimize selection errors of medicine names in computer prescribing and dispensing systems. Loughborough University Enterprises Ltd., 2009. Disponível em: www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eprescribing/refdocs/.

8. Leape LL, *et al.* The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, Boston. 1991; 324(6):377-384.

9. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*, London. 1998; 351(9103):643-644.

10. Cohen MR. Medication errors. Washington, AmPharm Assoc. 2006; 680 p.

11. Federico F. Preventing harm from high-alert medications. *Jt. Comm. J Qual Patient Saf*. 2007; 33(9):537-542.

12. Institute for Healthcare Improvement. How-to guide: prevent harm from high-alert medications. Cambridge, MA: Institute for Health Care Improvement; 2012. Disponível em: www.ihc.org.

13. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? *JAMA*. 2002; 288(4):501-507. DOI:10.1001/jama.288.4.501.

14. Rosa MB, *et al.* Errors in hospital prescriptions of high-alert medications. *Rev Saúde Pública*, São Paulo. 2009; 43(3):490-8.

15. Ferracini FT. Estrutura organizacional. *In*: Ferracini FT, Filho WM. Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização. São Paulo: Atheneu, 2005.

16. World Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. 2011; 142p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf.

17. Institute for Safe Medication Practices Canada. Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System. Definitions of Terms. Disponível em: www.ismpcanada.org/definitions.htm.

18. Dean B, Barber N, Schachter V. What is prescribing error? *Qual Health Care*, Oxford. 2000; 9:232-237.

19. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care:Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patientand medication safety. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf >.
20. Cohen MR, *et al.* Preventing dispensing errors. *In:* Cohen MR. (ed.). Medicationerrors. Washington, AmPharmAssoc. 2006; p. 205-232.
21. Beso A, Franklin BD, Barber N. The frequency and potential causes of dispensing errors in a hospital pharmacy. *Pharm World Sci.* 2005; 27(3):182-90.
22. Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug erros. *BMJ.* 2003; 326(7391):684-7.
23. Cohen MR. Preventing prescribing errors. *In:* Cohen MR. (ed.). Medicationerrors. Washington, Am Pharm Assoc. 2006; p. 175-203.
24. Néri EDR, *et al.* Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. *verAssoc Méd Bras.* 2011; 57(3):306-314.
25. Abushaiqa ME, *et al.* Educational interventions to reduce use of unsafe abbreviations. *Am J Health Syst Pharm.* 2007; 64(11):1170-1173.
26. Cohen MR, *et al.* Errors-Prone abbreviations and dose expressions. *In:* Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, AmPharmAssoc, 2006; p. 153-171.
27. Néri EDR. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospitaluniversitário. 2004. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2064aa80474592999afade3fbc4c6735/dissertacao_perfil_erros_prescri%25E7%25E3o_hospital.pdf?MOD=AJPERES.
28. Organização Mundial da Saúde. Programa de ação sobre medicamentos essenciais. Guia para a boa prescrição médica. Porto Alegre, ArtMed, 1998.
29. Shekelle PG, *et al.* Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Comparative effectiveness review n. 211. (prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract n. 290-2007-10062-I) AHRQ Publication n. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. Disponível em: www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html.
30. Néri EDR, Viana PR, Campos TA. (org). Dicas para uma boa prescrição hospitalar. 2008. Disponível em: http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1261588761_49_0.pdf.
31. Institute for Safe Medication Practices. FDA and ISMP Lists of look-alike drug names with recommended tall man letters. 2011. Disponível em: www.ismp.org/tools/tallmanletters.pdf.

32. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2004; 12(3): 533-540.
33. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev Esc Enferm, USP*. 2006; 40(4): 524-532.
34. Malcolm E, Yisi L. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nurs*. 2010; 19(5):300-05.
35. Cassiani SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. *In: Cometto MC, Gómez PF, Dal-Sasso GTM, Grajales RAZ, Cassiani SHB, Morales CF. (org.). Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1 ed. v. 1, 2011. p. 225-238.*
36. Coren-SP/Rebraensp/SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção. São Paulo, 2011; p. 35.
37. Nascimento MMG; Rosa MB; Harada, MJCS. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. *Rev Meio de Cultura Hospitalar*. n 52, 2013.p18-22.
38. Cohen MR, *et al.* Preventing drug administration errors. *In: Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, AmPharmAssoc, 2006; p. 235-274.*

ANEXO E – PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO E ATIVIDADES DE APOIO



PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO E ATIVIDADES DE APOIO



Título: Protocolo de Organização e Atividades de Apoio

Elaboração: Dr. André Luiz Thomaz de Souza

Revisão: Dra. Bárbara Olvieira Pradro Sousa

Introdução:

O Protocolo de Organização e Atividades de Apoio de um serviço de saúde, tem como propósito atender as especificidades do processo de trabalho do serviço, assim como servir de parâmetro para nortear as condutas profissionais. Trata-se de um elemento dinâmico, construído a partir das percepções dos colaboradores e da equipe gestora do serviço (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O Protocolo de Organização e Atividades de Apoio deve ser passível de aplicação na realidade de cada serviço, para que possam ser produzidos indicadores positivos, com reflexo na qualidade da assistência oferecida (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Ademais, o protocolo também deve atender as referências e normas técnicas da instituição, os aspectos legais e as determinações dos órgãos públicos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Ressalta-se, que os protocolos são tecnologias fundamentais para organização do serviço de saúde e constituem-se em um importante instrumento de gerenciamento, com objetivo geral de padronizar as condutas dos profissionais e otimizar o trabalho realizado (KRAUZER et al., 2018). De acordo com Carvalho; Peduzzi; Mandú (2014), a organização de um serviço de saúde depende da definição clara e objetivos das normas, protocolos, regras e fluxo, sendo necessária a socialização destes elementos juntos aos colaboradores.

Além dos seus elementos essenciais (relativos as atribuições dos colaboradores, ações intersetoriais, fluxograma de atividades), o Protocolo de Organização e Atividades de Apoio também pode apresentar aspectos relativos a assistência clínica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Importante mencionar, que o sucesso na aplicação dos protocolos deve ser mensurado a partir de indicadores quantitativos e qualitativos do serviço de saúde, sendo este o parâmetro base para redefinir os processos de trabalho e/ou protocolos.

O Protocolo de Organização e Atividades de Apoio pode atender os mais variados tipos de situações e problemas. Contudo, em todos os cenários de aplicação, deve atender aos

princípios e diretrizes envolvendo: integralidade, eficácia e eficiência, qualidade e evidências científicas robustas, integração de serviços e profissionais, entre outros (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Por fim, salienta-se que os programas de educação permanente devem ser atuantes no treinamento e implementação dos protocolos de um serviço de saúde.

Objetivos:

Este protocolo tem como objetivos:

- a) Nortear as condutas dos colaboradores do serviço de saúde gerenciados pelo ISD;
- b) Padronizar as ações durante as atividades do serviço de saúde;
- c) Definir processos de trabalho e atribuições profissionais;
- d) Subsidiar informações para tomada de decisão, de acordo com as políticas do ISD.

Atribuições do profissional:

As atribuições dos profissionais do serviço de saúde são inerentes aos aspectos éticos e legais de cada profissão, devendo estar de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Neste contexto, este protocolo destaca as seguintes profissões e respectivas atribuições para operacionalização da organização e serviço de apoio:

- a) Assistente social

Atua na orientação de indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre os direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais. Além disso, planeja, coordena e avalia planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras), atuando nas esferas pública e privada. O ANEXO A deste protocolo mostra as normas e rotinas do serviço social nas unidades de saúde gerenciadas pelo Instituto Santa Dulce.

- b) Assistente e auxiliar administrativo

Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística. Ainda, atendem fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações

sobre produtos e serviços; tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos.

c) Copeira(o)

Atendem os clientes, recepcionando-os e servindo refeições e bebidas nos serviços de saúde. Ademais, também organizam, conferem e controlam materiais de trabalho, bebidas e alimentos, a limpeza e higiene e a segurança do local de trabalho; preparam alimentos e bebidas.

d) Motorista

Dirigem e manobram veículos e transportam pessoas, cargas ou valores. Além disso, realizam verificações e manutenções básicas do veículo e utilizam equipamentos e dispositivos especiais tais como sinalização sonora e luminosa, software de navegação e outros. Também atuam no efetramento de pagamentos e recebimentos e, no desempenho das atividades, utilizam-se de capacidades comunicativas; trabalham seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente.

e) Técnico em tecnologia da informação

Gerenciam projetos e operações de serviços de tecnologia da informação. Ainda, identificam oportunidades de aplicação dessa tecnologia, planejam atividades na área de tecnologia da informação.

f) Serviços de limpeza

Executam trabalhos de limpeza em geral do ambiente de trabalho, para manutenção das condições de higiene e conservação do ambiente, assim como a coleta e descarte final resíduos do serviço de saúde.

g) Vigilante

Atuam na vigilância das dependências de áreas públicas e privadas com a finalidade de prevenir, controlar e combater delitos como porte ilícito de armas e munições e outras irregularidades; zelam pela segurança das pessoas, do patrimônio e pelo cumprimento das leis e regulamentos; recebem e controlam a movimentação de pessoas em áreas de acesso livre e restrito; fiscalizam pessoas, cargas e patrimônio; escoltam pessoas e mercadorias; controlam objetos e cargas; combatendo inclusive focos de incêndio; comunicam-se via rádio ou telefone e prestam informações ao público e aos órgãos competentes.

h) Técnico em logística

Atuam no controle, programação e coordenação de operações de transportes em geral; acompanham as operações de embarque, transbordo e desembarque de carga; verificam as condições de segurança dos meios de transportes e equipamentos utilizados, como também, da própria carga; supervisionam o armazenamento e transporte de carga e eficiência operacional de equipamentos e veículos; controlam recursos financeiros e insumos, elaboram documentação necessária ao desembargo de cargas e atendem clientes; pesquisam preços de serviços de transporte, identificam e programam rotas e informam sobre condições do transporte e da carga.

i) Oficial de manutenção

Executam serviços de manutenção elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria e alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças, componentes e equipamentos; conservam vidros e fachadas, limpam recintos e acessórios; trabalham seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente.

Destaca-se, que as profissões e/ou atividades não previstas acima devem ser incluídas dentro as atribuições necessárias para o bom funcionamento do serviço de saúde.

Implementação:

A implementação e monitoramento do Protocolo de Organização e Atividades de Apoio é de responsabilidade da Equipe Gestora do serviço de saúde, sendo de sua

responsabilidade: a) planejar, b) organizar, c) coordenar, d) monitorar e, e) avaliar os resultados decorrentes a implementação do protocolo. Ainda, é de responsabilidade da Equipe Gestora a tomada de decisões para melhorias nos protocolos e redefinição dos processos de trabalho. O Quadro 1 mostra a descrição para implementação do Protocolo de Organização e Atividades de Apoio nos serviços de saúde gerenciados pelo Instituto Santa Dulce.

Quadro 1. Etapas para elaboração e implementação do Protocolo de Organização e Atividades de Apoio.

Etapa	Atividades	Responsáveis
1	Diagnóstico situacional: envolve a identificação dos problemas apresentados no serviço de saúde.	Equipe gestora
2	Definição de indicadores: trata-se da seleção de indicadores quantitativos e qualitativos para o monitoramento das ações implementadas no serviço de saúde.	
3	Definição de procedimentos operacionais: elaboração de procedimentos operacionais para o alcance dos indicadores pré-determinados.	Equipe gestora
4	Capacitação de recursos humanos: está relacionada ao treinamento dos recursos humanos, quanto as atribuições específicas de cada profissão, protocolos adotados no serviço e política institucional.	Equipe gestora
5	Implementação dos protocolos do serviço: diz respeito a implementação dos processos de trabalho e das diretrizes norteadoras para execução do serviço.	Colaboradores
6	Monitoramento de indicadores: envolve o monitoramento dos indicadores de eficiência e eficácia relacionados aos protocolos do serviço, por exemplo, quantidade de pacientes atendidos e <i>performance</i> profissional.	Equipe gestora
7	Análise e tomada de decisão: a partir da análise dos indicadores de monitoramento, a Equipe Gestora toma decisões em relação a redefinição e/ou continuidade da metodologia de trabalho, com objetivo em alcançar a excelência no serviço prestado.	Equipe gestora

Nota: Elaboração própria.

Por fim, cada destacar que as atividades previstas para os profissionais envolvidos na Organização e Atividades de Apoio, devem ser realizadas conformidade com o planejamento realizado pela Equipe Gestora e em concordância com os procedimentos operacionais do serviço de saúde.

Fluxograma:

A Figura 1 mostra o fluxograma para implementação do Protocolo de Organização e Atividades de Apoio do Instituto Santa Dulce.



Recomendações:

Para otimizar o uso deste protocolo recomenda-se aos profissionais do serviço de saúde e demais interessados:

1. Conhecer as políticas institucionais do Instituto Santa Dulce;
2. Conhecer e implementar a missão do Instituto Santa Dulce;
3. Participar do Programa de Treinamento e Desenvolvimento Profissional (PTDP);

4. Identificar as demandas do serviço de saúde;
5. Conhecer e implementar a metodologia de trabalho do Instituto Santa Dulce;
6. Conhecer e aplicar os fluxogramas de trabalho do Instituto Santa Dulce;
7. Conhecer os protocolos assistenciais do Instituto Santa Dulce.

Referências:

KRAUZER, I. M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **REME – Rev Min Enferm.** v. 22, p. e-1087, 2018.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; MANDÚ, E. N. T. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Rev Latino-Am Enferm.** v. 20, n. 1, p. 19-26, 2014.

WERNECK, M, A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço** / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

ANEXO A

NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE SAÚDE

Este Regulamento estabelece as normas e rotinas do serviço social nas unidades de saúde gerenciadas pelo INSTITUTO SANTA DULCE (ISD).

Capítulo I

Das disposições preliminares

Art. 1º. O Regimento Interno do Serviço Social do ISD, tem por objetivo dispor sobre as diretrizes gerais de composição e funcionamento do serviço, bem como estabelecer as atribuições dos(as) Assistentes Sociais lotados nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 2º O Serviço Social é o órgão encarregado pelo enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional fundamentada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, mediante estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde.

Art. 3º Ser um órgão de assessoria e apoio diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

Capítulo III

Do funcionamento e da organização

Art. 4º Trata-se de um serviço vinculado a área assistencial e de funcionamento de segunda a sexta-feira no período diurno, vinculado a Equipe Gestora, Direção Clínica e Coordenação de Enfermagem.

Art. 5º O Serviço Social é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários do serviço (pacientes, familiares e acompanhantes).

Parágrafo único. Em caso de Licenças e Afastamentos, férias ou ausência do profissional responsável pela respectiva Unidade a chefia imediata que vai decidir sobre tais casos.

Capítulo IV

Das atribuições

Art. 6º As atribuições e competências das(os) Assistentes Sociais sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das(os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética Profissional assegura:

- I. Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- II. Livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- III. Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- IV. Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- V. Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- VI. Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- VII. Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- VIII. Ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- IX. Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Art. 7º No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- I. Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; II- Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;
- II. Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- III. Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Art. 7º Compete ao Assistente Social que exerce suas atribuições na área assistencial dos serviços de saúde gerenciados pelo ISD:

- a) Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do paciente e trabalhador, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde;
- b) Realizar acolhimento aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) e a rede de apoio social nas Unidades de Internação;
- c) Atender e acompanhar sistematicamente os usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;
- d) Identificar a situação sociofamiliar (habitacional, trabalhista e previdenciária) dos usuários (pacientes e famílias) com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- e) Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;
- f) Realizar visitas domiciliares, quando necessário, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar do paciente, quando identificadas fragilidades emocionais e sociais, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;
- g) Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- h) Realizar acompanhamento psicossocial de trabalhadores, e pacientes, buscando alternativas de enfrentamento individual e coletivo;
- i) Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono;
- j) Viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;
- k) Orientar familiares e/ou responsável que necessitem de local para pernoitar;
- l) Atender e orientar o usuário (paciente, família e acompanhante) em relação a “Alta à Revelia”;
- m) Realizar contato e/ou visitas institucionais à Rede de Apoio e de Proteção Social do usuário (paciente e família), quando necessário, para viabilidade de encaminhamentos formalizados, favorecendo processos de referência e contrarreferência;
- n) Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;

- o) Participar de reuniões e discussões multidisciplinares, nas unidades de internação, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde;
- p) Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multidisciplinares de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- q) Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contrarreferência dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) atendidos no hospital, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere aos aspectos sociais;
- r) Viabilizar ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interface com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de garantir a continuidade do cuidado integral ao usuário (paciente, família e acompanhante);
- s) Registrar os atendimentos no prontuário físico e/ou eletrônico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários (pacientes e famílias), resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no Caderno de Campo de cada profissional;
- t) Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes) aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- u) Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;
- v) Conceder informações sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, famílias e acompanhantes);
- w) Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão – POP's que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- x) Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;
- y) Coletar, organizar, compilar, tabular e difundir dados;
- z) Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de atuação profissional;
- aa) Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;

- bb) Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional;
- cc) Participar de Comissões intra-hospitalar;
- dd) Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;
- ee) Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- ff) Supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- gg) Realizar demais atividades inerentes ao cargo que ocupa.

Capítulo V

Disposições Finais

Art. 7 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo assistente social em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 8 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

**ANEXO F- PROTOCOLO DE ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS
E FINANCEIRAS**



Título: Protocolo de Atividades Administrativas e Financeiras

Introdução

As atividades administrativas e financeiras de um serviço de saúde representam o alicerce para o funcionamento eficiente dos processos de trabalho, cujo objetivo é coordenar e direcionar as ações que serão executadas pelos colaboradores. Neste contexto, a metodologia de trabalho do ISD na gestão dos serviços de saúde é pautada no planejamento estratégico, com foco na valorização da pluralidade na tomada de decisão (KURCGANT et al., 2019). O planejamento estratégico é um método direcionado a resolução de problemas. O problema pode ser entendido como:

“algo detectado que incomoda o ator social e o motiva a buscar soluções adequadas, ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que ele considera não adequado ou não tolerável e o estimula a enfrenta-lo, visando a promoção de mudanças” (MATUS, 1996).

Para o alcance dessa perspectiva, é necessário que o processo decisório nas atividades administrativas e financeiras envolva a participação de diferentes atores, na busca por mudanças (TESTA, 1995). Logo, nos cenários de administração dos serviços de saúde os poderes decisórios podem estar atrelados as seguintes dimensões (MATUS, 1996):

Poder político: representado por pessoas que detêm o poder em função exercício eleitoral, assim como em decorrência a representação formal de parcelas organizadas da sociedade civil através de cargos e/ou funções em instituições de legitimidade social.

Poder econômico: representado por pessoas que detém o manejo dos recursos econômico e financeiros.

Poder administrativo: representado por pessoas que ocupam funções administrativas.

Poder técnico: representado por pessoas que detêm conhecimento técnico sobre determinadas áreas, por exemplos, profissionais da saúde.

Considerando as dimensões envolvidas nos poderes decisórios, o planejamento estratégico que é adotado por meio do processamento de problemas atuais, problemas potenciais (ameaças e oportunidades) e macroproblemas (KURCGANT et al., 2019). Neste cenário, a atuação do ISD pode ser delineada dentro do triângulo de governo, representado por três vértices: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governar (KURCGANT et al., 2019). A Figura 1 mostra o triângulo de governo no planejamento estratégico adotado pelo ISD.

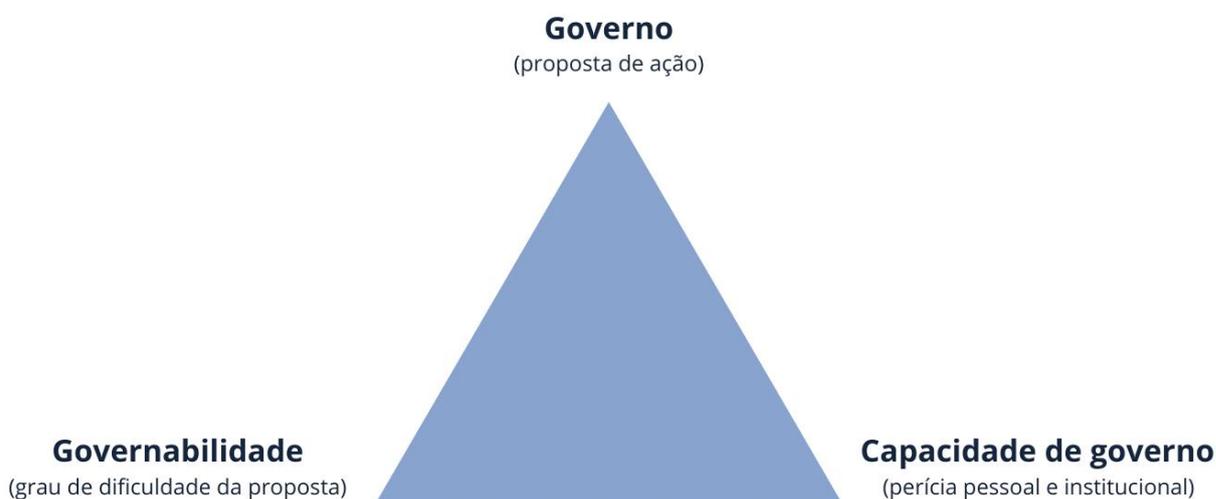


Figura 1. Triângulo de governo no planejamento estratégico situacional.

Fonte: Kurcgant et al. (2019).

O **projeto de governo** está relacionado ao conteúdo da proposta de governo, iniciado pelo diagnóstico situacional, com ênfase na identificação de problemas e na proposição de maneiras para enfrentá-los. Na prática, isso envolve conhecer a realidade do serviço de saúde, a fim de modificá-la e tornar o serviço eficiente (KURCGAN et al., 2019). A **governabilidade** compreende o quanto de controle a equipe tem sobre a situação que pretende governar. Isso envolve, a autonomia sobre as ações no serviço de saúde, com ênfase na tomada de decisão assertiva (KURCGAN et al., 2019). Por fim, a **capacidade de governar** diz respeito sobre a perícia da equipe técnica e institucional para exercer o governo. Em resumo, essa capacidade depende do capital intelectual e da experiência que a equipe de gestão detém para resolver problemas (KURCGAN et al., 2019).

Em síntese e para fins de compreensão, as atividades administrativas e financeiras do ISD por meio do planejamento estratégico, é composta por indagações distribuídas em quatro momentos que se inter-relacionam durante o processo decisório em um serviço de saúde, sendo eles (KURCGANT et al., 2019):

- **Momento explicativo:** como explicar a realidade encontrada?
- **Momento normativo:** como conceber um plano estratégico?
- **Momento estratégico:** como tornar viável o plano estratégico?
- **Momento tático operacional:** como agir no cotidiano de maneira planejada?

Assim como Tancredi et al. (1998), o ISD também acredita que “não existe um planejamento perfeito e nem um plano irreprovável”. Contudo, compreende-se a adoção de planos estratégicos pelos gestores e profissionais de saúde são elementares, pois permitem planejar a resolução de problemas e qualificar os processos decisórios. Frente ao exposto, este protocolo de atividades administrativas e financeiras envolve as diretrizes gerais para a organização geral do serviço de saúde, no que tange ao gerenciamento de recursos materiais, gerenciamento de recursos físicos e ambientais, gerenciamento de custos do serviço e a organização dos processos de trabalho.

Objetivos

Este protocolo de atividades administrativas e financeiras tem como objetivos:

- a) Orientar os colaboradores do ISD e do serviço de saúde sobre a organização administrativa e financeiras do ISD;
- b) Determinar os fluxos operacionais do ISD no serviço de saúde;
- c) Organizar a rotina de trabalho do setor administrativo e financeiro do ISD;
- d) Coordenar as ações que serão implementadas nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD;
- e) Elaborar e implementar práticas administrativas consistentes;

- f) Determinar as diretrizes para as ações administrativas e financeiras.

Atribuições da Coordenação Administrativa e Financeira

A Coordenação Administrativa e Financeira do ISD é estruturada por setores que são responsáveis pela operacionalização do modelo de gestão do ISD nos serviços de saúde, sendo composta pelos segmentos:

I. Equipe Gestora

Formada pelo coordenador administrativo, pelo supervisor de enfermagem e pelo diretor técnico (médico), podendo contar com a colaboração de outros profissionais. A Equipe Gestora do serviço de saúde é responsável pela coordenação geral das atividades e dos fluxos de trabalho no local.

II. Comissões do Serviço de Saúde

As comissões do serviço de saúde são formadas pelos colaboradores do serviço, tendo como principais objetivos auxiliar na gestão da qualidade, na coordenação das ações assistenciais e no monitoramento de indicadores de qualidade.

III. Núcleo Financeiro

O núcleo financeiro é formado pelo diretor geral do ISD, por um contador e pela Equipe Gestora do serviço de saúde. Seu papel é operacionalizar os fluxos internos e externos relacionados a gestão dos recursos do serviço de saúde, assim como cuidar da administração financeira e do patrimônio do estabelecimento de saúde.

IV. Núcleo de Treinamento e Desenvolvimento Humano

Coordenado por um enfermeiro, este núcleo é responsável pelo dimensionamento dos recursos humanos, avaliação da *performance* profissional, incentivo ao autocuidado e pela seleção e recrutamento de pessoas.

V. Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), é composto pelo coordenador administrativo, assistente administrativo e assistente social. Seu principal objetivo do SAU é promover a aproximação entre o serviço de saúde e o usuário, assim como melhorar os processos de trabalho e a satisfação do cliente. As ações do SAU estão relacionadas às dimensões: atendimento, direitos e deveres do usuário, pesquisa de satisfação e ouvidoria.

A partir da compreensão geral sobre os segmentos que compõem a estrutura administrativa do ISD, a Figura 2 mostra o organograma relacionado à sua esfera administrativa.

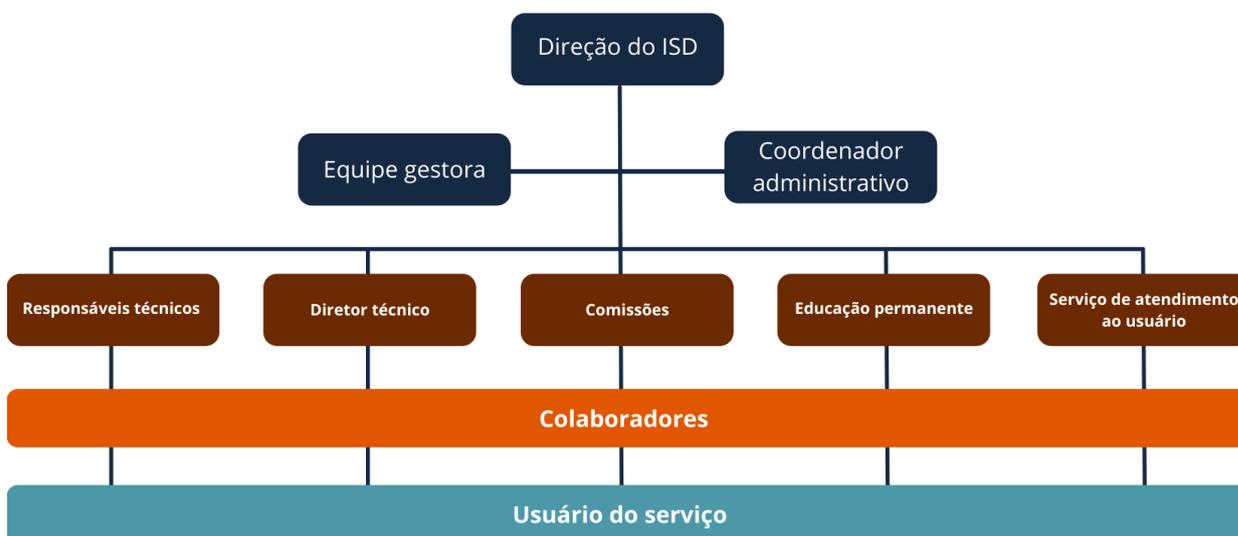


Figura 2. Estrutura administrativa do ISD nos serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Implementação

Para cada segmento da Coordenação Administrativa e Financeira do ISD estão previstos regulamentos e/ou protocolos que direcionam as atividades que devem ser executadas no serviço de saúde. Neste cenário, o processo de implementação dessas atividades envolve de forma sequencial as etapas descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Etapas de estruturação da Coordenação Administrativa e Financeira do ISD em um serviço de saúde.

Etapa	Atividade
1	Formação da equipe técnica para gestão do serviço de saúde.
2	Treinamento sobre a metodologia e Coordenação Administrativa e Financeira do ISD.
3	Capacitação sobre os protocolos e regimentos do ISD.
4	Diagnóstico situacional do serviço de saúde que será gerenciado pelo ISD.
5	Definição do planejamento estratégico para o alcance da eficácia no serviço prestado.
7	Implementação dos protocolos e regimentos do ISD no serviço de saúde.
8	Monitoramento dos indicadores de eficácia previsto no planejamento estratégico.
9	Revisão do planejamento estratégico, de acordo com os problemas identificados.

Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se, que para o uso deste protocolo, o colaborador deve conhecer os regulamentos e demais protocolos adotados pelo ISD, os quais descrevem de forma detalhada os procedimentos operacionais para segmento de trabalho. Como forma de explicação, no protocolo de assistência de enfermagem é possível identificar as principais ações que a enfermagem deve adotar no serviço de saúde. Assim como, no regulamento da Comissão de Revisão de Óbito estão previstas as normativas para atuação desta comissão.

Referências:

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1996.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

**ANEXO G – REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS,
SERVIÇOS E COMPRAS**



REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS



Este Regulamento estabelece os critérios e as normas para a contratação de obras, serviços e compras realizadas pelo INSTITUTO SANTA DULCE (ISD).

Capítulo I

Das disposições preliminares

Art. 1º A contratação de obras, serviços e aquisição de bens pelo ISD deverão obedecer as seguintes diretrizes:

- a) Toda contratação de obras, serviços e aquisição de bens será realizada pelo setor de compras, sob orientação e subordinação a Coordenação do ISD e equipe gestora do serviço de saúde;
- b) As solicitações poderão ser realizadas por meios físico (impressos) e/ou eletrônico respectivamente através da Requisição de Contratação de Obras e Reformas ou Requisição de Aquisição de Bens e Serviços, ambos devem conter todos os campos preenchidos e com a descrição detalhada em relação ao pedido;
- c) O ISD e os serviços de saúde por ele gerida deverão respeitar os princípios legais da Administração Pública, especificamente: 1) Legalidade; 2) Impessoalidade; 3) Moralidade; 4) Publicidade e; 5) Eficiência;
- d) As requisições devem ser realizadas com 30 dias de antecedência, a fim de permitir a execução de todo processo de contratação de obras, serviços e aquisição de bens. Eventuais excepcionalidades devem ser enviadas ao setor de compras e consequentemente discutidas com a Coordenação do ISD, que emitirá um parecer sobre o pedido.

Parágrafo único: este regulamento é de aplicação obrigatória pelos colaboradores do ISD.

Art. 2º As contratações de obras, serviços e aquisição de bens necessários para execução dos Planos de Trabalho, Termos de Convênios, Contratos de Gestão, Termo de Colaboração, entre outros serão regidas por este regulamento.

Parágrafo único: as diretrizes instituídas pelo presente regulamento não se aplicam às despesas geradas e custeadas com recursos próprios do ISD.

Art. 3º As etapas de contratação de obras, serviços e aquisição de bens deverão obrigatoriamente envolver:

- a) Requisição de Contratação de Obras e Reformas ou Requisição de Aquisição de Bens e Serviço;
- b) Recebimento da requisição pelo setor de compras;
- c) Pesquisa de mercado com apresentação de no mínimo 3 (três) orçamentos;
- d) Envio dos orçamentos para apreciação e parecer da Coordenação do ISD;
- e) Análise jurídica do pedido e verificação da disponibilidade financeira;
- f) Parecer final da Coordenação do ISD (aprovado ou não aprovado).

Art. 4º A contratação de obras, serviços e aquisição de bens deverão ser realizadas por meio da Seleção de Fornecedores.

Art. 5º Devem ser selecionadas as propostas que apresentarem maior custo-benefício aos órgãos públicos e ao sistema financeiro em geral.

Parágrafo único: A contratação de serviços terceirizados deve ser realizada em conformidade com os valores máximos praticados pelo Banco de Preços em Saúde (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/banco-de-precos>) e/ou pelos valores praticados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Capítulo II

Dos objetivos

Art. 6º Este regulamento tem por objetivo estabelecer as normas, rotinas, bem como definir os critérios para compras, contratação de obras e de serviços para o Instituto Santa Dulce.

Parágrafo único: O presente regulamento aplica-se somente quanto as compras, contratação de obras ou serviços terceirizados forem realizados com recursos públicos e recursos obtidos através de captação de recursos decorrente do contrato de gestão.

Art. 7º Para fins do presente regulamento, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo, materiais ou serviços para fornecimento de uma só vez ou parceladamente com finalidade de suprir o Instituto Santa Dulce em todas as suas atividades, junto aos serviços fiormados com entes públicos

Art. 8º O procedimento de compras efetuar-se-ão mediante seleção da melhor proposta orçamentária, avaliando-se o preço, a qualidade, a técnica, o prazo de fornecimento ou de conclusão do serviço e as condições de pagamento, os custos de transporte e seguro até o local da entrega, assistência técnica, seguro, reposição de peças, disponibilidade de serviços,

atendimento de urgência, eventual necessidade de treinamento de pessoal, garantia de manutenção, dentre outros critérios definidos pelo Instituto Santa Dulce, que garantam a melhor utilização dos recursos para o alcance dos seus objetivos sociais e dos objetivos das parcerias firmadas.

Art. 9º O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas especificadas a seguir:

- a) Solicitação de Compras
- b) Seleção de fornecedores
- c) Apuração da Melhor Oferta
- d) Emissão de ordem de compras

Parágrafo único: Este Regulamento levará sempre em conta o custo, porém podendo ser justificado quando o outro quesito se sobressair.

Capítulo III

Das modalidades

Art. 10º Para os fins deste Regulamento, constituem-se as seguintes modalidades de compras, obras e serviços:

- a) Compras, obras e serviços de valor inferior: são compras, obras e serviços de até 1 salário mínimo, inclusive, que serão realizados mediante pesquisa simples de preços no mercado;
- b) Compras, obras e serviços de valor médio: são compras, obras e serviços de valor superior a 1 salário mínimo, que serão realizados mediante coleta de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores.

§1º Qualquer que seja a modalidade adotada no processo seletivo, não será admitido o uso de critério ou condição que possa frustrar o seu caráter competitivo.

§2º As cotações de preços obtidas nos moldes do inciso I do caput poderão ser listadas em simples formulário, contendo informações quanto ao fornecedor e às condições comerciais por ele apresentadas.

§3º As propostas orçamentárias previstas nos incisos II do caput serão apresentadas pelos fornecedores por escrito, preferencialmente em papel timbrado, sendo admitido o envio por e-mail.

§4º Dependendo do tipo, do porte e/ou da característica do bem a ser adquirido, da obra ou dos serviços a serem contratados, o ato convocatório poderá ser acompanhado de projeto e

memorial descritivo, bem como das necessidades técnicas a serem atendidas pelo fornecedor como, por exemplo, horário de funcionamento, recursos humanos envolvidos, materiais a serem empregados e consumidos, entre outros.

Art. 11º Será desnecessário (dispensado) o procedimento formal de realização de pesquisa de preços previsto nos incisos do *caput* do art. 9º, para as seguintes modalidades de compras e contratações:

- a) Compra e despesa de pequeno valor, assim considerada a aquisição de materiais de consumo inexistentes no estoque ou outras despesas devidamente justificadas, cujo valor total não ultrapasse o do salário mínimo vigente no momento da aquisição;
- b) Na aquisição de materiais, equipamentos ou serviços diretamente de produtor, fornecedor ou representante comercial exclusivo;
- c) Em operação envolvendo concessionária de serviços públicos, cujo objeto do contrato seja pertinente ao da concessão;
- d) Em operação envolvendo empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de pesquisa científica e tecnológica, organizações sociais, universidades ou centros de pesquisa públicos nacionais;
- e) Na aquisição de obras e acervos artísticos e contratação de serviços artísticos, bem como contratação de curadoria artística;
- f) Em complementação a obras ou serviços e aquisição de materiais, componentes e/ou equipamentos para substituição ou ampliação, relativamente a contratos anteriores do Instituto Santa Dulce;
- g) Quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos ao Instituto Santa Dulce;
- h) Quando, em razão da natureza do objeto, não houver pluralidade de opções;
- i) Para a contratação de serviços técnico-profissionais especializados;
- j) Nos casos em que não houver dispêndio de recursos financeiros por parte do Instituto Santa Dulce, como o recebimento de doações ou comodatos, permutas, celebração de parcerias, convênios, termos de cooperação, locações, cessões de espaço, entre outros.

§1º Entende-se por serviços técnico-profissionais especializados aqueles exercidos por profissionais e empresas cujo conhecimento específico ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados à sua atividade,

permitam inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado, exemplificando-se, mas não se limitando, aos seguintes serviços e produtos:

- a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos de quaisquer naturezas, tais como arquitetura, construção, paisagismo, museologia e museografia, criação gráfica, hidráulica, elétrica, segurança, entre outros;
- b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- c) Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas, auditorias financeiras, contábeis e folha de pagamento;
- d) Coordenação, fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- e) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- f) Recrutamento, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- g) Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- h) Serviços que envolvam criação artística, tais como desenhos, pinturas, gravuras, esculturas, fotografia e outros.

§ 2º Em quaisquer dessas ocorrências (dispensas), deve ser realizado o registro e assegurada a necessária transparência dos atos de compras e contratações.

Capítulo IV

Dos processos de compras

Art. 12º O Processo de Compras e Contratações deverá respeitar o disposto neste Regulamento de Compras e Contratações, nos Contratos de Gestão em vigência e na legislação pertinente. Terá início com o Formulário denominado “Solicitação de Compras”, este por sua vez será entendido como um processo de rotina mensal para reposição do estoque. Para tanto deverá ser entregue ao setor de compras todo dia 25 de cada mês separados por gênero conforme segue abaixo:

- a) Medicamentos;
- b) Material de enfermagem;
- c) Material de escritório;
- d) Material de limpeza;
- e) Gênero alimentício e descartáveis.

Parágrafo único: O Formulário Solicitação de compras deverá conter:

- a) CÓD – código do bem que deve ser adquirido de acordo com o cadastro em sistema de Informática;

- b) DESCRIÇÃO – detalhamento da descrição do produto com as devidas especificações técnicas quando necessário;
- c) UN - especificações técnicas sobre fracionamento e quaisquer detalhe que facilite o processo de compra;
- d) COMPRAR – diferença entre os o saldo atual e a média de consumo do período.

Art. 13° Considera-se *compra em regime de urgência* a aquisição de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização ou material de consumo existente no estoque que ultrapasse o consumo médio do mês, devido ao aumento da demanda, seja ela qual for e desde que devidamente justificado pelo gestor da área.

Parágrafo único: O Setor requisitante deverá justificar a necessidade de adquirir o bem em regime de urgência.

Parágrafo segundo: O Departamento de Compras poderá dar ao procedimento de compras o regime de rotina, caso conclua não estar caracterizada a situação de urgência.

Art. 14° O Departamento de Compras deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da concorrência, considerando idoneidade, qualidade e custo, além de garantia de manutenção, reposição de peças, atendimento de urgência, quando for o caso. Para contratação de serviços contínuos, se faz necessário que os prestadores interessados solicitem o seu cadastro junto ao Instituto Santa Dulce devendo informar preencher a ficha cadastral apresentando alguns documentos como “Cartão C.N.P.J., Ato constitutivo, Certidões negativas e A.F.E. (quando necessário)”. Para fins do disposto no deste Art. considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: 1-custos de transporte e seguro até o local da entrega; 2- forma de pagamento; 3- prazo de entrega; 4- custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade; 5 – durabilidade do produto; 6- credibilidade mercadológica da empresa proponente; 7- disponibilidade de serviços; 8- eventual necessidade de treinamento de pessoal; 9- qualidade do produto.

Art. 15° O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita, no mínimo, nas modalidades estabelecidas no artigo 4° deste regulamento, sendo que a melhor oferta será apurada considerando-se os princípios contidos no art. 3° do presente Regulamento e poderá ser apresentada à Diretoria Executiva, caso solicitada. O setor de compras realizará todo o processo e para melhor apuração e apresentação utilizará o impresso denominado “Grade Comparativa de Preços”.

Art. 16º Após aprovada a compra, o Departamento de Compras emitirá a Ordem de Compra, em três vias, utilizando-se de impresso próprio ou por meio eletrônico de sistema informatizado, distribuindo da seguinte forma: I- uma via para o fornecedor escolhido; II- uma via para a Central de Suprimentos (almoxarifado); III- uma via para o arquivo do Departamento de Compras.

Art. 17º A Ordem de Compra corresponde ao contrato formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo único: A Ordem de Compra deverá ser expedida pelo Comprador, devidamente identificado, ou pelo responsável pelo Departamento de Compras.

Parágrafo segundo: Para as compras efetuadas através de meio eletrônico serão emitidos os documentos obtidos nas negociações eletrônicas, contendo as condições do negócio realizado.

Parágrafo terceiro: As compras realizadas através de processo de importação serão formalizadas em conformidade com a legislação em vigor.

Art. 18º O recebimento dos bens e materiais será realizado, pela Central de Suprimentos (almoxarifado), responsável pela conferência dos materiais, consoante as especificações contidas na Ordem de Compra. O acompanhamento das ordens de compra será diário, realizado pela Central de Suprimentos (almoxarifado), que acionará o Departamento de Compras caso haja atraso nos prazos de entrega ou qualquer inconformidade com a Ordem de Compra.

Art. 19º Para aquisição de bens e serviços de que trata este Regulamento, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas:

- a) Verificação da necessidade;
- b) Abertura do pedido de compras;
- c) Realização dos procedimentos previstos no artigo 9º, salvo nas hipóteses previstas no art. 10º;
- d) Finalização do pedido de compras no qual deverá ser apresentada justificativa que fundamente a decisão da Diretoria respectiva quanto à adequação da despesa aos objetivos do Instituto Santa Dulce e do Contrato de Gestão ao qual a despesa estiver relacionada, se for o caso.

Art. 20º A validade do processo de compras e contratações não ficará comprometida em caso da não apresentação do número mínimo de propostas, tampouco pela impossibilidade de se convidar o mínimo de fornecedores para a seleção, desde que haja justificativa baseada na ausência de fornecedores interessados na praça. O Instituto Santa Dulce poderá implementar

cadastro de fornecedores ou se valer de outras formas semelhantes de registro de compras e contratações que propicie maior celeridade nos procedimentos contínuos e a extração de informações relevantes sobre o perfil de despesas com custeio da entidade.

Art. 21º Caso não compareça qualquer fornecedor interessado, o Instituto Santa Dulce deverá reabrir o procedimento de compras, desde que isso não lhe cause excessivo prejuízo. Havendo o risco de prejuízo, este procedimento ficará dispensado e a contratação poderá ser direta com qualquer interessado, desde que sejam mantidas as condições estabelecidas no ato convocatório.

Art. 22º É expressamente vedada a realização de compras e contratações nos casos em que se constatar a utilização de produtos pirateados, contrabandeados, provenientes de fornecedores que empreguem trabalho infantil ou que realizem qualquer outro ato que possa gerar desequilíbrio comercial e socioeconômico.

Art. 23º A realização do processo de compras e contratações não obriga o Instituto Santa Dulce a formalizar a compra ou a contratação junto aos fornecedores, podendo o processo ser anulado pelo Diretor responsável ou por pessoa a quem ele delegar poderes para tanto, sendo dada ciência aos interessados.

Art. 24º A participação de fornecedores no processo de compras implica na aceitação integral e irrevogável dos termos, dos elementos técnicos e das instruções fornecidas pelo Instituto Santa Dulce, bem como das disposições trazidas neste Regulamento e nas demais normas aplicáveis.

Art. 25º Somente serão aceitos para comprovação da venda, locação ou aquisição de bens e serviços, os fornecedores que informarem seus documentos contidos no art. 14º deste *caput*, devendo ser desqualificada a proposta de fornecedor que não atenda a esta condição.

Art. 26º Quando forem contratados serviços de consultoria, o pagamento somente será realizado mediante a entrega do relatório completo e finalizado, ou de acordo com regimento contratual entre as partes.

Parágrafo único. Ainda que seja necessário parcelar o valor do pagamento referente à consultoria, a quitação integral só será realizada mediante a entrega do relatório completo e finalizado ou salvo se houver regimento contratual entre as partes.

Art. 27º Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deverá estar devidamente documentado, a fim de facilitar futuras averiguações pelos membros e órgãos do Instituto Santa Dulce, por parte dos órgãos parceiros da entidade e pelos demais responsáveis pelo controle e fiscalização dos Contratos de Gestão.

Capítulo V

Dos contratos

Art. 28º Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do ato convocatório e da proposta a que se vinculam.

Art. 29º Os contratos deverão conter, minimamente:

- a) Qualificação completa das partes;
- b) Seu objeto;
- c) Prazo de entrega do bem e/ou serviço;
- d) Vigência;
- e) Preço e forma de pagamento;
- f) Deveres e responsabilidades das partes;
- g) Cláusula penal contendo sanções pelo descumprimento das obrigações;
- h) Hipóteses de rescisão;
- i) Foro.

Art. 30º Exige-se a celebração de contrato formal para os serviços continuados ou quando houver entrega parcelada de bens ou a exigência de fornecimento de garantias.

Art. 31º Todos os contratos deverão ser aprovados por assessoria jurídica ou, na falta desta, pelo dirigente máximo do Instituto Santa Dulce, a fim de garantir a adequada formalização dos termos avençados.

Art. 32º No caso de contratos celebrados com pessoas jurídicas, deverão ser apresentados a cópia de seu ato constitutivo e alterações, ou ato constitutivo consolidado, bem como atas de eleição dos dirigentes, além de outros documentos que o Instituto Santa Dulce julgar necessários, de acordo com o tipo de contrato a ser celebrado.

Art. 33º Todos os contratos deverão ser numerados e rubricados em todas suas páginas.

Capítulo VI

Do reembolso

Art. 34º As despesas realizadas pela Diretoria Executiva no exercício de suas funções estatutárias, mas não limitadas a almoço executivo, estacionamento, alimentação e transporte

deverão ser relacionados em formulário próprio e anexadas as comprovações de gastos para efeito de reembolso.

§1º As despesas realizadas por qualquer outro empregado do Instituto Santa Dulce deverão seguir o mesmo procedimento indicado no caput e serão aprovadas pelo Diretor Administrativo – Financeiro e/ou pelo Diretor Presidente.

§2º Somente poderão ser reembolsadas despesas que guardem relação com os objetivos estatutários do Instituto Santa Dulce, observadas, ainda, eventuais limitações devido a imposições legais, assim como determinações previstas nos Contratos de Gestão.

§3º As comprovações de gastos deverão ser feitas por meio de documento fiscal faturado contra o Instituto Santa Dulce, podendo ser autorizadas exceções pelo Diretor Administrativo – Financeiro e/ou pelo Diretor Presidente.

Capítulo VII

Das disposições finais

Art. 35º Nas aquisições de bens e contratações de serviços em decorrência de execução de projetos culturais aprovados nos termos das Leis de Incentivo à Cultura (municipal, estadual ou federal), Convênios, Editais, Termos de Cooperação e instrumentos correlatos, poderá ser dispensado o disposto nos Capítulos II, III e IV do presente Regulamento de Compras e Contratações, podendo o Instituto Santa Dulce invocar nesses casos as regras que regulam as referidas fontes de financiamento.

Art. 36º Os casos omissos serão decididos pelo dirigente máximo do Instituto Santa Dulce, devidamente justificados.

O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Pariquera-Açu, 01 de Junho de 2021



INSTITUTO SANTA DULCE
CNPJ: 35.764.774/0001-73
FELIPE DOS SANTOS MESQUITA
RG: 29.542.752-8
CPF: 314.257.538-33
Diretor Presidente

ANEXO H – REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL



REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL



Este Regulamento estabelece os critérios e as normas de seleção e contratação de pessoal realizado pelo INSTITUTO SANTA DULCE (ISD).

Capítulo I

Do objetivo

Art. 1º Definir as premissas para captação, seleção e contratação de recursos humanos, objetivando suprir as demandas das vagas previstas no **Instituto Santa Dulce (ISD)**, incluídas aquelas oriundas de relações contratuais, convênios, contratos de gestão ou outras avenças firmadas com órgãos públicos ou empresas privadas, através de técnicas que visam avaliar os conhecimentos gerais, competência e potencialidades dos candidatos, com conformidade com o perfil exigido para o preenchimento das vagas, observando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, boa-fé, probidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade e do julgamento objetivo.

Capítulo II

Da aplicação

Art. 2º As regras dispostas no presente regulamento se aplicam a todas as contratações do **Instituto Santa Dulce**.

Capítulo III

Do glossário

Art. 3º A seguir serão descritos os termos relacionados ao processo de seleção e contratação de pessoal.

- a) **Ampla concorrência:** Corresponde as vagas gerais disputadas, separadas aquelas destinadas aos portadores de necessidade especiais.
- b) **Avaliação curricular:** Avaliação de habilitações acadêmicas e profissionais.

- c) **Competência:** é um conjunto de conhecimentos, Habilidades e atitudes que são os diferenciais de cada indivíduo e afetam seus resultados em tudo o que realizam.
- d) **Demandante:** Setor ou departamento que solicita a contratação.
- e) **Edital:** Uma das formas de divulgação de um Processo Seletivo.
- f) **Entrevista por competência:** é um instrumento que busca investigar comportamento e características que confirmam ou não a presença de determinados atributos ou competências do candidato.
- g) **Processo Seletivo:** é um conjunto de procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da Instituição, que se baseia na observância aos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e eficiência, previstos no artigo 37 da Constituição Federal de 1988.
- h) **Recrutamento:** É a capacitação de recursos humanos existentes no mercado de trabalho, objetivando suprir a demanda de vagas na instituição.
- i) **Seleção:** É a utilização de técnicas que visam medir os conhecimentos gerais, competências e potencialidades dos candidatos, alinhadas as competências necessárias definidas pela instituição.

Capítulo IV

Das siglas utilizadas

Art. 4º A seguir serão descritas as siglas utilizadas no processo de seleção e contratação de pessoal.

- a) **ISD:** Instituto Santa Dulce.
- b) **GP:** Gestão de Pessoas.
- c) **CTPS:** Carteira de trabalho e Previdência Social.
- d) **SINE:** Sistema Nacional de Emprego.
- e) **PCD:** Pessoa com Deficiência.
- f) **OS:** Organização Social.
- g) **CG:** Contrato de Gestão.

Capítulo V

Das observações gerais

Art. 5º A seguir serão descritas as observações gerais quanto ao processo de seleção e contratação de pessoal.

- a) Não é permitida discriminação de candidatos em razão de raça, cor, etnia, estado civil, religião, nacionalidade, credo, posicionamento político, sexo, orientação sexual e/ou idade.
- b) O processo seletivo respeitara as exigências definidas como perfis para ocupação da vaga, podendo sofrer alterações decorrentes de obrigações oriundas de ajustes firmados como entidade públicas ou privadas e/ou da área demandante.
- c) O recrutamento poderá acontecer a depender da origem da demanda, através de divulgação em edital ou anúncio de vaga em sites (Ex: Catho, Curriculum, manager, INFOJOBS, e dentre outros) e/ou nos sistemas de intermediação de mão de obra como Casa do Trabalhador e SINE – Sistema Nacional de Emprego, dentre outros.
- d) No período de até 03(três) meses a contar do início da implantação de uma nova unidade, poderão ser realizados processos seletivos emergenciais, bem como poder ser contratada empresa especializada em contratação de pessoal, a fim de atender demanda de contratação imediata de colaboradores para as novas unidades.
- e) Não há limite de números de candidatos para participação no processo seletivo, porém serão apenas selecionados para a entrevista individual até 06 (seis) candidatos a mais do que a quantidade de vagas disponíveis e assim sucessivamente, até o devido preenchimento das vagas.
- f) O quantitativo de vagas disponíveis será definido pelo demandante, conforme procedimentos descritos no ANEXO I.
- g) A aprovação de candidato em processo seletivo não vincula a tampouco obriga o ISD a formalizar a sua contratação. Os candidatos aprovados poderão ser contratados conforme a conveniência e a necessidade do Instituto.
- h) O processo de recrutamento para captação e triagem dos candidatos poderá ser realizado por consultoria externa, conforme os requisitos estabelecidos pelo ISD.
- i) Para a contratação dos serviços de consultoria externa especializada será realizado o processo de cotação, nos termos do Regulamento de Compras e Contratações de Serviços do ISD.

- j) A consultoria contratada deverá observar os critérios estabelecidos pelo setor de GP, o presente Regulamento, bem como outras orientações da equipe de GP.

Parágrafo único: Nas publicações de editais, decorrentes de exigências constantes de ajustes firmados entre o ISD e entes públicos, o processo deverá ser remetido ao Setor de Gestão de Pessoas Corporativo e Departamento Jurídico do ISD, a fim de que os mesmos analisem a regularidade do processo no prazo máximo de 72 horas.

Capítulo VI

Das responsabilidades do demandante

Art. 6º São consideradas responsabilidades do demandante:

- a) Imprimir e preencher o impresso ANEXO II, Solicitação de Abertura de Vaga definindo o perfil específico da vaga.
- b) Justificar a necessidade da vaga através de relatório e providenciar as devidas aprovações no formulário indicado no ANEXO II, de acordo com o tipo de contratação e envia-lo ao GP.
- c) Participar da seleção quando a análise exigir conhecimento técnico conforme o perfil solicitado.
- d) Acompanhar o edital de seleção publicado pelo GP, conforme modelo disposto no ANEXO III.
- e) Realizar entrevistas individuais com os candidatos e informar em campos específico os resultados da entrevista (ANEXO IV), observando, quando for o caso, as exigências contidas no edital de seleção.
- f) Informar ao GP o(s) nome(s) do(s) candidato(s) aprovado(s) e a sugerida(s) data(s) de admissão, para que seja dada continuidade ao processo de contratação.

Capítulo VII

Das responsabilidades da gestão de pessoas

Art. 7º São consideradas responsabilidades da gestão de pessoas:

- a) Solicitar ao setor responsável todos os impressos necessários para o início do processo de recrutamento.

- b) Complementar o termo de referência para seleção de pessoal, que servira de base quando for o caso;
- c) Divulgar as vagas disponíveis por meio de sites, consultorias externas, jornais e/ou sistemas de intermediação de mão de obra, etc., sempre observando as eventuais exigências contratuais e o perfil de vaga.
- d) Orientar e supervisionar o recrutamento no caso de contratação de consultoria externa;
- e) Aplicar teste psicológico específico, conforme o perfil a vaga.
- f) Elaborar, com o solicitante da vaga, a descrição da função, que deverá nortear os processos seletivos de substituição;
- g) Coordenar o agendamento das entrevistas com cada candidato;
- h) Encaminhar aos demandantes os candidatos finalistas e reservar um dia para que as entrevistas sejam realizadas.
- i) Realizar estudo de remuneração de cargos de liderança com a Diretoria da área solicitante, considerando a última ou a atual remuneração e benefícios de candidato aprovado, comparando com a remuneração e benefícios oferecidos.
- j) Informar aos candidatos aprovados a modalidade de contratação em períodos de experiência de 90 dias e solicitar os documentos constantes no ANEXO IV.
- k) Obedecer aos seguintes prazos para todos os processos de recrutamento, seleção e admissão.
- l) Máximo de 60 dias, a contar da data da solicitação da vaga, no caso de aumento de quadro.
- m) Máximo de 20 dias para substituição de quadro.

Capítulo VIII

Da seleção

Art. 8º São critérios associados ao processo de seleção:

- a) O processo respeitará as exigências definidas como perfis para ocupação da vaga, podendo sofrer alterações decorrentes de obrigações oriundas de ajustes firmados com entidades públicas ou privadas e/ou do demandante.
- b) O processo seletivo é público e, preferencialmente, divulgado por meio de publicação de edital.

- c) As seleções realizadas por meio de edital seguirão rotina específica conforme cronograma indicado no ANEXO V.
- d) Os editais serão, obrigatoriamente, publicados em seu inteiro teor no site do ISD, podendo também, em caso de exigência contratual, serem publicados também nos sites oficiais do respectivo Estado, em especial no Site da Secretaria de Saúde do Estado de ao qual estiver vinculado.
- e) No caso de exigência contratual, os editais serão publicados também na imprensa oficial do respectivo Estado ou Município contratante.
- f) O GP será responsável por acompanhar o processo seletivo juntamente com o demandante da vaga;
- g) As seguintes formas de avaliação poderão ser utilizadas, separadas ou simultaneamente, a depender da especialidade de cada contratação:
- Avaliação escrita e objetiva.
 - Avaliação Oral.
 - Avaliação Prática.
 - Avaliação Psicológica.
 - Avaliação Curricular.
 - Avaliação através de dinâmica de grupo.
 - Avaliação através de entrevista individual por competência.
- h) Em casos de urgência para a contratação de pessoal para determinada unidade de saúde sob gestão do ISD, algumas etapas do processo de seleção indicadas no item “G” acima poderão ser dispensadas, a fim de dar maior celeridade no processo seletivo.
- i) As etapas de avaliações poderão ter caráter eliminatório e/ou classificatório, dependendo das exigências da referida contratação, incluídas aquelas constantes dos ajustes firmados com entes públicos ou empresas privadas, e/ou do perfil da vaga.

Parágrafo único: Todas as contratações seguirão conforme classificação da lista de cadastro reserva:

Capítulo IX

Da seleção interna

Art. 9º São critérios associados ao processo de seleção interna:

- a) A seleção interna será realizada para preenchimento de até 30 % das oportunidades de substituição e/ou aumento de quadro.
- b) Todos os colaboradores terão o direito de participar da seleção interna, caso obedecerem aos seguintes critérios:
 - Não ter advertência no último ano de trabalho.
 - Ter Avaliação de desempenho de bom contribuidor.
 - Não apresentar, nos últimos 06 (seis) meses, faltas injustificadas.
- c) Poderão ser utilizadas as mesmas formas de avaliação, separada ou simultaneamente, a depender das exigências da contratação, conforme o Art. 8º item ‘‘G’’, do presente Regulamento.

Capítulo X

Dos instrumentos

Art. 10º No processo de seleção poderão ser adotados os instrumentos descritos a seguir.

- a) Da Avaliação Escrita: A avaliação Escrita conterá questões objetivas e tem a finalidade de avaliar o conhecimento técnico do candidato na área de atuação escolhida. Poderão ser utilizados conteúdos de conhecimentos específicos gerais (português, matemática, informática, dentre outros) e conhecimentos específicos, em conformidade com a respectivas vagas. A avaliação escrita poderá ser utilizada nas vagas destinadas a qualquer nível de escolaridade, conforme o caso. Será exigida pontuação mínima de 50% (cinquenta por cento) do total da avaliação para aprovação. A avaliação escrita terá caráter eliminatório.
- b) Da Avaliação Prática: A avaliação Prática destina-se a avaliar a adequabilidade do candidato na execução das tarefas típicas da vaga escolhida. Os critérios de avaliação serão estabelecidos conforme as habilidades exigidas pela vaga. A avaliação Prática poderá ser utilizada nas vagas destinadas a qualquer nível de escolaridade, conforme o caso concreto. A avaliação Prática terá caráter eliminatório.
- c) Da Avaliação Curricular: A avaliação Curricular compreende a análise de cursos realizados, títulos, experiências de trabalho e produção científica, com contagem de pontos conforme tabelas específicas para cada cargo. Os critérios de apresentação dos documentos deverão ser especificados na divulgação do processo seletivo. A avaliação curricular poderá ser utilizada para as vagas de nível médio/técnico/e/ou nível superior, e terá caráter eliminatório.

- d) Da Avaliação Psicológica: A avaliação Psicológica é um processo realizado através do emprego de instrumentos científicos que possibilitam a identificação de aspectos psicológicos do candidato objetivando um prognóstico do desempenho nas atividades referentes à vaga almejada. Os critérios para definição do tipo de instrumento a ser utilizado basear-se-ão no perfil da vaga. Poderão ser utilizadas instrumentos científicos devidamente reconhecidos pelo CFP – Conselho Federal de Psicologia. A Avaliação Psicológica poderá ser utilizada para seleção de profissionais de qualquer nível de escolaridade. A Avaliação Psicológica terá caráter classificatório.
- e) Da Avaliação através de dinâmica de grupo: A Dinâmica de Grupo é um conjunto de técnicas para identificação dos comportamentos e relações dos indivíduos o meio em que vive. Os critérios de avaliação da dinâmica de grupo serão estabelecidos conforme comportamentos e atitudes identificadas no perfil da vaga. Poderá ser utilizada na fase classificatória dos processos seletivos, sendo utilizada para levantamento das características comportamentais necessárias a vaga.
- f) Da Avaliação através de entrevista individual e/ou coletiva por competência: É um instrumento que busca avaliar a capacidade do candidato, em sua declaração comportamental, fornece resposta estruturada conforme uma situação que tenha ocorrido em seu histórico profissional e/ou pessoal. A entrevista individual por competência poderá ser utilizada para seleção de candidatos de qualquer nível de escolaridade e o seu caráter e classificatório e/ou eliminatório.

Nos casos de eliminação do candidato, o avaliador técnico responsável deverá obrigatoriamente, elaborar um parecer, devidamente assinado e carimbado, fundamentando as razões da reprovação.

Capítulo XI

Da admissão e contratação

Art. 11º O processo de admissão/contratação será realizado mediante convocação do GP, obedecendo ao interesse e a conveniência do Instituto, bem como as regras constantes do edital de seleção quando for o caso.

Art. 12º Após a finalização do processo seletivo, o GP deve solicitar que o candidato entregue os documentos descritos no ANEXO IV. O GP deverá informar o período máximo de experiência de 90 dias.

Parágrafo único. No momento da entrega dos documentos, o candidato será encaminhado para a realização dos exames admissionais, conforme a atividade a ser desempenhada, de acordo com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO. O médico responsável pelos exames emitirá o atestado quanto às condições de saúde para a contratação ou não do candidato. Nenhum colaborador poderá exercer suas atividades profissionais, antes de realizar todos os exames;

Art. 13º Havendo incompatibilidade insanável, devidamente atestada por junta médica, entre o cargo pretendido e a patologia identificada no candidato aprovado, este não poderá ser contratado.

Art. 14º Os colaboradores deverão obrigatoriamente participar do treinamento antes de ingressar nas suas atividades, conforme previsto na NR 32 do MTE.

Art. 15º Os colaboradores deverão ser cadastrados no sistema de ponto, sendo de responsabilidade do GP fazer o cadastro e orientar a rotina do ponto.

Art. 16º Em fase de implantação, o GP deverá averiguar se o colaborador possui conta bancária. Em caso positivo deverá solicitar todos os dados bancários. Caso ainda não tenha conta bancária, o GP deverá entregar ao colaborador a solicitação de abertura de conta.

Capítulo XII

Dos custos

Art. 17º Todos os custos referentes ao processo de recrutamento e seleção de profissionais devem ser previstos, acordados e faturados no centro de custo da área requisitante.

Art. 18º Todo material necessário para utilização no processo de recrutamento e seleção deverá ser solicitado com antecedência e com a autorização da Coordenação do GP.

Capítulo XIII

Das disposições finais

Art. 19º A contratação de colaboradores para cargos de chefia, lideranças, direção, assessoramento, secretaria e comprador, por se ratarem de cargos de confiança, serão de livre escolha, podendo ser realizadas pela própria Diretoria do ISD.

Art. 20º Os casos omissos serão resolvidos pela Direção do ISD.

O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

Pariquera-Açu, 01 de Junho de 2021.



INSTITUTO SANTA DULCE
CNPJ: 35.764.774/0001-73
FELIPE DOS SANTOS MESQUITA
RG: 29.542.752-8
CPF: 314.257.538-33
Diretor Presidente

ANEXO I - PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO MEDIANTE EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO

Nas hipóteses em que seja exigida seleção por meio de edital público, deverá ser seguido o presente rito prévio:

1 ABERTURA DE SELEÇÃO

1.1 Das responsabilidades:

a) Lideranças:

- i. Preenchimento da Requisição de Solicitação de Pessoal, com todos os requisitos do cargo e devidamente autorizada pelas Gerências e Diretorias;
- ii. Acompanhamento da elaboração dos itens de avaliação a serem utilizados nas etapas de seleção;
- iii. Condução das entrevistas por competência individuais e/ou coletivas.

b) GP:

- I. Confecção do Edital com as informações pertinentes aos Cargos, Carga Horaria, remuneração, requisitos de acesso, etapas de avaliação, conteúdo programático, cronograma estimado, entre outros;
- II. Solicitação de avaliação do Corporativo (Gestão de Pessoas);
- III. Solicitação de avaliação Jurídica;
- IV. Solicitação de avaliação e validação das Diretorias (unidades);
- V. Solicitação de publicação nos meios disponíveis e obrigatórios (Comunicação).

c) Diretoria:

- I. Aprovação das Requisições de Solicitação de pessoal;
- II. Validação do Edital e autorização para publicação nos meios necessários e/ou obrigatórios.

2 DAS ETAPAS

- a) As etapas da seleção poderão variar conforme as exigências dos cargos, podendo ser em caráter eliminatório e/ou classificatório;
- b) As etapas poderão ser através de Ficha Curricular, Avaliação Psicológica, Avaliação Técnica e Avaliação de Informática (provas), Entrevistas por Competência, e outros, preservando sempre a objetividade nos critérios de avaliação;

- c) A entrevista por competência sempre será a última etapa e, a depender do número de classificados, poderá ser coletiva, tendo como exigência a participação da liderança da área para validação do resultado.

3 DAS PUBLICAÇÕES

- a) Obrigatoriamente, necessário publicar o edital no site do ISD e, a depender nas exigências contratuais, na empresa oficial. Além disso, poderá publicar em outros meios disponíveis, tais como: rádio jornal impresso e/ou digital, redes sociais;
- b) Todos os resultados de classificação serão necessários, para manutenção e convocação do candidato;
- c) Estabelecer prazo de duração do edital, através do cronograma estimativo;
- d) Fornecimento do número telefônico para prestação de esclarecimentos.

4 DAS EXECUÇÕES

- a) Equipe treinada para a condução das etapas de Seleção Pública;
- b) Infraestrutura e material para execução das etapas da Seleção Pública.

5 HOMOLOGAÇÃO DA SELEÇÃO

- a) Serão publicados os resultados da seleção, considerando o somatório de todas as etapas, estabelecendo uma classificação final resultados do candidato com a maior pontuação para o candidato com a menor pontuação;
- b) A validade máxima de 01(um) ano do edital o se dará após a publicação do último resultado;
- c) Poderão ser publicadas erratas de qualquer natureza durante o processo de seleção.

ANEXO II – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE VAGA

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE VAGA	
Demandante:	
DADOS DA SOLICITAÇÃO	
Cargo:	
Número de vagas:	
Perfil desejado:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Remuneração:	
Benefícios:	
Descrição das atividades:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Justificativa para abertura da vaga:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do solicitante

ANEXO III – MODELO DE EDITAL DE SELEÇÃO

MERAMENTE ILUSTRATIVO

SEU CONTEUDO PODE VARIAR DE ACORDO COM AS EXIGENCIAS DO CARGO, FORMA DE SELEÇÃO, EXIGENCIAS DO CONTRATO DE GESTAO, CONVENIO OU OUTROS AJUSTES.

PROCESSO SELETIVO

EDITAL n.º ____ /20____

O Instituto Santa Dulce – ISD, no uso de suas atribuições, tendo em vista o que estabelece o Contrato de Gestão de n.º. XX/XX, firmado com o XXX através da Secretaria XXX, faz saber que será realizado PROCESSO SELETIVO visando à contratação de profissionais para desempenhar atividades no âmbito do XXX e para formação de cadastro reserva, conforme anexos.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 O processo seletivo será regido pelas disposições contidas no Contrato de Gestão n.º. XXX/XX pelos termos do Regulamento de Seleção e Contratação de pessoal do ISD e pelas regras do presente edital.

1.1.1 O presente edital encontra se publicado, na integra, no site www.....

1.2 O processo eletivo será realizado na cidade de _____, estado de _____.

1.3 A nomenclatura do cargo, a quantidade de vagas, os requisitos mínimos, as atribuições, a forma de seleção, o salário básico, a jornada de trabalho e todas as e mais informações sobre o perfil exigido para o preenchimento das vagas estão dispostas nos ANEXOS VI e VII.

1.4 O candidato com deficiência que necessitar de qualquer tipo de atendimento diferenciado para a realização das etapas desse processo Seletivo, devera solicita-lo no ato da inscrição, anexando a ficha de inscrição requerimento explicitando o tipo de atendimento diferenciado e laudo medido que o justifique.

1.5 A solicitação será atendida obedecendo aos critérios de viabilidade e razoabilidade.

1.6 Os candidatos com deficiência terão segurados o pleno exercício dos direitos, desde que compatíveis com as atribuições técnicas, físicas e psicológicas do cargo.

1.6.1 Serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que se enquadrem nas categorias discriminadas nos arts. 3º e 4º do Decreto Federal nº. 3.298/99.

1.6.2 No ato da inscrição juntamente com a ficha de inscrição já devidamente preenchida, o candidato com deficiência deverá:

- a) Anexar laudo médico, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência que é portador, com expressa referência ao código correspondente na classificação Internacional de Doença - CID, bem como a provável causa da deficiência;
- b) Requerer, se necessário tratamento especial para realização da entrevista.

1.6.3 Após a avaliação inicial do Processo Seletivo, o candidato com deficiência, quando convocado para contratação deverá no prazo de 05 (cinco) dias, se submeter a exame médico cuja decisão será definitiva sobre essa condição bem como sobre a compatibilidade da deficiência com o exercício das atribuições do cargo pleiteado.

1.7 O candidato com deficiência deverá fazer sua opção com o correto preenchimento do campo próprio da ficha de inscrição, realizando sua inscrição nas mesmas formas estabelecidas para os demais candidatos, vedada qualquer alteração posterior.

2. DAS INSCRIÇÕES NO PROCESSO SELETIVO

2.1 As inscrições serão gratuitas, realizadas unicamente de forma presencial, realizadas nos dias uteis, no período de XXX e XXX, no XXX localizado na XXX, no horário das XX às XX horas.

2.2 Para realizar a inscrição o candidato deverá comparecer como formulário de inscrição devidamente preenchido no local e prazo indicados no item 2.1 e entrega os documentos solicitados: documentos de identidade com foto aceito no território nacional (RG, CNH, CTPS), comprovantes dos pré-requisitos (ANEXO IV) e comprovantes dos cursos e experiências declaradas.

2.2.1 A experiência exigida deverá ser comprovada com datas de início e fim, cargo e/ou função, através da apresentação da cópia da CTPS devidamente assinada e/ou declarações firmadas pelo responsável da Instituição em papel timbrado onde conste número do CNPJ, endereço e telefone de contato, e firma reconhecida em cartório.

2.3 Todos os documentos devem ser representados em fotocópias acompanhadas do documento original, para a devida conferência, ou devem ser apresentadas as vias devidamente autenticadas. As declarações poderão também ser entregues apenas na sua via original. Todos os documentos entregues no ato da solicitação de inscrição não serão

devolvidos posteriormente, exceto os documentos originais para conferência de fotocópias que serão devolvidos de imediato.

2.4 No momento da inscrição o candidato deverá optar por apenas uma função e na hipótese de duplicidade de inscrição será considerada aquela que tiver sido realizada primeiro.

2.5 É vedada a inscrição condicional ou extemporânea, ou ainda a inscrição por procuração.

2.6 Antes de realizar a inscrição o candidato deverá certificar se de que preenche todos os requisitos exigidos para a contratação.

2.7 As informações prestadas no formulário de inscrição serão de inteira responsabilidade do candidato, dispondo o Instituto Santa Dulce do direito de excluir do processo seletivo aquele que não preencher o formulário de forma completa, correta e legível.

2.8 Não serão aceitas as solicitações de inscrição que não atenderem rigorosamente ao estabelecido neste Edital nº XXX/XXX.

2.9 Os candidatos que não apresentarem os documentos exigidos e não atenderem os requisitos constantes deste edital e seus anexos serão excluídos da seleção.

2.10 O comprovante de inscrição deverá ser mantido em poder do candidato e apresentado nos locais de cada etapa desse processo Seletivo.

3. DO PROCESSO SELETIVO

3.1 O Processo Seletivo compreenderá as seguintes etapas contínuas e sequenciais:

3.1.1 A ANÁLISE CURRICULAR, de natureza eliminatória e classificatória, que será com base nos critérios objetivos constantes das tabelas do ANEXO VII deste edital e ainda as seguintes regras:

- a) Serão eliminados os candidatos que obtiverem pontuação inferior a XX (XXX) pontos na análise curricular;
- b) Não há limites de número de candidatos para participação no processo seletivo, no entanto, apenas serão convocados para a entrevista por competência 02(dois) candidatos classificados para cada vaga disponível, podendo ser convocados candidatos classificados além desse número, a depender da necessidade da contratante;
- c) Os Títulos exigidos como requisito no ANEXO VIII não serão pontuados.

3.1.2 Realizada a análise curricular, o resultado será publicado no site WWW....., no prazo estimado no cronograma apresentado no ANEXO IX deste edital.

3.1.3 Na mesma publicação dos resultados da análise curricular serão convocados os classificados para a segunda fase da seleção, avaliação psicológicas e entrevista por competência.

3.1.4 A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA de natureza apenas classificatória, que será realizada com base em procedimentos objetivos científicos regulamentados pela Resolução nº 01, de 19 de abril de 2002, do Conselho Federal de Psicologia, tendo por finalidade aferir a atenção concentrada dos candidatos classificados na análise curricular.

- a) Serão utilizados os testes psicológicos em conformidade com as Resoluções nº. 002, de 24 de março de 2003 e nº. 006 de 28 de junho de 2004, do Conselho Federal de Psicologia.
- b) A Avaliação Psicológica poderá compreender a aplicação coletiva e/ou individual do teste de atenção concentrada.
- c) O teste utilizado corresponde técnica psicométrica, baseada em procedimento estatístico, com obtenção de dados quantitativos para aferição da capacidade de atenção que avalia a capacidade do candidato em manter concentrada no trabalho que realiza durante um período determinado.

3.1.5 A ENTREVISTA POR COMPETÊNCIA, de natureza eliminatória e/ou classificatória, que será realizada com base no barema constantes do ANEXO VIII deste edital, e ainda nas seguintes regras:

- a) Serão convocados para a entrevista por competência 02(dois) candidatos classificados para cada vaga disponível, podendo ser convocados candidatos classificados além desse número a depender da necessidade da contratante.

3.2 Os candidatos que não comparecerem a segunda etapa da presente seleção serão imediatamente desclassificados não cabendo qualquer justificativa.

3.3 O resultado final da seleção será publicado no site WWW....., no prazo estimado no cronograma apresentado no ANEXO V deste edital, **separando os candidatos da ampla concorrência dos candidatos com deficiência.**

4 DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

4.1 A classificação dos candidatos far-se-á em ordem decrescente (maior para menor) resultante da soma dos pontos obtidos, conforme quadro de pontuação apresentado nos anexos deste edital.

4.2 Os candidatos concorrentes as vagas destinadas aos portadores de necessidades especiais serão classificadas em lista separada das destinadas a ampla concorrência.

5 DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

5.1 Em caso de empate, o candidato que obtiver maior pontuação na análise curricular terá preferência.

5.2 Persistindo o empate, vencerá o candidato com maior idade, considerando ano, mês e dia de nascimento.

6 DA CONTRATAÇÃO

6.1 Os candidatos serão convocados na ordem classificatória, através do site WWW.....

6.2 Os candidatos convocados que não comparecerem no prazo estabelecidos na convocação estarão automaticamente desclassificados.

6.3 São requisitos básicos exigidos para a contratação:

- a) Ter sido aprovado no processo seletivo;
- b) Ter certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, em caso de candidato brasileiro, do sexo masculino;
- c) Possuir nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo e os pré-requisitos estabelecidos neste edital;
- d) Ter cumprido das determinações deste edital,
- e) Ter registro no órgão de fiscalização da profissão, quando cabível;
- f) Estar em dia com as obrigações eleitorais.

6.4 Antes da contratação o candidato classificado será encaminhado para a realização dos exames admissionais, conforme a atividade a ser desempenhada, de acordo com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.

6.4.1 O médico responsável pelos exames emitirá atestado final quando as condições de saúde para contratação. Nenhum colaborador poderá começar a exercer as suas atividades profissionais antes de realizar todos os exames.

6.4.2 Havendo incompatibilidade insanável, devidamente atestada por junta médica, entre o cargo pretendido e a patologia identificada no candidato aprovado, este não poderá ser aprovado.

6.5 O primeiro dia de trabalho do novo colaborador deverá ocorrer em dias úteis em sistema diário (SD).

7 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 A inscrição do candidato implicará na aceitação das normas para o processo seletivo contidos nos Comunicados, neste Edital e em outros informes a serem publicados ou fornecidos diretamente ao candidato.

7.2 É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar a publicação de todos os atos, editais e comunicados referentes a este processo seletivo no site WWW..... e nos quadros de avisos do XXX.

7.3 A aprovação no processo seletivo gera para o candidato apenas a expectativa de direito de contratação. O **ISD** reserva-se ao direito de proceder as contratações conforme a necessidade do Serviço.

7.4 Este processo seletivo terá validade de 06 (seis) meses contados a partir da data da publicação da homologação de seu resultado no site WWW....., podendo ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do ISD.

7.5 A convocação dos candidatos para contratação será realizada de acordo com a necessidade do serviço, observando-se a ordem de classificação.

7.6 Os candidatos serão contratados por meio da celebração de contrato sob o REGIME CELETISTA.

7.7 O ISD poderá, a seu critério, antes da publicação do resultado final, suspender, revogar ou invalidar o Processo Seletivo, não assistindo aos candidatos direito à reclamação de qualquer natureza.

7.8 O resultado final do processo seletivo será homologado pelo XXX e publicado no site WWW....., contendo os nomes dos candidatos aprovados e classificados por cargo, obedecendo rigorosamente a ordem de classificação, separada em listas distintas para a ampla concorrência e para os/as pessoas com deficiência.

7.9 Após a publicação do resultado do Processo Seletivo obriga-se o candidato a comunicar ao Setor de Recursos Humanos do XXX qualquer alteração de endereço e telefone.

7.10 A inexistência das declarações, as irregularidades de documentos ou as de outra natureza, ocorridas no decorrer desse processo seletivo, mesmo que só verificada posteriormente, inclusive após a entrada em exercício no cargo, eliminará o candidato, anulando-se todos os atos e efeitos decorrentes de sua inscrição.

7.11 Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais alterações, atualizações ou acréscimos, enquanto não consumada a providência dos eventos que lhes disser respeito, circunstância que será mencionada em Edital ou Aviso a ser publicado no site WWW.....

7.12 Os candidatos poderão obter informações referentes a esse processo seletivo no site WWW.....ou pelo telefone XXX nos seguintes horários: das XXX.

7.13 Os casos omissos serão devolvidos pelo XXX.

7.14 fazem parte integrante deste edital os seguintes anexos:

- a) ANEXO III – BAREMA PARA ANÁLISE DE COMPETÊNCIA
- b) ANEXO IV – DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS
- c) ANEXO V – CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO
- d) ANEXO VI - CARGOS / CARGA HORÁRIA / SALÁRIO BASE / VAGAS
- e) ANEXO VII – BAREMA PARA ANÁLISE CURRICULAR
- f) ANEXO VIII – FORMAÇÃO ESCOLAR / REQUISITOS PARA O CARGO
- g) ANEXO IX – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

ANEXO III – BAREMA PARA ANÁLISE DE COMPETÊNCIA

BAREMA DA ENTREVISTA		
Nome do(a) candidato(a):		
Itens de avaliação	Pontuação máxima	Pontos adquiridos
Capacidade de expressão verbal	1,0	
Capacidade de escrita	1,0	
Domínio e conhecimento na área de atuação	4,0	
Tomada de decisão	1,0	
Relações interpessoais na dinâmica de grupo	3,0	
PONTUAÇÃO GERAL DO CANDIDATO(A): _____		

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do entrevistador

ANEXO IV – DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Documento	Situação		
	Entregue		Data
	Sim	Não	
Carteira profissional (original e xerox)*			
2 (duas) cópias do RG*			
2 (duas) cópias do CPF*			
2 (duas) cópias do comprovante de residência (luz, água ou telefone)*			
1 (uma) cópia do PIS OU PASEP*			
1 (uma) cópia do título de eleitor*			
1 (uma) cópia do certificado militar*			
1 (uma) cópia da carteira do conselho regional ou federativo*			
1 (uma) cópia do comprovante de regularidade do conselho de classe*			
1 (uma) cópia do diploma do curso técnico*			
1 (uma) cópia currículo profissional*			
Atestado de saúde ocupacional (ASO)**			
2 (duas) fotos 3 x 4 (recente / colorida)**			
2 (duas) da carteira de vacinação**			
1 (uma) cópia do histórico escolar da formação (ensino médio / graduação / pós graduação)**			
1 (uma) cópia da certidão de casamento, averbação judicial ou declaração ou cartório**			
1 (uma) cópia do comprovante de vacinação dos filhos até 7 anos**			
1 (uma) cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 8 anos**			
1 (uma) cópia de RG e CPF dos filhos maiores de 8 anos**			
1 (uma) cópia comprovante de escolaridade dos filhos a partir de 07 anos de idade**			
1 (uma) declaração de referência profissional (último emprego)**			
1 (uma) cópia de cartão de conta corrente (para apontamento de AG. e C.C.)**			
1 (uma) cópia do cartão de vale transporte**			

Nota: *Entrega obrigatória. ** Entrega em até 24 horas.

ANEXO V – CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO

Descrição	Data
Publicação do edital	a definir
Período de inscrições	a definir
Homologação das inscrições	a definir
Divulgação dos inscritos	a definir
Prova escrita e/ou prática	a definir
Fase de entrevista por competência	a definir
Resultado final da seleção	a definir

ANEXO VII – BAREMA PARA ANÁLISE CURRICULAR

BAREMA PARA ANÁLISE CURRICULAR		
Nome do(a) candidato(a):		
Itens de avaliação	Pontuação máxima	Pontos adquiridos
Experiência profissional na área de seleção (0,1 um ponto por mês de experiência)	Contínuo	
Participação em curso de capacitação acima de 10 horas nos últimos três anos (um ponto por curso- máximo de 5 pontos)	5,0	
Participação em eventos científicos nos últimos três anos (um ponto por evento - máximo de 5 pontos)	5,0	
Produção de material técnico, por exemplo, procedimento operacional padrão (um ponto por item produzido – máximo de 5 pontos)	5,0	
PONTUAÇÃO GERAL DO CANDIDATO(A): _____		

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do avaliador

ANEXO VIII – FORMAÇÃO ESCOLAR / REQUISITOS PARA O CARGO

Função	Escolaridade	Requisitos*
Assistente administrativo	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Assistente social	Ensino superior completo	Registro ativo no CRESS
Auxiliar administrativo	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Auxiliar de arquivo	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Auxiliar em saúde bucal	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Auxiliar de enfermagem	Curso de auxiliar	Registro ativo no COREN
Auxiliar de enfermagem (912)	Curso técnico	Registro ativo no COREN
Auxiliar de farmácia	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Auxiliar de logística e operações	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Auxiliar de serviços gerais	Ensino fundamental completo	---
Coordenador administrativo	Ensino superior completo	Registro ativo no conselho de classe
Copeira(o)	Ensino fundamental completo	---
Diretor técnico (médico)	Ensino superior completo	Registro ativo no CRM
Enfermeiro	Ensino superior completo	Registro ativo no COREN
Farmacêutico	Ensino superior completo	Registro ativo no CRF
Médico	Ensino superior completo	Registro ativo no CRM
Nutricionista	Ensino superior completo	Registro ativo no CRN
Motorista	Ensino fundamental completo	CNH A e B
Odontólogo	Ensino superior completo	Registro ativo no CRO
Oficial de manutenção	Ensino fundamental completo	---
Porteiro / vigilante	Ensino fundamental completo	---
Recepcionista	Ensino médio completo	Curso de capacitação
Supervisor de enfermagem	Ensino superior completo	Registro ativo no COREN
Técnico de enfermagem	Curso técnico	Registro ativo no COREN
Técnico de enfermagem (192)	Curso técnico	Registro ativo no COREN
Técnico em radiologia	Curso técnico	Registro ativo no CRTR
Técnico em tecnologia da informação	Ensino médio completo	Curso de capacitação

*Os cursos de capacitação necessários para investidura no cargo serão definidos pela comissão do processo seletivo.

ANEXO IX - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Entrevista individual: Corresponde a segunda avaliação, em caráter classificatório e/ou através de entrevista por competência que busca avaliar o perfil do candidato da vaga.

Cargo		
Função: _____		
Setor: _____	Data: ____ / ____ / ____	
Informações gerais do(a) candidato(a)		
Nome do(a) candidato(a): _____		
Telefone 1: () _____ - _____	Telefone 2: () _____ - _____	Idade: _____
Logradouro: _____		
Cidade: _____		CEP: _____
Quantidade filhos: _____	Estado civil: _____	
Conhece alguém que trabalha na empresa: () Sim () Não		
Nome da pessoa que conhece: _____		
Trajetória profissional do(a) candidato(a)		
Descreva a seguir sua trajetória profissional (até três experiências)		
Nome da instituição: _____		
Cargo que ocupava: _____		
Período de trabalho: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____		
Nome da instituição: _____		
Cargo que ocupava: _____		
Período de trabalho: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____		
Nome da instituição: _____		
Cargo que ocupava: _____		
Período de trabalho: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____		

Características gerais

Cite duas características sua que são dominantes como profissional:

Cite duas características sua que requerem aperfeiçoamento:

Quais são suas metas para o futuro?

O que lhe motiva no seu ambiente de trabalho?

Porque você deseja trabalhar em nossa instituição?

Assinatura do(a) candidato(a)

ANEXO I – REGULAMENTOS DAS COMISSÕES DO SERVIÇO DE SAÚDE



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA



Referência: RESOLUÇÃO CFM, N° 2.152, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2016 – Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º. As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º. Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º. As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo II

Da composição, organização e estrutura das comissões de ética médica

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;
- b) Na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º. No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de 30 (trinta) médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III

Das Competências

Seção I

Da competência das comissões de ética médica

Art. 5º Compete às Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

- a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Seção II

Das competências do presidente e do secretário

Art. 6º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas

Parágrafo único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 7º Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 8º Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;

- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º desta Resolução.

Capítulo IV

Das eleições

Seção I

Das regras gerais das eleições

Art. 9º A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante processo eleitoral através de voto direito e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico do estabelecimento, conforme previsto no regimento interno.

Art. 10. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 11. São inelegíveis para as Comissões de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo único. Considerando a existência de penas privadas, os Conselhos Regionais de Medicina deverão apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 12. O mandato das Comissões de Ética Médica será de no mínimo 12 (doze) e no máximo de 30 (trinta) meses, a critério de cada instituição, contido no Regimento Interno.

Parágrafo único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Seção II

Do processo eleitoral

Art. 13. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º desta Resolução.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados. **Art. 18.** O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V

Do funcionamento da comissão de ética médica

Seção I

Das reuniões ordinárias e extraordinárias

Art. 23. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II

Da apuração interna

Art. 26. A apuração interna será instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da

comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 34. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35. As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do artigo 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM



Referência: RESOLUÇÃO COFEN N° 593, DE 09 DE SETEMBRO DE 2018 –
Normatiza no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de saúde com Serviço de Enfermagem.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1. A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do Pronto Atendimento, exerce mediante delegação do COREN-SP, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem na instituição, assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem nesta instituição.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 1. A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela (o) Instituto Santa Dulce, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia em assuntos pertinentes à ética em enfermagem.

Parágrafo único. A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de suas atividades.

Art. 2. A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- a) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
- b) Estimular a conduta ética dos profissionais de Enfermagem do(a) do Pronto Atendimento, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal.
- c) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição.

d) Colaborar com o CPREN-SP na prevenção do exercício ilegal e irregular de atividade de enfermagem e na tarefa de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética para os profissionais de Enfermagem.

Capítulo III

Da composição

Art. 3. A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por enfermeiros/ obstetrizas, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem como membros efetivos, (e com seus respectivos suplentes, se houver), de acordo com a Resolução COFEN 593/2018 e Decisão COREN-SP / Plenário – 14/2018.

Art. 4. A Comissão de Ética de Enfermagem terá um presidente, um secretário e membros efetivos (e suplentes, se houver).

Parágrafo único. A função do presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro(a).

Capítulo IV

Do mandato

Art. 5. A Comissão de Ética de Enfermagem terá mandato de 3 (três) anos e poderá ser reconduzida por igual período, apenas uma vez.

Art. 6. Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem.

Art. 7. O(A) Enfermeiro(a) Responsável Técnico – Gestor do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

§ 1º Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico da instituição.

§ 2º A convocação para eleição será feita por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para as eleições.

§ 3º Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de Enfermagem (enfermeiro/obstetriz, técnico e auxiliar de Enfermagem).

Art. 8. Os membros da Comissão Eleitoral e os candidatos que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:

- a) Possuir registro profissional no COREN-SP, regularidade cadastral e financeira para com essa autarquia federal.
- b) Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético-disciplinar junto ao COREN-SP, anterior à data do registro da candidatura.
- c) Não ter sido condenado em processo administrativo junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura.
- d) Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador, nos últimos 5 (cinco) anos.

Art. 9. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN-SP e com vínculo empregatício na instituição.

Art. 10. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – o COREN-SP.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 11. A Comissão de Ética de Enfermagem deverá estabelecer o cronograma de reuniões mensais, em caráter ordinário, com dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente, quando houver necessidade.

Art. 12. A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá, automaticamente, o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente, quando houver.

Art. 13. Evidenciada a desistência de membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem, impossibilitando seu quórum mínimo, de 2 (dois) Enfermeiros(as) e 1 (um) Técnico(a)/ Auxiliar de Enfermagem para realização de suas atividades, o(a) presidente da Comissão de Ética de Enfermagem em conjunto com o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico deverão de imediato, de ofício, documentar e comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo as circunstâncias e a extinção da referida Comissão de Ética de Enfermagem, e a realização de um novo processo eleitoral para composição de nova Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 14. O Serviço de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 15. Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética de Enfermagem o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração no COREN-SP.

Art. 16. As decisões/deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem serão tomadas pela maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o ‘voto de Míverva’ em caso de empate.

Art. 17. Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos às sindicâncias e diligências, serão estritamente sigilosos.

Art. 18. A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem.
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem.
- d) Determinação do COREN-SP.

Art. 19. Para a execução da sindicância o Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem deverá nomear e convocar 3 (três) membros, sendo: 1 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem para a função de Secretário e 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem para a função de Vogal.

Art. 20. A Comissão de Sindicância constituída terá como atribuições:

- a) Convocar ou convidar as pessoas envolvidas nas denúncias.
- b) Tomar depoimentos.
- c) Analisar documentos.
- d) Elaborar Relatório Conclusivo, considerando o Código de Ética em Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por igual período sob justificativa apresentada ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 21. Aberta a sindicância para esclarecimentos, a Comissão de Sindicância deverá:

- a) Comunicar os fatos aos principais envolvidos.
- b) Proceder a convocação dos envolvidos por meio de memorando, com antecedência máxima de 5 (cinco) dias, para a realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em Livro de Protocolo da Comissão de Ética de Enfermagem.

§ 1º Caso o convocado não compareça na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à Comissão de Ética de Enfermagem em até 48h (quarenta e oito horas) após a referida data.

§ 2º Diante de justificativa de não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 3 (três) dias.

§ 3º Em caso de não comparecimento e não apresentação de justificativa, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá comunicar o fato ao COREN-SP.

Art. 22. Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade de guarda e de sigilo.

Parágrafo único. O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes envolvidas e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando o sigilo.

Art. 23. O Presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelo registro, cabendo ao Vogal acompanhar todo o processo e colaborar no que for necessário.

Art. 24. Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e, se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato. Caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da Comissão de Sindicância deverá assinar.

§ 1º havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 25. Quando evidenciada existência de indícios de infração ética, o Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem deverá encaminhar Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN-SP, para tramitação competente.

Art. 26. Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética em Enfermagem, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá proceder com a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN-SP.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a Comissão de Ética de Enfermagem lavrará o fato em ata específica.

§ 2º Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá com os trâmites normais.

Art. 27. Ocorrendo denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 28. Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da Comissão de Sindicância.

Art. 29. Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 1. A Comissão de Ética de Enfermagem tem por competência:

- a) Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares do exercício profissional na Instituição.
- b) Representar o COREN-SP junto à Instituição.
- c) Orientar a equipe de enfermagem a desenvolver uma assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos.
- d) Prestar consultoria e orientações sobre assuntos referentes ao exercício ético nesta Instituição.
- e) Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos.
- f) Promover e participar de eventos visando à reflexão, aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de Enfermagem com qualidade e livre de riscos.
- g) Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre problemas, desafios e limites nas prestações da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos.
- h) Sensibilizar os Profissionais de Enfermagem sobre as condutas éticas no exercício da profissão.
- i) Melhorar as relações entre profissionais e entre profissionais e clientes.
- j) Auxiliar o Enfermeiro Responsável Técnico e equipe de Enfermagem no gerenciamento de conflitos.
- k) Participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.
- l) Integrar o Comitê de Ética da Instituição.

- m) Verificar as situações encontradas, identificar os problemas e propor soluções para minimizar os conflitos. Trabalhar de forma educativa e conscientizando o Profissional de Enfermagem nestes eventos.
- n) Manter uma relação de independência e autonomia com a Direção de Enfermagem em assuntos pertinentes à Ética.
- o) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-SP, sempre que necessário.
- p) Elaborar o cronograma e planejamento de suas atividades.
- q) Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas.
- r) Colaborar com o COREN-SP no combate ao exercício ilegal da profissão e nos procedimentos de sindicância.
- s) Encaminhar à Comissão de Ética do COREN-SP a relação nominal dos membros da Comissão de Ética para atualização no cadastro do COREN-SP.
- t) Encaminhar à Comissão de Ética de Ética do COREN-SP o Regimento Interno da Comissão de Ética para apreciação.
- u) Reunir-se, no mínimo, uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário.
- v) Elaborar e/ou atualizar o Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem.
- w) Registrar ata de todas as reuniões.
- y) Notificar o Enfermeiro Responsável Técnico quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado, através de relatórios e pareceres da Comissão de Ética de Enfermagem.
- x) Estimular a participação democrática dos profissionais de enfermagem na Comissão de Ética de Enfermagem em todos os processos eleitorais, na divulgação de trabalhos, nas atividades da Comissão de Ética de Enfermagem e nos procedimentos sindicantes.
- z) Assegurar o sigilo, durante a apuração dos fatos, e em procedimentos de apuração de ocorrência, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

Art. 1. Compete ao presidente da Comissão de Ética Enfermagem:

- a) Convocar, presidir e coordenar, conforme pauta elaborada pelo mesmo, as reuniões da Comissão de Ética Enfermagem.
- b) Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação da Comissão de Ética de Enfermagem.
- c) Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicância diante dos indícios de infração ético-administrativa.

- d) Delegar, para as sindicâncias instauradas, um presidente, um secretário e um vogal, estabelecendo suas respectivas funções.
- e) Encaminhar relatório final da sindicância à Direção de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como o envio do relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN-SP, para julgamentos e providências cabíveis.
- f) Representar a Comissão de Ética de Enfermagem na instituição e no COREN-SP, ou quando se fizer necessário.
- g) Encaminhar as decisões da Comissão de Ética de Enfermagem ao setor competente, de acordo a situação.
- h) Elaborar, junto com os demais membros integrantes, o relatório anual, garantindo o envio de 1 (uma) cópia, até o dia 10 (quinze) dias de setembro de cada ano à Direção de Enfermagem e ao COREN-SP.
- i) Representar o COREN-SP em eventos, conforme solicitação do órgão.

Art. 1. Compete ao secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

- a) Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente.
- b) Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela Comissão de Ética de Enfermagem.
- c) Participar da elaboração e execução de atividades e de relatórios anuais, bem como de programas relacionados aos aspectos éticos, promovidos pela Comissão de Ética de Enfermagem ou por outras entidades.
- d) Representar a Comissão de Ética de Enfermagem quando solicitado pelo presidente.

Art. 1. Compete aos membros efetivos e suplentes:

- a) Secretariar as atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.
- b) Dar encaminhamento das deliberações do Presidente.
- c) Registrar as atas em reunião.
- d) Providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos.
- e) Representar a Comissão de Ética de Enfermagem nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.
- f) Participar das reuniões.
- g) Subsidiar os respectivos titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente do Presidente, assumindo as competências do membro titular.

h) Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 19 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 20 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR



Referência: LEI N° 9.431, DE 6 DE JANEIRO DE 1997 – Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1. Considera-se programa de controle de infecções hospitalares, para os efeitos desta Lei, o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo único. Para os mesmos efeitos, entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar foi criada em atendimento a Lei N° 9.431/97.

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Capítulo III

Da composição

Art. 1. A composição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar se faz com membros consultores e executores com formação universitária.

Parágrafo primeiro. Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços:

- a) Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica).
- b) Serviço de enfermagem.
- c) Serviço de farmácia.
- d) Serviço de laboratório/ microbiologia.
- e) Serviço de administração.

Parágrafo segundo. Os membros executores deverão ser no mínimo dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais:

- a) Médico preferencialmente infectologista.
- b) Enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o Serviço de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Parágrafo terceiro. Além dos profissionais acima, a Diretoria do serviço de saúde deverá disponibilizar pelo menos um oficial administrativo exclusivo para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Parágrafo terceiro. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração.

Parágrafo quarto. O enfermeiro que será membro executor deverá obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas nos moldes do curso proposto pela Associação Paulista de Estudos e Controle em Infecção Hospitalar (APECIH) ou equivalente.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 1. O mandato dos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

Parágrafo único. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Boletim do Serviço de Saúde a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 1. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor do serviço de saúde.

Parágrafo primeiro. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Parágrafo segundo. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenação do Serviço de Saúde.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 1. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Parágrafo primeiro. 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.

Parágrafo segundo. A reunião só acontecerá se houver *quorum* de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

Parágrafo terceiro. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

Art. 1. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 1. 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. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 1. 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.

Art. 1. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 1. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Art. 1. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 1. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- a) Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente; o programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98 ; adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- b) Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH.
- c) Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Art. 1. Compete ao Núcleo Executivo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

- a) Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares.
- b) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle.
- c) Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnicooperacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento.
- d) Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.
- e) Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.
- f) Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar.
- g) Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções hospitalares no hospital e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:
 1. Taxa de Infecção Hospitalar;
 2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar.
 3. Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente.
 4. Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico na Unidade de Terapia Intensiva.
 5. Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias.
 6. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos.
 7. Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.
- h) Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e pró-ativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.
- i) Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais/ Distrital/Municipais e à Coordenação de

Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

j) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

k) Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição.

m) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

Art. 1. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões.

b) Indicar seu vice-presidente.

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta.

e) Fazer cumprir o regimento.

Parágrafo primeiro. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Parágrafo segundo. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 1. São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

f) Preparar a correspondência.

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 19 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 20 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO



Referência: RESOLUÇÃO CFM, N° 2.171, DE 08 DE JANEIRO DE 2017 – Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidade de Pronto Atendimento.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbito foi criada em atendimento a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM N° 2.171/2017.

Art. 2º A atuação da Comissão deve ser técnica, científica e sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 3º São finalidade da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a) Avaliar todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.
- b) Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

Capítulo III

Da composição

Art. 4º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 6 A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 7º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 8º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 9º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 10º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 11º É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 12 Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 14 São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados.
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito.
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade).
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações.
- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

m) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 15 São atribuições específicas do Presidente da Comissão de Revisão de Óbitos:

a) Convocar e presidir as reuniões; b) Indicar seu vice-presidente.

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

e) Fazer cumprir o regimento.

Parágrafo primeiro. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Parágrafo segundo. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo terceiro. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 16 São atribuições da secretaria da Comissão de Revisão de Óbitos:

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

f) Preparar a correspondência.

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 17 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 18 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO



Referência: RESOLUÇÃO CFM, N° 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002 – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1º A Comissão de Revisão de Prontuário foi criada em atendimento a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM N° 1.638/02.

Art. 2º A atuação da Comissão deve ser técnica, científica e sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Art. 3º Define-se 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.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 4º São finalidade da Comissão de Revisão de Prontuários:

- a) Avaliar a qualidade das informações contidas nos prontuários do serviço de saúde.
- b) Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

Parágrafo único. A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas.

Capítulo III

Da composição

Art. 5º A composição mínima da comissão deverá ser de 4 (quatro) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro enfermeiro, que serão nomeados pelo Diretor do serviço de saúde, cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um médico.

Parágrafo único. A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 6 O mandato da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses, e poderá ser renovado por decisão da Direção Executiva.

Art. 7 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no Boletim de Serviço de Saúde a cada 2 (dois) anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

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

Art. 9 A ausência de um membro em 3 (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 Comissão de Revisão de Prontuários.

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

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

Art. 12 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.

Art. 13 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.

Art. 14 Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 15 Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Executivo, pela Equipe Gestora, pelo Presidente ou Vice Presidente da Comissão de Revisão de Prontuários.

Parágrafo único. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação do Serviço de Saúde.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 16 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
- 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 a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Equipe Gestora do serviço de saúde em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

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.

Art. 17 São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta; e
- e) Fazer cumprir o regimento.

Parágrafo primeiro. Nas decisões da comissão, havendo empate, sem prejuízo de seu voto, o Presidente exercerá o voto de qualidade.

Parágrafo segundo. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente, que assumirá as atividades deste.

Art. 18 São atribuições e competências da secretária da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço; e
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 19 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 20 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Referência: RESOLUÇÃO RDC Nº 306, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1. O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Art. 2. O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Art. 3. Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), baseado nas características e classificações dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 4. A Comissão de RSS no Pronto Atendimento, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do PGRSS no estabelecimento de saúde, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

Capítulo III

Da composição

Art. 5. A Comissão de RSS será formada por colaboradores voluntários e terá a seguinte composição:

- a) Um representante do Setor de Serviços Gerais.
- b) Um representante da Segurança do Trabalho (quando houver).
- c) Um representante do Setor de Farmácia.
- d) Um representante do Setor de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- e) Um representante do Saúde Ocupacional (quando houver).
- f) Um representante do Setor de Financeiro.
- g) Um representante da Enfermagem.
- h) Um representante do Setor de Administrativo.
- i) Um representante da Divisão de Infraestrutura e Logística

§ 1º Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes.

§ 2º Os representantes indicados serão nomeados pela Equipe Gestora.

Art. 6. Compreendem a Estrutura da Comissão de RSS:

- a) Presidente.
- b) Vice-Presidente.
- c) Secretário.
- d) Membros.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 7. O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (01) um ano, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

Art. 8. O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

Art. 9. A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão.

Art. 10. Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

Art. 11. A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

Art. 12. Fica instituído que os membros efetivos da comissão designarão seus suplentes a serem divulgados em Boletim Interno do serviço. .

Art. 13. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos desta comissão, será convocada nova indicação pelo Superintendente para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 14. A Comissão de RSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º O comparecimento dos Integrantes as reuniões da Comissão de RSS é obrigatório e prevalece as demais atividades, salvo as atividades da Equipe Gestora do serviço de saúde.

Art. 15. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de RSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 16. A Comissão de RSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do “quorum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quorum” em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º O “quorum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§ 3º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “*quorum*”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 17. De cada reunião da Comissão de RSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 18. Se houver *quorum* mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 19. Da Ata das sessões da Comissão de RSS, deverão constar:

- a) A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu.
- b) Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência.
- c) O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.
- d) Todas as propostas por extenso.

Art. 20. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 21. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 22. Compete ao Presidente da Comissão de RSS:

- a) Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar.
- b) Emitir votos de qualidade, nos casos de empate.
- c) Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas.
- d) Representar a Comissão de RSS ou indicar representantes.

- e) Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos.
- f) Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos
- g) Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

g) Indicar um ou mais Integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 23. Compete ao Vice-Presidente Comissão de RSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no Art. 22º. Art. 25º.

Art. 24. Compete ao Secretário:

- a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão.
- b) Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes.
- c) Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente.
- d) Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão.
- e) Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações.
- f) Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates.
- g) Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos.
- i) Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da Comissão de RSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pela Equipe Gestora do serviço de saúde, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. Na ausência do vice-presidente será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 25. Compete aos Membros da Comissão de RSS:

- a) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias.
- b) Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias.
- c) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião.
- d) Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.
- e) Justificar ausência com antecedência.
- f) Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados.
- g) Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

h) Auxiliar na implementação do PGRSS.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 26. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 27. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO



Referência: PORTARIA / MTP N° 422, DE 07 DE OUTUBRO DE 2021 – Aprova a nova redação da Norma Regulamentador n° 05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA. .

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) foi criada em atendimento a Portaria / MTP N° 422, de 07 de outubro de 2021.

Art. 2º Este Regulamento estabelece os parâmetros e os requisitos da CIPA, tendo por objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 3º Acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos, bem como a adoção de medidas de prevenção implementadas pela organização.

Art. 4º Registrar a percepção dos riscos dos trabalhadores, em conformidade com o subitem 1.5.3.3 da NR-1, por meio do mapa de risco ou outra técnica ou ferramenta apropriada à sua escolha, sem ordem de preferência, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, onde houver.

Art. 5º Verificar os ambientes e as condições de trabalho, visando identificar situações que possam trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores.

Art. 6º Elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva em segurança e saúde no trabalho.

Art. 7º Participar no desenvolvimento e implementação de programas relacionados à segurança e saúde no trabalho.

Art. 8º Acompanhar a análise dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, nos termos da NR-1, e propor, quando for o caso, medidas para a solução dos problemas identificados;

Art. 9º Requisitar à organização as informações sobre questões relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo as Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT emitidas pela organização, resguardados o sigilo médico e as informações pessoais;

Art. 10º Propor ao SESMT, quando houver, ou à organização, a análise das condições ou situações de trabalho nas quais considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores e, se for o caso, a interrupção das atividades até a adoção das medidas corretivas e de controle; e

Art. 11º Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT, conforme programação definida pela CIPA.

Capítulo III

Da composição

Art. 12º A CIPA será composta por representantes da organização e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I Norma Regulamentadora NR05.

Art. 13º Os representantes da organização na CIPA, titulares e suplentes, serão designados pela direção do serviço.

Art. 14º Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em votação secreta, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Art. 15º A organização designará, entre seus representantes, o Presidente da CIPA, e os representantes eleitos dos empregados escolherão, entre os titulares, o vice-presidente.

Art. 16º A organização deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA.

Art. 17º A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pela organização, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

Art. 18º Quando solicitada, a organização encaminhará a documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, podendo ser em meio eletrônico, ao sindicato dos trabalhadores da categoria preponderante, no prazo de até dez dias.

Capítulo IV

Do mandato

Seção I

Das regras gerais do mandato

Art. 19º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 20º Os membros da CIPA, eleitos e designados, serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 21º É vedada à organização, em relação ao integrante eleito da CIPA:

a) A alteração de suas atividades normais na organização que prejudique o exercício de suas atribuições.

b) A transferência para outro estabelecimento, sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do art. 469 da CLT.

Art. 22º 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. 23º O término do contrato de trabalho por prazo determinado não caracteriza dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA.

Art. 24º Quando o estabelecimento não se enquadrar no disposto no Quadro I da NR05 e não for atendido por SESMT, nos termos da Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4), a organização nomeará um representante da organização entre seus empregados para auxiliar na execução das ações de prevenção em segurança e saúde no trabalho, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, por meio de negociação coletiva.

Art. 25º No caso de atendimento pelo SESMT, este deverá desempenhar as atribuições da CIPA.

Art. 26º A nomeação de empregado como representante da organização e sua forma de atuação devem ser formalizadas anualmente pela organização.

Art. 27º A nomeação de empregado como representante da organização não impede o seu ingresso na CIPA, quando da sua constituição, seja como representante do empregador ou como dos empregados.

Seção II

Das regras gerais das eleições

Art. 28º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de sessenta dias antes do término do mandato em curso.

Art. 29º A organização deve comunicar, com antecedência, podendo ser por meio eletrônico, com confirmação de entrega, o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria preponderante.

Art. 30º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros a comissão eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 31º Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a comissão eleitoral será constituída pela organização.

Art. 32º O processo eleitoral deve observar as seguintes condições:

- a) Publicação e divulgação de edital de convocação da eleição e abertura de prazos para inscrição de candidatos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico.
- b) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias corridos.
- c) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante em meio físico ou eletrônico.
- d) Garantia de emprego até a eleição para todos os empregados inscritos.
- e) Publicação e divulgação da relação dos empregados inscritos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico.
- f) Realização da eleição no prazo mínimo de trinta dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver.
- g) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados do estabelecimento.
- h) Voto secreto.
- i) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante da organização e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral, facultado o acompanhamento dos candidatos.

j) Organização da eleição por meio de processo que garanta tanto a segurança do sistema como a confidencialidade e a precisão do registro dos votos.

Art. 33º Na hipótese de haver participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados no dia anterior, a qual será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos empregados.

Art. 34º Constatada a participação inferior a um terço dos empregados no segundo dia de votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados nos dias anteriores, a qual será considerada válida com a participação de qualquer número de empregados.

Art. 35º A prorrogação referida n Art. 33 e 34 deve ser comunicada ao sindicato da categoria profissional preponderante.

Art. 36º As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada de inspeção do trabalho, até trinta dias após a data da divulgação do resultado da eleição da CIPA.

Art. 37º Compete à autoridade máxima regional em matéria de inspeção do trabalho, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder à anulação, quando for o caso.

Art. 38º Em caso de anulação somente da votação, a organização convocará nova votação, no prazo de dez dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Art. 39º Nos demais casos, a decisão da autoridade máxima regional em matéria de inspeção do trabalho determinará os atos atingidos, as providências e os prazos a serem adotados, atendidos os prazos previstos na NR 05.

Art. 40º Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Art. 41º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes os candidatos mais votados.

Art. 42º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 43º 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.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 44º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 45º As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas na organização, preferencialmente, de forma presencial, podendo a participação ocorrer de forma remota.

Art. 46º A data e horário das reuniões serão acordadas entre os seus membros, observando os turnos e as jornadas de trabalho.

Art. 47º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes.

Art. 48º As atas das reuniões devem ser disponibilizadas a todos os integrantes da CIPA, podendo ser por meio eletrônico.

Art. 49º As deliberações e encaminhamentos das reuniões da CIPA devem ser disponibilizadas a todos os empregados, em quadro de aviso ou por meio eletrônico.

Art. 50º As reuniões extraordinárias devem ser realizadas quando:

- a) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal.
- b) Houver solicitação de uma das representações.

Art. 51º Para cada reunião ordinária ou extraordinária, os membros da CIPA designarão o secretário responsável por redigir a ata.

Art. 52º O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 53º A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 54º Caso não existam mais suplentes, durante os primeiros seis meses do mandato, a organização deve realizar eleição extraordinária para suprir a vacância, que somente será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos trabalhadores.

Art. 55º Os prazos da eleição extraordinária serão reduzidos à metade dos prazos previstos no processo eleitoral definidos na NR 05.

Art. 56º As demais exigências estabelecidas para o processo eleitoral devem ser atendidas.

Art. 57º No caso de afastamento definitivo do presidente, a organização indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 58º No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 59º O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 60º O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contado a partir da data da posse.

Art. 61º As decisões da CIPA serão, preferencialmente, por consenso.

Art. 62º Não havendo consenso, a CIPA deve regular o procedimento de votação e o pedido de reconsideração da decisão.

Art. 63º A organização deve promover treinamento para o representante nomeado previsto no Art. 13 da NR 05 e para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 64º O treinamento de CIPA, em primeiro mandato, será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 65º O treinamento deve contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como, dos riscos originados do processo produtivo.
- b) Noções sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, decorrentes das condições de trabalho e da exposição aos riscos existentes no estabelecimento e suas medidas de prevenção.
- c) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- d) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de prevenção dos riscos.
- e) Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho,
- f) Noções sobre a inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados nos processos de trabalho,
- g) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 66º O treinamento realizado há menos de dois anos, contados da conclusão do curso, pode ser aproveitado na mesma organização, observado o estabelecido na NR-1.

Art. 67º O treinamento deve ter carga horária mínima de:

- a) Oito horas para estabelecimentos de grau de risco 1.
- b) Doze horas para estabelecimentos de grau de risco 2.;
- c) Dezesesseis horas para estabelecimentos de grau de risco 3.
- d) Vinte horas para estabelecimentos de grau de risco 4.

Art. 68º A carga horária do treinamento deve ser distribuída em, no máximo, oito horas diárias.

Art. 69° Para a modalidade presencial deve ser observada a seguinte carga horária mínima do treinamento:

- a) Quatro horas para estabelecimentos de grau de risco 2.
- b) Oito horas para estabelecimentos de grau de risco 3 e 4.

Art. 70° A carga horária do treinamento dos estabelecimentos de grau de risco 1 e do representante nomeado da organização pode ser realizada integralmente na modalidade de ensino à distância ou semipresencial, nos termos da NR-1.

Art. 71° O treinamento realizado integralmente na modalidade de ensino à distância deve contemplar os riscos específicos do estabelecimento, nos termos do Art. 65.

Art. 72° O integrante do SESMT fica dispensado do treinamento da CIPA.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 73° Cabe à organização:

- a) Proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes no plano de trabalho.
- b) Permitir a colaboração dos trabalhadores nas ações da CIPA.
- c) Fornecer à CIPA, quando requisitadas, as informações relacionadas às suas atribuições.

Art. 74° Cabe aos trabalhadores indicar à CIPA, ao SESMT e à organização situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

Art. 75° Cabe ao Presidente da CIPA:

- a) Convocar os membros para as reuniões.
- b) Coordenar as reuniões, encaminhando à organização e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão.

Art. 76° Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 77° O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- a) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados.
- b) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 78º Toda a documentação referente à CIPA deve ser mantida no estabelecimento, à disposição da inspeção do trabalho, pelo prazo mínimo de cinco anos.

Art. 79º Na hipótese de haver alteração do grau de risco do estabelecimento, o redimensionamento da CIPA deve ser efetivado na próxima eleição.

Art. 80 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 81 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA



Referência: RESOLUÇÃO CFF, N° 449, DE 24 DE OUTUBRO DE 2006 - Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1. A Comissão de Farmácia e Terapêutica foi criada em atendimento a Resolução do Conselho Federal de Farmácia CFF N° 449/06.

Art. 2. A Comissão de Farmácia Terapêutica deve atuar no processo de seleção, uso seguro e racional de medicamentos dentro do serviço de saúde.

Art. 3. A atuação da Comissão deve ser técnica, científica e sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva, sendo também de caráter consultivo e deliberativo.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 4. Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

Art. 5. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

Capítulo III

Da composição

Art. 6. A composição mínima da comissão deverá ser de quatro membros, sendo membros natos: a) farmacêutico, b) médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, c) enfermeiro, d) representante de serviço médico.

Parágrafo primeiro. Conforme as características de cada hospital, outros representantes das clínicas importantes.

Parágrafo segundo. Fica estabelecido como membro consultor um representante da Administração hospitalar.

Parágrafo terceiro. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade.

Parágrafo quarto. Além dos profissionais acima, recomenda-se que a Diretoria da Unidade disponibilize pelo menos um oficial administrativo para a Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 7. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Boletim do Serviço a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 8. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Art. 9. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 10. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 11. 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.

Art. 12. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 13. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 14. 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. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 15. 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. Deverá ser encaminhada copia da ata para a Diretoria Técnica de Departamento.

Art. 16. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Art. 18. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 19. São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a) Elaborar a padronização de medicamentos.
- b) Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos.
- c) Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos.
- d) Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua fármacoeconomia como mais um critério para sua padronização.
- e) Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos.
- f) Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados

- g) Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB).
- h) Revisar periodicamente as normas de prescrição.
- i) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços.
- j) Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros.
- k) Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância.
- l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico.
- m) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- n) Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos.
- o) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- p) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 20. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir o regimento.

Parágrafo primeiro. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Parágrafo segundo. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo terceiro. São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 21. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia.

- b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
- f) Preparar a correspondência.
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 22. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 23. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO



Referência: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (2003) – Dispõe sobre as ações de humanização nos serviços de saúde.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1º A Comissão de Humanização é um espaço coletivo, participativo e democrático que trabalha em prol da compreensão e aplicação da Política Nacional de Humanização junto aos usuários, profissionais, trabalhadores da saúde e comunidade em geral.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 2º A Comissão de Humanização tem como finalidades:

- a) Difundir a cultura de humanização no serviço de saúde;
- b) Melhorar a qualidade e a eficácia da assistência prestada aos usuários do serviço;
- c) Implementar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- d) Fortalecer as ações de humanização no serviço de saúde;
- e) Estimular a coresponsabilização na tomada de decisão envolvendo a gestão do serviço;
- f) Apoiar as ações direcionadas a promoção da Política Nacional de Humanização no serviço de saúde.

Capítulo III

Da composição

Art. 3º A Comissão de Humanização deve ser composta por no mínimo as seguintes categorias:

- Um médico
- Um enfermeiro
- Um técnico de enfermagem
- Um assistente social
- Um representante do serviço administrativo
- Um representante da comunidade local (voluntário).

Capítulo IV

Do mandato

Art. 4º O mandato dos componentes da Comissão de Humanização será de 12 meses, podendo ser renovável, a critério da Equipe Gestora do serviço de saúde.

Seção I

Das regras gerais da seleção da comissão

Art. 5º A seleção de participantes para Comissão de Humanização ocorrerá por meio da divulgação de chamamento interno ou através da indicação da Equipe Gestora.

Art. 6º Para o representante da comunidade local será divulgada nos meios de comunicação do serviço de saúde, o chamamento para composição na Comissão de Humanização.

Parágrafo único. A partir do interesse dos participantes, a comissão será formada em assembleia junto a Equipe Gestora do serviço de saúde.

Seção II

Da estrutura organizacional

Art. 7º A Comissão de Humanização será constituída pelos seguintes cargos:

- a) Coordenação geral;
- b) Vice-coordenação;
- c) Membros da comissão.

Parágrafo único. O cargo de coordenação geral e vice-coordenação indicado pela Equipe Gestora do serviço de saúde.

Capítulo V

Do funcionamento e da organização

Art. 8º A Comissão de Humanização deverá reunir-se mensalmente e de forma extraordinária, quando necessário, mediante a convocação, com no mínimo de 48 horas para reuniões ordinárias e 24 horas para as extraordinárias.

Parágrafo único. As convocações para as reuniões poderão ocorrer através de e-mail, divulgação interna ou convocação verbal.

Art. 9º As reuniões serão convocadas pela coordenação geral da comissão.

Art. 10º A pauta da reunião será comunicada a todos os membros da comissão, no ato da convocação.

Art. 11º As reuniões da Comissão de Humanização deverão ser registradas em ata, devidamente assinada por todos os presentes.

Parágrafo único. A Coordenação Geral da Comissão de Humanização poderá solicitar a substituição de um membro, caso o mesmo tenha um número de três faltas consecutivas não justificadas, nas reuniões planejadas.

Art. 12º As atividades da comissão devem estar atreladas a Política Nacional de Humanização, em especial ao cumprimento aos princípios de transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão e; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; assim como das diretrizes de: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e; defesa dos direitos dos usuários.

Capítulo VI

Das atribuições

Art. 8º São consideradas atribuições da Coordenação Geral:

- Coordenar as ações para promoção da humanização no serviço de saúde;
- Convocar reuniões da Comissão de Humanização, dando execução às respectivas deliberações;
- Realizar treinamentos sobre o tema humanização;
- Representar oficialmente a Comissão de Humanização, quando necessário;
- Elaborar relatórios das atividades realizadas pela Comissão de Humanização.

Art. 9º São consideradas atribuições da Vice-coordenação:

- Auxiliar a coordenação geral nas atividades descritas anteriormente;
- Substituir a coordenação geral, nos casos de falta e impedimentos, assim como, nos casos de vacância.

Art. 10° São consideradas atribuições dos Membros da comissão:

- Participar das reuniões promovidas pela Comissão de Humanização;
- Promover a humanização no serviço de saúde;
- Auxiliar na implementação dos princípios e diretrizes da humanização no serviço de saúde.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 80 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 81 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.



REGULAMENTO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



Referência: RESOLUÇÃO – RDC N° 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Capítulo I

Das disposições gerais

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, diretamente ligado a Equipe Gestora do Serviço de Saúde.

Art. 2º Este regimento atende as normas instituídas pela Resolução RDC N° 36, de 25 de julho de 2013.

Art. 3º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 4º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 5º Considerar-se-à dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 6º Evento adverso é o incidente que resulta em dano à saúde.

Art. 7º O NSP visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 8º A Gestão de risco será desenvolvida através da aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 9º O NSP é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 10º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 11º Define-se que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 12º Conceitua-se serviço de saúde estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 13º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

Capítulo II

Das finalidades

Art. 14º O NSP tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 15º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs.

Art. 16º O NSP tem por finalidade assessorar a Equipe Gestora no estabelecendo de políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do serviço de saúde.

Capítulo III

Da composição

Art. 17º O NSP será composto por:

a) Um médico.

- b) Um enfermeiro.
- c) Um farmacêutico
- d) Um técnico de enfermagem.
- e) Diretor administrativo.

Parágrafo único. Será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Equipe Gestora.

Capítulo IV

Do mandato

Art. 18º O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Equipe Gestora.

Capítulo V

Dos princípios, competências, funcionamento, organização do NSP

Art. 19º São princípios do NSP:

- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde.
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20º São competências do NSP:

- a) Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição.
- b) Prever a mitigação de Eventos Adversos (EAs), especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.
- c) Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório.
- d) Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

- e) Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.
- f) Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas.
- g) Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como: Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas e; A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.
- h) Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente (PSP).
- i) Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas.
- j) Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.
- k) Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
- l) Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.
- m) Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital.

Parágrafo primeiro. O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Parágrafo segundo. O NSP deve promover a gestão de riscos, conjuntamente com o setor responsável, e definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

Parágrafo segundo. Os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados.

Parágrafo terceiro. Para subsidiar os profissionais do NSP, os protocolos abordam os seguintes temas: higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão (UPP), identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

Parágrafo quarto. O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

Art. 21º As reuniões do NSP serão realizadas em caráter ordinário (mensalmente), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 22º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 horas de antecedência.

Art. 23º As reuniões serão conduzidas pelo Presidente, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 24º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NSP.

Art. 25º O NSP poderá incluir bimestralmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 26º As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros do NSP, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros.

Art. 27º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 28º Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor Executivo.

Art. 29º As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§1º As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º Em caso de empate na votação, a decisão fina caberá ao Presidente do NSP.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 30º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Art. 31º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Equipe Gestora.

Capítulo VI

Das atribuições do NSP

Art. 32º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade.

Art. 33º As atribuições do Presidente incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- a) Coordenar as discussões.
- b) Produzir e expedir documentos.
- c) Distribuir tarefas
- d) Conduzir os trabalhos.
- e) Coordenar o apoio administrativo.

Art. 34º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP, tais como:

- a) Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- b) Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.
- c) Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- d) Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- e) Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EAs sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.

- f) O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA).
- g) Acompanhar o processo de notificação; d) Analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
- h) Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs.
- i) Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS.
- j) Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.
- k) Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- l) Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.
- m) Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do estabelecimento de saúde.
- n) Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional.
- o) Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- p) Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização.
- q) Apoiar o ISD no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente.
- r) Participar de eventos e demais ações promovidas pela ISD sobre segurança do paciente e qualidade.

Parágrafo único. O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

Art. 35º O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo pessoal administrativo.

Art. 36º São consideradas atividades administrativas:

- a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP.

b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e agenda do NSP.

c) Realizar o agendamento, a preparação e à expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas;

Art. 37º O NSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

§ 1º Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NSP e nomeados pelo Diretor Executivo.

§ 2º Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NSP.

§ 3º O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º As atribuições do Presidente do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

a) Coordenar as discussões.

b) Definir responsabilidades dos componentes.

c) Conduzir os trabalhos.

d) Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NSP.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 38º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Equipe Gestora do serviço de saúde, e submetidos à Direção Executiva a quem competirá a palavra final.

Art. 39º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

ANEXO J – FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

SATISFAÇÃO DO CLIENTE: ATENDIMENTO DO PRONTO ATENDIMENTO

Definição: percepção individual sobre o atendimento no Pronto Atendimento.

Parâmetro de Avaliação: De “Nem um pouco Satisfeito a Completamente Satisfeito”

Orientação: circule a sua alternativa de resposta, de acordo com o indicador avaliado.

Indicadores	Nenhum pouco satisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
Instalações físicas	1	2	3	4	5
Atendimento médico	1	2	3	4	5
Atendimento de enfermagem	1	2	3	4	5
Atendimento farmacêutico	1	2	3	4	5
Atendimento administrativo	1	2	3	4	5
Atendimento da recepção	1	2	3	4	5
Limpeza e conversação	1	2	3	4	5
Conforto local	1	2	3	4	5
Resolução de problema	1	2	3	4	5
Tempo de espera	1	2	3	4	5

Fonte: Moorhead et al. (2010), Adaptado.

COMENTÁRIOS / SUGESTÕES OU RECLAMAÇÕES

Referência:

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ANEXO K – MODELO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES

INDICADOR DE QUALIDADE

SATISFAÇÃO DO CLIENTE: NA COMUNICAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO

Definição: percepção individual da troca de informações entre o usuário e a equipe de saúde.

Parâmetro de Avaliação: De “Nem um pouco Satisfeito a Completamente Satisfeito”

Orientação: circule a sua alternativa de resposta, de acordo com o indicador avaliado.

Indicadores	Nenhum pouco satisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
Apresentação da equipe	1	2	3	4	5
Uso de nome preferido do cliente	1	2	3	4	5
A equipe fala com clareza	1	2	3	4	5
A equipe escuta o cliente	1	2	3	4	5
As perguntas são respondidas com clareza	1	2	3	4	5
As informações dadas pela equipe são consistentes	1	2	3	4	5
As preferências pessoais do cliente são levadas em conta	1	2	3	4	5
A equipe usa a comunicação sem julgamento	1	2	3	4	5
Os valores pessoais do cliente são levados em conta	1	2	3	4	5
A equipe apresenta informações de maneira compreensível	1	2	3	4	5

Fonte: Moorhead et al. (2010), Adaptado.

Referência:

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

**ANEXO L – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA *PERFORMANCE*
PROFISIONAL**

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

AVALIAÇÃO DE *PERFORMANCE* PROFISSIONAL

Definição: avaliação geral de desempenho profissional no serviço de saúde

Parâmetro de Avaliação: De “Não alcança às exigências a Supera as exigências”

Orientação: circule a sua alternativa de resposta, de acordo com o indicador avaliado.

Indicadores	Não alcança às exigências	Alcança pouco as exigências	Alcança satisfatoriamente as exigências	Alcança plenamente as exigências	Supera as exigências
Respeita os aspectos éticos da profissão	1	2	3	4	5
Comunica-se de forma eficiente (oral e escrita)	1	2	3	4	5
É capaz de atuar de forma interprofissional	1	2	3	4	5
Atende o paciente e/ou família de forma humanizada	1	2	3	4	5
Participa das atividades de educação permanente	1	2	3	4	5
Toma decisão em prol do paciente e do serviço de saúde	1	2	3	4	5
Respeita as preferências do paciente	1	2	3	4	5
Conhece e compreende os protocolos do serviço de saúde	1	2	3	4	5
Uso os materiais e equipamentos de forma consciente	1	2	3	4	5
É comprometido com as metas do serviço de saúde	1	2	3	4	5
Apresenta assiduidade e pontualidade	1	2	3	4	5
Assume posição de liderança nas ações que executada	1	2	3	4	5
Demonstra interesse para o trabalho que executa	1	2	3	4	5
É criativo e propõe mudanças para melhorias do processo de trabalho	1	2	3	4	5
Aceita e cumpre as orientações da direção	1	2	3	4	5
Detecta problemas e tem iniciativa para resolvê-los	1	2	3	4	5
Mantém o local de trabalho limpo e organizado	1	2	3	4	5
Apresenta postura e vestimenta adequada	1	2	3	4	5

Fonte: Moorhead et al. (2010); Gonçalves (2003), Adaptado.

Referência:

GONÇALVES, V. L. M. **Reconstruindo o processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP** [tese]. São Paulo: USP, 2003.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

**ANEXO M – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**



PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE



1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento de resíduos trata-se de um conjunto de ações e procedimentos de gestão, planejados e implementados sobre bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo em reduzir a geração de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um direcionamento seguro, de forma eficiente, com meta em proteger os trabalhadores, preservar a saúde pública, os recursos naturais e o meio ambiente. Todos os trabalhadores dos serviços de saúde devem estar engajados no manejo dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) foi elaborado para nortear as ações de todos os profissionais que atuam em serviços de saúde geridos pelo Instituto Santa Dulce (ISD), assim como para apresentar aos órgãos de fiscalização a metodologia de gerenciamento de resíduos do ISD. Ressalta-se, que o PGRSS poderá ser adaptado a realidade de cada serviço, desde que respeitada à legislação vigente e a filosofia de sustentabilidade.

O ISD está comprometido com o meio ambiente e acredita que as informações contidas neste PGRSS poderão contribuir significativamente com melhoria no manejo dos RSS, assim como na adoção de boas práticas dentro dos estabelecimentos de saúde. Por fim, é missão do ISD e toda sociedade contribuir com a redução de impactos no meio ambiente e com a promoção de um ambiente saudável a todos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir os impactos ambientais decorrentes a produção de RSS por meio do manejo adequado dos resíduos que são gerados durante a prática assistencial, assim como promover um ambiente biologicamente seguro ao usuário do serviço de saúde e ao colaborador do ISD.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar aos gestores públicos e demais interessados o PGRSS do ISD;
- b) Nortear os colaboradores do ISD no manejo dos RSS;
- c) Reduzir acidentes de trabalho envolvendo o manejo dos RSS;
- d) Prevenir agravos ao trabalhador, ao usuário e ao meio ambiente;
- e) Promover a educação ambiental e a cultura de sustentabilidade;
- f) Cumprir as legislações vigentes em relação ao manejo dos RSS.

3 JUSTIFICATIVA

A necessidade em promover a sustentabilidade nos serviços gerenciados pelo ISD, assim como em atender aos aspectos éticos e legais relacionados aos RSS justificam a elaboração deste PGRSS. Ademais, diante ao grande volume de resíduos produzidos nos serviços de saúde, é fundamental o uso de um plano que possa além de contribuir com o meio ambiente, preservar a saúde do colaborador e da população em geral. Por fim, é importante destacar que o ISD permanece comprometido com os princípios dos 3Rs: Redução de Consumo e Desperdício, Reutilização e Reciclagem.

4 RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A seguir serão apresentados os principais conceitos e definições relacionados aos RSS (BRASIL, 2018).

- a) **Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde:** conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.
- b) **Abrigo externo:** ambiente no qual ocorre o armazenamento externo dos coletores de resíduos.

- c) **Abrigo temporário:** ambiente no qual ocorre o armazenamento temporário dos coletores de resíduos.
- d) **Coletor:** recipiente utilizado para acondicionar sacos com resíduos.
- e) **Equipamento de proteção individual (EPI):** dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.
- f) **Equipamento de proteção coletiva (EPC):** dispositivos ou produtos de uso coletivo utilizados pelo trabalhador, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho e de terceiros.
- g) **Identificação dos resíduos de serviços de saúde:** conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos riscos presentes nos resíduos acondicionados, de forma clara e legível em tamanho proporcional aos sacos, coletores e seus ambientes de armazenamento.
- h) **Manejo dos resíduos de serviços de saúde:** atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde.
- **Segregação:** consiste na separação dos resíduos no momento em que são produzidos, no seu local de geração, de acordo com suas características. O objetivo principal é evitar a mistura de resíduos não compatíveis, ou seja, separá-los conforme o aspecto físico, químico, biológico e/ou os riscos envolvidos. Na segregação é fundamental que o trabalhador use Equipamento de Proteção Individual (EPI), como avental, botas, luvas, óculos de proteção e máscara.
 - **Acondicionamento:** trata-se do ato de embalar os resíduos que foram segregados, imediatamente após a sua geração / manipulação. A embalagem (guarda) deve ser de acordo com o tipo e as características dos resíduos

gerados. No acondicionamento é utilizado saco plástico braço leitoso, saco plástico preto e recipiente resiste à punctura e ruptura.

- **Identificação:** consiste no conjunto de medidas adotadas para o reconhecimento do tipo de resíduo contido nos sacos plásticos e recipientes, favorecendo o manejo adequado dos RSS. O Quadro 1 mostra classificação dos grupos de resíduos.

Quadro 1. Símbolo e classificação dos grupos de resíduos.

Símbolos	Grupo
	<p>Grupo A: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.</p>
	<p>Grupo B: resíduos contendo produtos químicos que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.</p>
	<p>Grupo C: resíduos radioativos.</p>
	<p>Grupo D: resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.</p>
	<p>Grupo E: resíduos perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, fios ortodônticos cortados, próteses bucais metálicas inutilizadas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri).</p>

Fonte: Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 (Adaptada).

- i) **Transporte interno:** traslado dos resíduos dos pontos de geração até o abrigo temporário ou o abrigo externo.

- j) **Armazenamento temporário:** guarda temporária dos coletores de resíduos de serviços de saúde, em ambiente próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta no interior das instalações e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.
- k) **Armazenamento externo:** guarda dos coletores de resíduos em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para a coleta externa.
- l) **Coleta interna:** remoção dos resíduos no interno dos serviços de saúde.
- m) **Transporte externo:** remoção dos resíduos de serviços de saúde do abrigo externo até a unidade de tratamento ou outra destinação, ou disposição final ambientalmente adequada, utilizando-se de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento.
- n) **Transporte interno:** traslado dos resíduos dos pontos de geração até o abrigo temporário ou o abrigo externo.
- o) **Destinação final ambientalmente adequada:** destinação de resíduos que inclui a reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (Suasa), entre elas a disposição final ambientalmente adequada, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos.
- p) **Disposição final ambientalmente adequada:** distribuição ordenada de rejeitos em aterros, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos.

5 FLUXOGRAMA

A Figura 1 mostra as etapas do manejo de RSS que devem ser adotadas em todos os serviços de saúde gerenciados pelo ISD. O Fluxograma foi elaborado a partir das

fundamentações teóricas sobre o assunto e com base no modelo proposto por Kurcgant et al. (2019).

Fluxograma



Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde

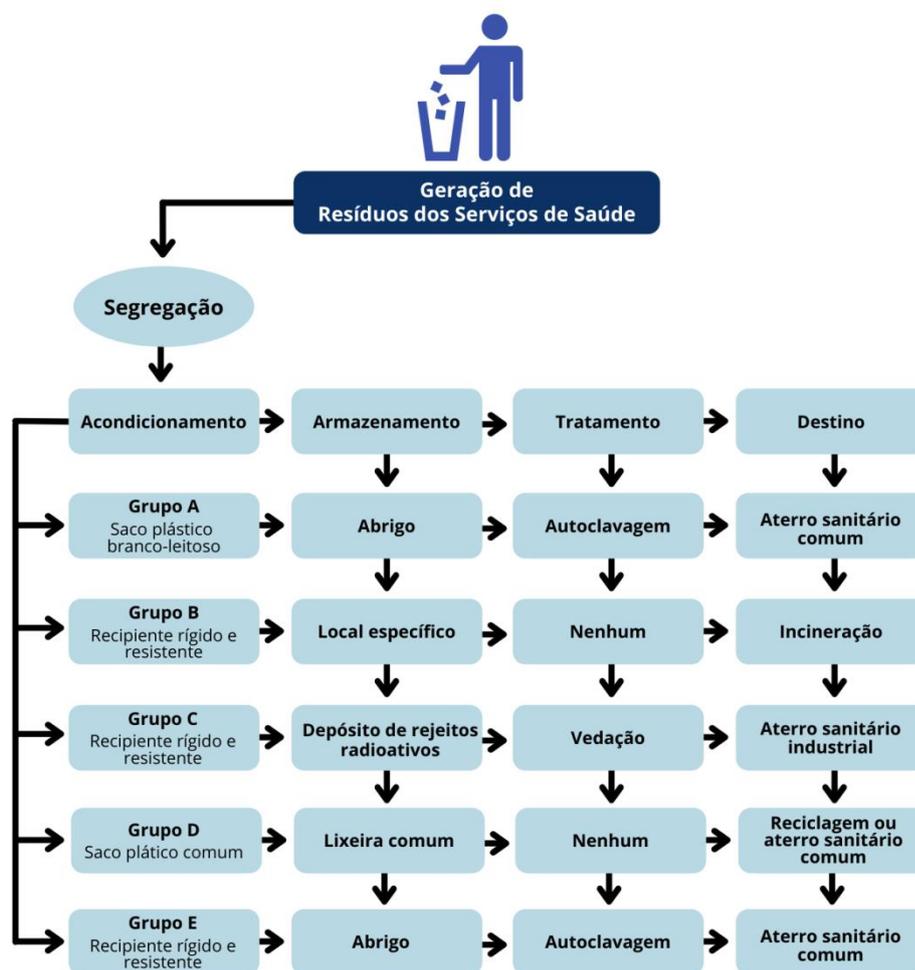


Figura 1. Fluxograma das etapas do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde.
Fonte: Kurcgant et al. (2019), Adaptada.

6 GERENCIAMENTO DOS RSS

Fundamentado nas etapas do gerenciamento dos RSS, o ISD planejará e conduzirá o manejo dos resíduos, a partir de procedimentos operacionais padrão que serão elaborados e

constituídos, de acordo com a realidade do estabelecimento de saúde. Ainda, no gerenciamento desses resíduos serão levadas em consideração as orientações do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PMGIRS). Para tanto, esse procedimentos serão norteados pelas etapas e ações descritos a seguir (BRASIL, 2018).

6.1 SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DOS RSS

- I. Os RSS serão segregados imediatamente após a sua geração, conforme classificação descrita no Quadro 1;
- II. Na segregação deverá ser respeitado o limite de peso de cada frasco, assim como o limite de $2/3$ (dois terços) de sua capacidade, a fim de garantir sua integridade e fechamento;
- III. Fica proibido o esvaziamento e/ou reaproveitamento de sacos e embalagens para resíduos;
- IV. Os sacos de RSS do Grupo A (infectante) deverão ser substituídos a cada 24 (vinte e quatro) horas, independentemente do volume de resíduo presente no saco;
- V. O coletor do saco para acondicionamento dos RSS deverá ser de material liso, lavável, resiste à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados;
- VI. Após a substituição do saco de resíduos, o mesmo deverá ser fechado e transferido para o carro de coleta;
- VII. Os RSS líquidos deverão ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa que garanta a contenção do RSS e identificação;
- VIII. Os recipientes de acondicionamento para RSS químicos no estado sólido deverão ser constituídos de material rígido, resistente, compatível com as características do produto químico acondicionado e identificados;
- IX. Os RSS do Grupo D deverão ser acondicionados de acordo com as orientações dos órgãos locais responsáveis pelo serviço de limpeza urbana;
- X. A identificação dos RSS deverá estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento e nos sacos que acondicionam os resíduos;
- XI. Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não precisam ser identificados;

- XII. O transporte dos RSS deverá ser feitos em veículo próprio para tal finalidade, com coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento.

6.2 COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RSS

- I. O transporte interno dos RSS deverá ser realizado em hora e rota previamente definidos, com coletor identificado. Orienta-se que essa atividade seja realizada em horário que interfira na rotina de atendimento;
- II. O coletor utilizado para transporte interno deve ser constituído de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados;
- III. Os coletores com mais de quatrocentos litros de capacidade deverão possuir válvula de dreno no fundo.

6.3 ARMAZENAMENTO INTERNO E EXTERNO TEMPORÁRIOS DOS RSS

- I. No armazenamento interno e externo temporários de RSS, é obrigatório manter os sacos acondicionados dentro de coletores com a tampa fechada;
- II. Os procedimentos para o armazenamento interno e externo temporários serão descritos no procedimento operacional do serviço;
- III. A coleta e transporte externo dos RSS serão organizados em conformidade com os planos de coleta municipal;
- IV. O abrigo temporário para os RSS deverá ser revisto de piso e paredes com material resistente, lavável e impermeável;
- V. O abrigo temporário para os RSS deverá possuir ponto de iluminação artificial e de água, tomada elétrica alta e ralo sifonado com tampa;
- VI. O abrigo temporário para os RSS quando provido de área de ventilação, deverá estar dotado de tela de proteção contra roedores e vetores;
- VII. O abrigo temporário para os RSS deverá ter porta de largura compatível com as dimensões dos coletores;
- VIII. O abrigo temporário para os RSS deverá ser identificado como “ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS”;

- IX. O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos caso em que o fluxo de recolhimento e transporte justifique a sua não existência;
- X. Os RSS de fácil putrefação deverão se submetidos a método de conservação em caso de armazenamento por períodos superiores a 24 (vinte e quatro) horas;
- XI. Na existência de abrigo externo para RSS, este deverá ter, no mínimo, um ambiente para armazenar os coletores dos RSS do Grupo A, podendo também conter os RSS do grupo E, e outro ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo D;
- XII. O abrigo externo para RSS deverá ter seu acesso restrito a pessoas autorizadas pelo estabelecimento de saúde;

6.4 TRATAMENTO DOS RSS

- I. Os RSS deverão ser tratados de acordo com as suas categorias e em conformidade com o PMGIRS e demais legislações vigentes;
- II. O tratamento dos RSS poderá ser realizado dentro ou fora do estabelecimento de saúde, a depender das condições físicas e metodologias do serviço, assim como, da indicação específica de tratamento para os tipos de RSS;
- III. Os RSS tratados deverão ser considerados como rejeitos;
- IV. Os RSS do Grupo D não necessitam de tratamento;
- V. Os RSS recicláveis deverão ser separados do lixo comum e estarem limpos e secos.

6.4 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS DOS RSS

- I. A coleta e transporte externo de RSS deverão ser realizados em veículos de transporte externo, evitando a compactação e/ou outro método que possa danificar os sacos contendo os RSS, exceto para os RSS do Grupo D;
- VI. O transporte externo de RSS seguirão as normas contidas no PMGIRS e demais legislações vigentes.

6.5 DESTINAÇÃO FINAL

- VII. Os RSS terão sua destinação final de acordo com suas características, conforme descrito na Figura 1 e dentro das limitações legais descritas no PMGIRS;

- VIII. Os RSS sem risco o biológico, químico ou radiológico podem ser encaminhados para reciclagem, recuperação, reutilização, compostagem, aproveitamento energética ou logística reversa, de acordo com o PMGIRS;
- IX. Os RSS que não apresentarem risco biológico, químico ou radiológico deverão ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequado;

7 ACIDENTES COM RSS

Na ocorrência de acidentes envolvendo manipulação dos RSS o colaborador deverá imediatamente procurar o enfermeiro responsável pelo setor.



Figura 2. Fluxograma de Acidente com Resíduos dos Serviços de Saúde.
Fonte: Elaboração própria.

8 DIRETRIZES GERAIS

- I. O transporte dos RSS deverá ocorrer nos períodos de menor circulação de pessoas dentro do serviço de saúde e em horário pré-definidos de acordo com a rotina do local;
- II. O transporte deverá ser realizado em carro específico para o manejo dos RSS;
- III. É OBRIGATÓRIO o uso de EPIs e/ou EPCs para todos os colaboradores envolvidos direto ou indiretamente no manejo dos RSS;
- IV. Na ocorrência de acidentes com materiais biológicos, perfurocortantes ou escarificantes o colaborador deverá imediatamente comunicar o enfermeiro responsável pelo serviço de saúde;
- V. A gestão do serviço de saúde deverá elaborar e implementar estratégias de sensibilização e conscientização sobre o manejo dos RSS em conjunto com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).
- VI. Promover ações para prevenção de acidentes com RSS por meio da CIPA;
- VII. Todos os colaboradores deverão estar com a “vacinação em dia”, em especial contra o tétano e a hepatite B.

REFERENCIAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018** – Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasil, 2018.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE. Resolução CONAMA N° 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005: Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ANEXO N – PLANO DE CONTINGÊNCIA DO PRONTO ATENDIMENTO



PLANO DE CONTINGÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE



1. INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde desempenham um importante papel na manutenção, proteção e reabilitação em saúde do indivíduo, em especial devido a capacidade de resolução de problemas e amenização do sofrimento humano. Logo, tanto a infraestrutura, quanto a disponibilidade de recursos humanos e materiais, devem estar em pleno funcionamento. Contudo, os estabelecimentos de saúde não estão imunes aos problemas técnicos e operacionais, o que resulta nas chances de interrupção dos atendimentos diante aos eventos inesperados.

Diante da necessidade em manter o funcionamento ininterrupto de um serviço de saúde, O ISD elaborou este plano de contingência, com a finalidade em apresentar as medidas necessárias para correção de problemas que podem vir a interferir na eficácia da assistência em saúde nas unidades assistenciais. Destaca-se, que o plano de contingência consiste em um documento estruturado, que norteia as ações de um serviço diante de um evento inesperado, onde cada colaborador desempenha atividades específicas para corrigir erros e mitigar os efeitos decorrentes dos mesmos (KOZLOWSKI, 2017).

Nesse contexto, este documento define as principais medidas para o enfretamento de problemas que colocam o funcionamento pleno do serviço de saúde em risco, de modo a orientar os colaboradores do ISD sobre a condução na tomada de decisões. Cabe destacar, que seu uso será otimizado por meio de treinamentos junto aos profissionais do serviço.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este plano de contingência tem como objetivo geral estabelecer diretrizes para resolução de problemas diante aos eventos inesperados que colocam o funcionamento pleno serviço de saúde em risco.

manter a continuidade do processo de trabalho, ou seja, no caso de um Pronto Atendimento, garantir a assistência clínica ao paciente. Em resumo, as ações aplicadas diante dos eventos inesperados, buscam o retorno das atividades ao estágio de normalidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São considerados objetivos específicos deste plano de contingência:

- a) Garantir assistência clínica ininterrupta e propor ações para resolução de problemas;
- b) Definir e propor medidas corretivas para os problemas que interferem no funcionamento do serviço de saúde;
- c) Orientar os colaboradores do serviço quanto às ações para correção de problemas que colocam o funcionamento pleno da unidade em risco;
- d) Implementar medidas para o retorno imediato das atividades assistência ao estágio de normalidade;
- e) Organizar a o fluxo de ações para resolução de problemas no serviço de saúde;
- f) Monitorar e avaliar situações que colocam o funcionamento eficiente do serviço de saúde em risco.

2.3 CONCEITOS

O Quadro 1 mostra os principais conceitos associados ao Plano de Contingência.

Quadro 1. Conceitos do Plano de Contingência.

Conceito	Descrição
Vulnerabilidade	Estado de fraqueza, frágil ou delicado em que uma pessoa ou situação se encontra.
Ação	Estabelece o fato de agir diante de uma situação problema, ou seja indica o que será feito.
Prazo	Define o prazo para a implementação das ações.
Colaborador	Compreende o profissional que integra o serviço de saúde.
Equipe gestora	Conjunto de pessoas responsáveis pelo o gerenciamento e coordenação do serviço de saúde.
Equipe de apoio	Conjunto de pessoas responsáveis pelo apoio operacional para o funcionamento do serviço de saúde.
Recurso disponível	Conjunto de itens necessários para execução de ação. Pode ser recurso humano ou material.

2.4 COMPONENTES DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

A execução deste Plano de Contingência envolve a participação de diferentes profissionais e o uso dos recursos disponíveis para corrigir os problemas que possam colocar o funcionamento do serviço de saúde em risco. Cada profissional ou grupo de profissionais detém uma função específica dentro da esfera administrativa, o que também deve ser levado em consideração diante as “situações problema”.

2.4.1 EQUIPE GESTORA

Nos serviços de saúde gerenciados pelo ISD, a equipe gestora é formada pelo coordenador administrativo, supervisor de enfermagem e diretor técnico (médico). Cabe a esses profissionais direcionar a aplicação do processo de trabalho, com objetivo na obtenção de um produto de qualidade para os usuários atendidos nos serviços de saúde.

2.4.2 EQUIPE DE APOIO

A Equipe de Apoio compreende os profissionais que atuam no suporte técnico para o pleno funcionamento do serviço de saúde. Fazem parte da equipe de apoio: assistente social, assistente e auxiliar administrativo, copeira(o), motorista, técnico em tecnologia da informação, serviços de limpeza, vigilante, técnico em logística e oficial de manutenção. A depender do modelo do serviço de saúde, outros profissionais poderão compor a equipe de apoio. No ISD, as ações destes profissionais serão orientadas pelo Protocolo de Organização e Atividades de Apoio.

Ainda fazem parte da Equipe Apoio, as Comissões do Serviço de Saúde, por exemplo, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho, Comissão de Humanização e o Núcleo de Segurança do Paciente.

2.4.3 COLABORADORES

Os colaboradores, em geral envolvem os profissionais que em conjunto com a Equipe Gestora e a Equipe de Apoio promovem o funcionamento ininterrupto do serviço, fazem parte deste grupo: técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêutico, auxiliar de farmácia, odontólogo, técnico em saúde bucal, técnico em radiologia, entre outros.

2.4.4 RECURSOS DISPONÍVEIS

Os recursos disponíveis compreendem tanto o aspecto humano, quanto a disponibilidade de equipamentos e serviços, por exemplo, o eletrocardiógrafo e o serviço de gerenciamento de resíduos hospitalares. É por meio do uso correto dos recursos disponíveis que se torna possível transformar um objeto em um produto final.

3. ETAPAS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

Diante das “situações problema” o Plano de Contingência deve ser colocado em prática, a fim de evitar o colapso no funcionamento do serviço de saúde. Para isso, sua utilização deve ser norteada pelas seguintes etapas:

a) Identificação do fator de risco para interrupção do atendimento

Consiste na identificação precoce do fator de risco para interrupção do atendimento no serviço de saúde. A identificação deve ser realizada em tempo hábil, para fins de tomada de decisão para resolução da causa geradora do problema. Essa etapa envolve com maior frequência a participação da Equipe de Apoio e de todos os demais colaboradores do serviço de saúde.

b) Acionamento da Equipe Gestora

Após a identificação do fator de risco e/ou motivo que levou a interrupção do atendimento, o colaborador deve comunicar imediatamente a Equipe Gestora do serviço de saúde, para fins de tomada de decisão. A Equipe Gestora deve atuar com foco na resolução imediata do problema, de acordo com as ações previstas no Plano de Contingência.

c) Aplicação de medidas corretivas

As medidas corretivas devem ser aplicadas com foco na preservação do bem-estar do usuário, no uso consciente dos recursos disponíveis e na resolução de problemas. O prazo para aplicação das medidas corretivas deve estar de acordo com as necessidades do serviço e de forma que não resulte em prejuízos no atendimento.

d) Monitoramento de fatores de risco para interrupção do atendimento

Os fatores de risco para interrupção do atendimento devem ser monitorados continuamente, por exemplo, a manutenção preventiva de equipamentos, o controle de estoque de materiais, o dimensionamento adequado dos recursos humanos, entre outros. Essa ação envolve a participação de todos os colaboradores do serviço.

4. MEDIDAS GERAIS PARA ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

Considerando a necessidade em prever e implementar medidas para o enfrentamento de problemas que possam interferir no pleno funcionamento do serviço de saúde, o ISD elaborou um conjunto de medidas gerais que devem ser implementadas com meta em corrigir problemas. Contudo, essas medidas devem ser analisadas de acordo com a realidade local, podendo ser incluídas outras ações, conforme necessidades apontadas pela Equipe Gestora do serviço de saúde. O Fluxograma 1 mostra o passo a passo para tomada de decisão envolvendo deste Plano de Contingência.

Fluxograma

Etapas para Ações de Contingência

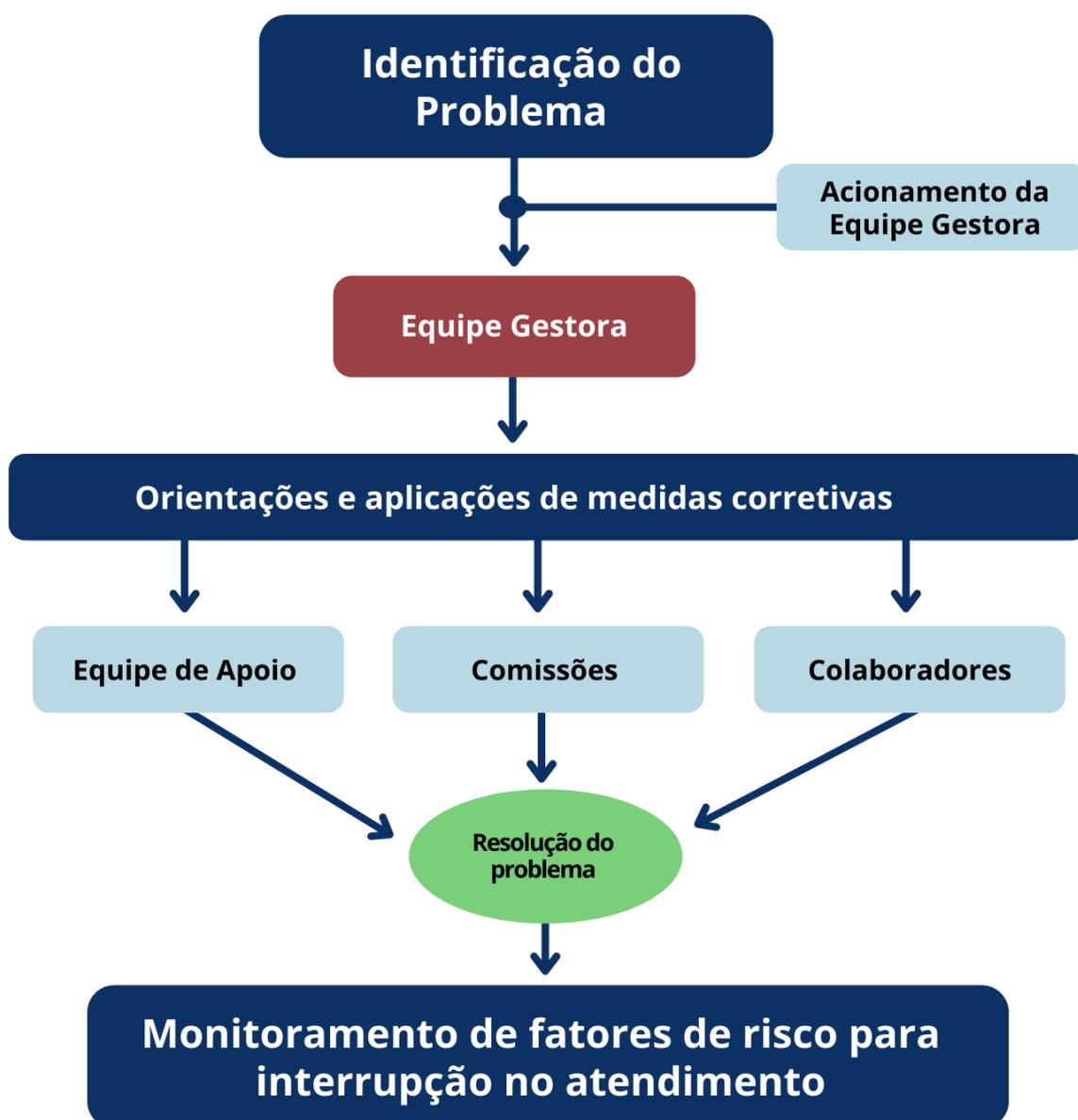


Figura 1. Etapas para ações de contingência.

Fonte: Elaboração própria.

4.1 MEDIDAS GERAIS PARA O FUNCIONAMENTO ININTERRUPTO DO SERVIÇO

As medidas adotadas para o funcionamento adequado do serviço de saúde envolvem o uso dos protocolos de atendimento, dos regimentos do ISD e da atuação das comissões do serviço. Neste contexto, com ênfase em evitar e/ou corrigir problemas que possam afetar a eficiência do serviço, todos os profissionais devem participar e/ou realizar as seguintes ações:

- a) Participar das capacitações promovidas pelo núcleo de educação permanente;
- b) Assumir a cooresponsabilização pela gestão do serviço de saúde;
- c) Identificar e comunicar a Equipe Gestora sobre problemas que estão afetando ou que possam vir a afetar o pleno funcionamento do serviço;
- d) Promover o uso consciente e racional dos recursos materiais disponíveis;
- e) Usar os equipamentos conforme recomendações técnicas do fabricante;
- f) Preservar a segurança do paciente;

4.2 MEDIDAS CORRETIVAS PARA FALHA DE EQUIPAMENTO

Essas medidas tem como finalidade a identificação e correção de falhas em equipamentos, cujo mal funcionamento resulta na ineficiência do serviço prestado, por exemplo, a ocorrência de falhas nos cabos do eletrocardiógrafo pode resultar em dificuldades na obtenção de um traçado adequado do eletrocardiograma. Assim, diante da falha em equipamentos do serviço de saúde, as seguintes ações devem ser tomadas:

- a) Verificar as especificações técnicas sobre o uso do equipamento, com ênfase na validação sobre o uso correto;
- b) Persistindo a falha no uso do equipamento, comunicar imediatamente o supervisor da unidade de saúde sobre o problema identificado, que deverá proceder com análise do comunicado;
- c) O supervisor imediato também deverá comunicar imediatamente a Equipe Gestora do serviço sobre a falha identificada no equipamento;
- d) A Equipe Gestora deve solicitar o reparo do equipamento com falha e/ou substituí-lo por um novo equipamento;

- e) Até a conclusão do reparo do equipamento, a unidade deve dispor de um equipamento que o substitua. Para isso, pode ser considerado como estratégia de substituição a locação e/ou compra de novos equipamentos.

Observações:

Para minimizar os riscos de falhas nos equipamentos durante a assistência em saúde, o conserto e a manutenção básica dos equipamentos, dependendo das necessidades de assistência técnica, serão realizadas pela equipe de manutenção do serviço de saúde. Do contrário, serão encaminhados para os fornecedores e/ou rede de assistência técnica especializada. De modo geral, para manutenção dos equipamentos serão implementadas ações nos seguintes contextos:

- **Qualificação técnica:** para o uso dos equipamentos serão analisados e avaliados o ambiente e a capacidade técnica da equipe para operacionalização do mesmo. De acordo com o uso, os profissionais serão treinados para manipulação correta do equipamento.
- **Manutenção preventiva:** executada conforme as necessidades apontadas pelo fabricante, não podendo ultrapassar o intervalo de três meses. Basicamente envolve a inspeção, ajuste, limpeza, conservação e revisão geral do equipamento.
- **Manutenção corretiva:** executada mediante a identificação de erros no funcionamento do equipamento. Inicialmente realizada pela equipe de manutenção do serviço de saúde, podendo evoluir para contratação de empresas especializadas. Tem como objetivo a correção de falhas resultantes de defeito ou desgaste de um ou mais componentes do equipamento.
- **Manutenção preditiva:** consiste na verificação do padrão de vida útil dos componentes do equipamento, conforme recomendação do fabricante, para na sequência ocorrer a substituição de itens e evitar o custo elevado com desgastes de peças, assim como falhas durante o uso do equipamento.

- **Calibração:** trata-se de uma medida adotada para corrigir erros de medição em um equipamento. A calibração dos equipamentos será realizada conforme recomendações do fabricante.
- **Validação:** para todos os equipamentos adotados no serviço de saúde serão investigadas as comprovações que atestam a sua validação, ou seja o documento que atesta que o equipamento realmente conduz aos resultados que se espera. Na aquisição de novos equipamentos serão priorizados, aqueles que apresentam o certificado de validação, por exemplo, com certificados do INMETRO.

4.3 MEDIDAS CORRETIVAS PARA AUSÊNCIA DE PROFISISONAL NA ESCALA

A ausência de profissionais no plantão assistencial pode resultar em dificuldades na operacionalização do processo de trabalho e conseqüentemente aumentar as chances de prejuízos ao paciente. Neste contexto, cabe diferenciar a “falta ao plantão” em relação ao “abandono de plantão”.

- a) **Falta ao plantão:** consiste em deixar de comparecer ao plantão assistencial, com ou sem aviso prévio a chefia (SILVA, 2013).
- b) **Abandono de plantão:** caracteriza-se pelo ato de deixar de prestar assistência ao paciente, assim como a saída do profissional durante o turno de trabalho sem a ciência ou consentimento da chefia imediata e/ou não comparecer ao trabalho no dia em que está escalado, sem comunicar ou justificar a chefia (COREN-SC, 2017; COREN-TO, 2017).

Cabe destacar, que o abano de plantão pode resultar em punição junto ao conselho de classe, por descumprimento do Código de Ética da Profissão, como também na possibilidade de processo civil, com ressarcimento, caso resulte em danos à saúde do paciente ou agravamento do quadro clínico. Para garantir a continuidade da assistência em saúde ao paciente, o ISD promoverá as seguintes ações preventivas e de contingência quanto a falta ou abano de plantão:

- a) Considerando as ausências não previstas e o período de férias dos profissionais, a escala de trabalho deve ser configurada para atender um quantitativo ideal de profissionais, acrescido do índice de segurança técnica (IST), que será calculado com base nas variáveis: demandas de atendimento do serviço, jornada de trabalho, local de atividade e atividade desenvolvida. Ainda, deve ser levado em consideração a disponibilidade de profissionais para cobertura em situações relacionadas as atividades de educação permanente e rotatividade de pessoal. Por exemplo, na enfermagem o IST será de 15%. Para equipe médica e demais profissões será calculado com base nas variáveis anteriormente descritas.
- b) Na ocorrência de motivo relevante para o não comparecimento ao plantão, é obrigatório que colaborador comunique o fato ao seu supervisor direto, com antecedência mínima para que seja providenciado um profissional substituto. Neste caso, sugere-se como antecedência mínima o prazo de 24 horas;
- c) Diante ao abandono ou falta no plantão, será utilizado para reposição profissional o quantitativo de pessoal acrescido no IST;
- d) Na ocorrência de falta e/ou abandono, em margem superior ao IST, a Equipe Gestora do serviço de saúde deve providenciar imediatamente a contratação por tempo limitado, de um profissional substituto (plantonista);
- e) Na falta ou abandono de profissional médico o problema deve ser solucionado no prazo máximo de 6 (seis) horas, com meta substituir por outro profissional.

4.4 MEDIDAS CORRETIVAS PARA AUSÊNCIA DE MEDICAMENTO

A dispensação de medicamentos no serviço de saúde deve ser planejada, com o objetivo em manter o estoque ideal, assim a relação de medicamentos previstos na Rede Municipal de Medicamentos (REMUME). Para evitar a ausência de medicamentos ou implementar ações de contingência, quando isso não for possível, devem ser implementadas as seguintes ações:

- a) O farmacêutico responsável técnico deve coordenar e monitorar o estoque de medicamentos;
- b) A organização do serviço de farmácia deve seguir o Protocolo de Assistência Farmacêutica adotado pelo ISD e/ou da SMS;

- c) Identificada a possibilidade de ausência de medicamentos no serviço de saúde, o farmacêutico responsável técnico deve comunicar por escrito a Equipe Gestora com antecedência mínima de 7 (sete) dias;
- d) Após o comunicado, a Equipe Gestora deve agir com ênfase em repor o estoque e garantir o fornecimento de medicamentos para os usuários;
- e) Na ocorrência de falta de medicamentos, o farmacêutico plantonista deve entrar em contato a Rede de Atenção Básica à Saúde, para verificar as unidades que dispõem do medicamento ausente, assim como orientar o usuário sobre o local de retirada;
- f) A equipe da farmácia deve estabelecer comunicação efetiva com a Equipe Gestora, de modo a permitir o planejamento estratégico na dispensação adequada de medicamentos;
- g) Em casos especiais, após a avaliação da Equipe Gestora, poderá ser fornecido pelo ISD medicamentos mediante análise e parecer da SMS, especificamente aqueles que não constam na REMUME;

4.5 MEDIDAS CORRETIVAS PARA QUEDA OU FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA

A energia elétrica é um recurso essencial para o funcionamento do serviço de saúde, sendo a unidade de saúde suprida pela concessionária abastecedora de energia. Em situações que resultam em problemas na distribuição de energia elétrica, os serviços de saúde hospitalares possuem prioridade no atendimento realizado pela concessionária, justamente pela demanda especial dos pacientes atendimentos nestes locais. Para fins de compreensão, no geral a rede elétrica dos estabelecimentos de saúde podem ser divididas em dois grupos:

- a) **Rede elétrica essencial:** compreende a energia distribuída pela concessionária, assim como pelo abastecimento de gerador (motor) interno de energia, que é acionado automaticamente quando ocorre interrupção na energia distribuída pela concessionária. A rede elétrica essencial tem como objetivo manter o serviço de saúde em funcionamento ininterrupto.
- b) **Rede elétrica não essencial:** consiste na energia distribuída somente pela concessionária. Está ligada ao abastecimento de áreas do serviço de saúde que não envolvem impactos diretos no seu funcionamento, diante a interrupção do fornecimento pela concessionária.

Diante de uma situação que envolve a interrupção no fornecimento de energia elétrica pela concessionária de distribuição para serviço de saúde, as seguintes ações devem ser implementadas imediatamente, a partir do acionamento da Equipe Gestora que deve seguir os seguintes passos:

1. Verificar se a pane elétrica também atingiu as edificações circunjacentes ao serviço de saúde;
2. Verificar se o gerador interno de eletricidade foi acionado automaticamente;
3. Se edificações vizinhas ao serviço de saúde **estiverem com o fornecimento de energia pleno**, devem ser implementadas as seguintes ações:
 - a) Acionar o Oficial de Manutenção para verificação de pane elétrica;
 - b) Verificar se a chave geral da rede elétrica da unidade está desarmada. Se este for o problema, todos os equipamentos não essenciais devem ser desligados, por exemplo, ar condicionado das salas administrativas, a fim de reduzir a alta demanda por energia e conseqüentemente a sobrecarga na rede elétrica;
 - c) Caso permanece o problema, mesmo após ação anterior, o Coordenador Administrativo deve solicitar a revisão da rede elétrica do serviço de saúde.
4. Se edificações vizinhas ao serviço de saúde também **não estiverem com o fornecimento de energia pleno**, devem ser implementadas as seguintes ações:
 - a) Acionar a concessionária de distribuição elétrica informando sobre a interrupção no fornecimento de energia elétrica e solicitando a correção imediata do problema.
 - b) Quando necessário, verificar e monitorar a disponibilidade de combustível suficiente para manter o gerador interno (motor) de eletricidade em funcionamento, até a resolução do problema de distribuição;
 - c) Manter a equipe e os pacientes informados sobre as decisões tomadas, a fim de evitar tumultos desnecessários.

Observações:

Conforme previsto na RDC N° 50 da ANVISA, todo estabelecimento de saúde deve possuir um sistema de fornecimento ininterrupto de energia elétrica, em especial nos casos de

interrupções por parte da companhia de distribuição ou em quedas superiores a 10% do valor nominal, por tempo superior a 3 segundos. Neste contexto, o ISD a Equipe Gestora do ISD deve coordenar as seguintes ações gerais para oferta ininterrupta de energia no serviço de saúde:

- a) Verificar se o serviço de saúde dispõe de um gerador de energia elétrica. Quando não, o ISD deve disponibilizar um gerador de energia elétrica por meio de locação;
- b) O gerador de energia elétrica deve ser programado para o acionamento em no máximo 0,5 segundos, na ocorrência de interrupção ou queda no fornecimento de energia pela concessionária de distribuição;
- c) O armazenamento de combustível para o gerador de energia elétrica deverá ter capacidade mínima para operar durante 24 horas ininterruptas;
- d) A equipe de manutenção deve inspecionar e documentar a inspeção diária do gerador de energia elétrica, assim como operá-lo por pelo menos 30 minutos por semana;
- e) Estabelecer contato / parceria com a concessionário de distribuição de energia elétrica local, a fim de obter informações prévias sobre as interrupções programadas no fornecimento de energia.

4.6 MEDIDAS CORRETIVAS PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

As emergências em saúde pública representam um desafio na gestão dos serviços de saúde, pois contribuem de forma expressiva para a morbimortalidade no mundo, exigindo, capacidade técnica e resposta imediata para reduzir os impactos à saúde humana (BRASIL, 2014). O preparo para atuação nas emergências de saúde pública, amplia a possibilidade de sucesso no enfrentamento e conseqüentemente na redução de agravos à saúde da população, assim a proposta do Plano de Contingência é servir como um documento norteador de condutas.

A eficácia nas ações em emergências em saúde pública, é dependente das articulações entre o Ministério da Saúde e a Vigilância Epidemiológica, em especial no planejamento estratégico para o emprego de medidas de prevenção, de controle, de contenção de riscos, assim como na ação em tempo oportuno, de forma qualificada e cooperativa (BRASIL, 2014). Cabe destacar, que a Portaria MS/GM N° 1.378, DE 09 DE JULHO DE 2013, define como competência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) a “coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública

de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios” (BRASIL, 2014).

Neste contexto, durante a gestão de serviços de saúde, o ISD adota as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde em conjunto com a SVS, o que pode envolver o uso de protocolos e procedimentos específicos, de acordo com o plano de contingência elaborado e publicado nos surtos, endemias e epidemias (BRASIL, 2014). Um exemplo recente sobre a adoção de medidas de contenção norteadas pelo o Ministério da Saúde, trata-se da pandemia de COVID-19, situação em que os serviços de saúde de todo país tiveram que se adequar as recomendações dos órgãos de vigilância em saúde.

A partir da compreensão sobre o dinamismo que envolve os planos de contingência nas emergências em saúde pública, como por exemplo, na dengue, malária, febre amarela, influenza, inundações, dentre outras, o ISD organizará seus planos de ação com base em informações atualizadas e nas publicações do Ministério da Saúde. Para isso, a Equipe Gestora promoverá articulações com a SMS por meio da Vigilância Epidemiológica, para definir e/ou reorganizar planos estratégicos. A Figura 2 mostra as etapas para implementação de ações de contingência em emergência em saúde pública promovidas pelo ISD.



Figura 2. Ações de contingência em emergência em saúde pública do ISD.

Fonte: Elaboração própria.

A título de entendimento, na atuação do ISD frente as emergências em saúde pública serão realizadas as seguintes ações:

- a) Monitoramento de indicadores epidemiológicos no serviço de saúde, cabe nas doenças de notificação compulsória;

- b) Análise de dados epidemiológicos pela Equipe Gestora em conjunto com a Vigilância Epidemiológica do município;
- c) Definição de estratégias assistenciais, de acordo com as recomendações atualizadas do Ministério da Saúde;
- d) Para emergências públicas relacionadas as doenças infectocontagiosas, a equipe do serviço de saúde imediatamente deverá implementar e/ou reforça as medidas de precaução o por contato, gotículas, aerossóis e/ou vetores;
- e) Os protocolos de assistência médica e de enfermagem devem ser atualizados, conforme novas recomendações para atendimento as doenças de emergências públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. 2. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Parecer Técnico COREN/SC Nº 013/CT/2017. **Assunto: Abandono de plantão**. Disponível em: <https://bit.ly/35251nq>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO TOCANTINS. Parecer Técnico nº 039/2017. **Ementa: Abandono de plantão**. Disponível em: <https://bit.ly/3qkWAe8>. Acesso em: 20 mar. 2022.

KOZLOWSKI, N. C. **Metodologia para elaboração de planos de contingência para o transporte público durante megaeventos**/ Natália Costa Kozlowski. – Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2017. XIII, 110 p.: il.; 29,7 cm. Orientador: Carlos David Nassi Dissertação (mestrado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia de Transportes, 2017.

SILVA, P. **Vocabulário Jurídico**. Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Proscila Pereira Vasques Gomes. 30 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

**APÊNDICES - ESTABELECIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
GERENCIADOS PELO INSITITUTO SANTA DULCE NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS**

**CONTRATO DE GESTÃO
SETE BARRAS-SP**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax: (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ: 46.587.275/0001-74 - CEP: 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE

CONTRATO N.º 086/2022

OBJETO: contratação de empresa especializada para contratação de Organização Social para intermediar a contratação de serviços (Pessoal Civil) e insumos para as seguintes Unidades de Saúde: Pronto Atendimento Municipal, Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família, em atendimento a solicitação da Secretaria de Saúde

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:
 - a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
 - b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
 - c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
 - d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP - CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
 - e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.
2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:
 - a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
 - b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Sete Barras, 13 de maio de 2022.



CONTRATANTE:
DEAN ALVES MARTINS
Prefeito Municipal
CPF nº 039.256.788-16



CONTRATADA:
INSTITUTO SANTA DULCE
Felipe dos Santos Mesquita
CPF nº 314.257.538-33



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

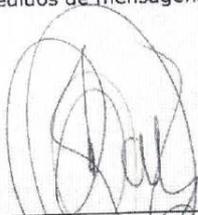
CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS
CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE

CONTRATO N.º 123/2021

OBJETO: contratação de empresa especializada em gestão de serviços médicos / auxiliares, com apoio técnico de gestão e prestação de serviços técnicos complementares conforme especificações descritas neste contrato e termo de referência

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

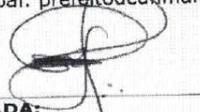
Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagens eletrônicas aos interessados.



Sete Barras, 13 de maio de 2021.

CONTRATANTE:

Prefeitura Municipal de Sete Barras
DEAN ALVES MARTINS - Prefeito Municipal
E-mail institucional: governo@setebarras.sp.gov.br
E-mail pessoal: prefeitodeanmartins@gmail.com



CONTRATADA:

INSTITUTO SANTA DULCE
IBRAHIM ROGÉRIO JAROCHINSKI MARINHO
E-mail institucional: diretoria@institusantadulce.org.br
E-mail pessoal: diretoria@institusantadulce.org.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax: (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ: 46.587.275/0001-74 - CEP: 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

5.1 - A CONTRATADA ficará responsável pela disciplina dos seus empregados durante a jornada de trabalho e, ainda, pela manutenção de respeito e cortesia no relacionamento entre colegas, com os servidores do Secretaria Municipal de Saúde.

5.2 - A CONTRATADADA assistirá a Contratante o direito de rejeitar qualquer empregado da Contratada e solicitar a sua substituição formalmente, caso o mesmo não apresente comportamento condizente com suas funções e com as normas estabelecidas, obrigando-se esta a respeitar e acatar as decisões da Contratante.

5.3 - É vedado à Contratada, substituir qualquer empregado seu, quando em serviço sem prévia e expressa comunicação à contratante.

5.4 - A Contratada garantirá o comportamento moral e profissional de seus empregados, cabendo-se responder integral e incondicionalmente por todos os danos e/ou atos ilícitos resultante de ação ou omissão destes, inclusive por inobservância de ordens e normas da Contratante.

5.5 - Caberá à Contratada, a indenização pecuniária dos danos morais ou serviços causados por seus empregados em bens patrimoniais da Contratante, bem como desaparecimento de quaisquer objetos e valores encontrados em suas dependências, de quem quer que seja, desde que comprovado dolo ou culpa, do empregado da Contratada.

5.6 - Desde que apurado o dano e caracterizado a autoria de qualquer empregado da Contratada o valor da indenização será descontado no ato do pagamento de qualquer fatura, permitindo a compensação inclusive em faturas vincendas, o que fica desde já pactuado.

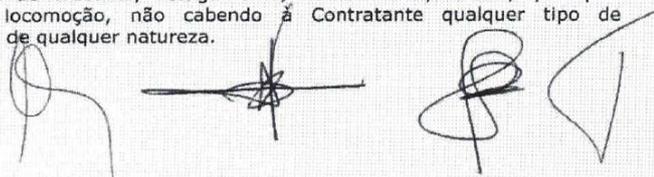
5.7 - A Contratada manterá a contratante livre de quaisquer reivindicações, demandas, queixas e representações de qualquer natureza, decorrentes de sua ação ou omissão.

5.8 - A Contratada deverá ter um preposto que permanecerá em período normal de expediente à disposição local ou remotamente, para representá-la junto à Contratante, o qual terá amplos poderes para responder pelos serviços a serem contratados sendo responsável pela coordenação, administração e supervisão do seu pessoal e por qualquer comunicação junto a contratante. Em hipótese alguma, qualquer funcionário da Contratada que não o preposto ou representante legal, poderá reivindicar decidir ou manifestar-se por atos ou decisões da Contratada e/ou Contratante.

5.9 - A Contratada deverá manter em dia o registro de seus empregados CLT a serviço da contratante em livro próprio ou em fichas, devidamente rubricados e legalizados pelo órgão competente do Ministério do Trabalho, atualizar as anotações em Carteira de Trabalho e Previdência Social de cada empregado e exibir o livro e/ou fichas mencionadas ou documento equivalente, sempre que solicitado pela Contratante

5.10 - Fica autorizado a Contratada celebrar contratos adicionais complementares para a execução das atividades e serviços previamente pactuados entre a Contratante e a Contratada.

5.11 - Os empregados e prestadores de serviço da Contratada não manterão nenhum vínculo empregatício com a Contratante, sendo de sua inteira responsabilidade as Obrigações Sociais, Previdenciárias e Trabalhistas relativas aos seus empregados ou contratados, inclusive no que tange ao Seguro de Acidente de Trabalho, desligamento, horas extras, diárias, quaisquer despesas com alimentação, locomoção, não cabendo à Contratante qualquer tipo de responsabilidade nem encargos de qualquer natureza.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
 licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

CONTRATO N.º 123/2021

PROCESSO N.º 822B/2021

PREGÃO PRESENCIAL N.º 009/2021

A Prefeitura Municipal de Sete Barras, com sede na Rua José Lopes, 35, Centro, Sete Barras/SP, na qualidade de órgão gerenciador, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr. **DEAN ALVES MARTINS**, brasileiro, casado, RG 13.212.712-X/SSP/SP, CPF/MF 039.256.788-16, residente e domiciliado Rua José Carlos de Toledo, nº 198, Centro, nesta cidade de Sete Barras/SP, CEP: 11910-000, no uso das suas atribuições, doravante designado **CONTRATANTE**, e a empresa **INSTITUTO SANTA DULCE**, com sede à Rua Ferrúcio Padovan, nº 57, sala 01, Bairro Jardim Elvira Zanella, na cidade de Pariquera-açu/SP, inscrita no CNPJ 35.764.774/0001-73, neste ato representado pelo Diretor Presidente, o Sr. IBRAHIM ROGÉRIO JAROSCHINSKI MARINHO, casado, portador do RG. Nº 20230052-3 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas CPF/MF sob nº 131.930.358-74, residente e domiciliado a Rua Romeu Monti, nº 732, Centro, na cidade de Pariquera-açu/SP, como **CONTRATADA**, com base na Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, têm entre si, justo e avençado as condições estabelecidas no ato convocatório e consoante as cláusulas que se seguem.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O presente certame tem por objeto a seleção da proposta mais vantajosa à Administração, para contratação de empresa especializada em gestão de serviços médicos / auxiliares, com apoio técnico de gestão e prestação de serviços técnicos complementares conforme especificações descritas neste contrato e termo de referência.
2. O objeto desta licitação deverá ser prestado com fiel observância das normas técnica e de segurança, bem como condições estabelecidas no Termo de Referência - Anexo I deste Edital

CLÁUSULA SEGUNDA - PREÇO E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO E PAGAMENTO

2.1 - Pelo integral e satisfatório processo de prestação de serviços, conforme indicado na cláusula 01 acima, a CONTRATADA receberá a importância total de R\$ **7.080.000,00** (sete milhões e oitenta mil reais), representados pelos valores unitários a seguir:

Item	Função	Qtde	Horas Semanais	Valor Mensal	Valor Global
1	Medico plantonista 24h	7	24 h	R\$ 89.357,83	R\$ 1.072.293,96
2	Medico plantonista 12h	7	12 h	R\$ 15.917,55	R\$ 191.010,60
3	Medico ESF	7	40 h	R\$ 138.010,62	R\$ 1.656.127,44
4	Médico Ortopedia	1	20 h	R\$ 12.108,49	R\$ 145.301,88
5	Medico GO	1	20 h	R\$ 12.108,49	R\$ 145.301,88
6	Medico Pediatria	2	20 h	R\$ 23.403,68	R\$ 280.844,16
7	Médico (tenda COVID)	1	40 h	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
8	Auxiliar em Enfermagem	2	Regime 12x36	R\$ 7.917,96	R\$ 95.015,52
9	Tecnico em Enfermagem ESF	4	40 h	R\$ 16.367,25	R\$ 196.407,00
10	Tecnico em Enfermagem	12	Regime 12x36	R\$ 56.104,53	R\$ 673.254,36
11	Enfermeiro	4	40 h	R\$ 41.090,11	R\$ 493.081,32
12	Enfermeiro Plantonista	5	Regime 12x36	R\$ 34.958,99	R\$ 419.507,88
13	Tecnico em Radiologia	4	24 h	R\$ 14.532,46	R\$ 174.389,52
14	Psicologo	1	40 h	R\$ 8.655,29	R\$ 103.863,48



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 – Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE

CONTRATO Nº 095/2020 (2º TERMO ADITIVO)

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A REALIZAÇÃO DE PROJETOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, PARA AUXÍLIO AO ENFRENTAMENTO DO COVID-19, EM ATENDIMENTO A SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE.

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagens eletrônicas aos interessados.

Sete Barras, 11 de janeiro de 2021.



CONTRATANTE:
Prefeitura Municipal de Sete Barras
DEAN ALVES MARTINS – Prefeito Municipal
E-mail institucional: gabinete@setebarras.sp.gov.br
E-mail pessoal: prefeitodeanmartins@gmail.com



CONTRATADA:
INSTITUTO SANTA DULCE
Ibrahim Rogério Jarochinski Marinho
E-mail institucional:
E-mail pessoal:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 – Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

2º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DO CONTRATO Nº 095/2020, FIRMADO EM 12/05/2020, ENTRE A PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS E INSTITUTO SANTA DULCE, PROCESSO Nº 350B/2020.

Aos onze dias do mês de janeiro de 2021, na cidade de Sete Barras/SP, compareceram de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS**, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Sr. **DEAN ALVES MARTINS** portador do RG nº 13.212.712-X e CPF nº 039.256.788-16, doravante designado **CONTRANTE**, e de outro lado a empresa **INSTITUTO SANTA DULCE**, com sede à Rua Ferrúcio Padovan, nº 57, sala 01, Bairro Jardim Elvira Zanella, na cidade de Pariquera-açu/SP, inscrita no CNPJ 35.764.774/0001-73, neste ato representado pelo Diretor Presidente, o Sr. **IBRAHIN ROGÉRIO JAROCHINSKI MARINHO**, casado, portador do RG. Nº 20230052-3 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas CPF/MF sob nº 131.930.358-74, residente e domiciliado a Rua Romeu Monti, nº 732, Centro, na cidade de Pariquera-açu/SP e pelos mesmos foi dito na presença das testemunhas ao final consignadas para assinarem o presente **TERMO ADITIVO** ao respectivo contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições que passam a fazer parte integrante do contrato originário.

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

Constitui objeto do presente termo a prorrogação da vigência e aditamento de valor do contrato supramencionado, pelo período de mais 60 (Sessenta) dias, contados do seu vencimento.

O aditamento de valor corresponde ao aumento da carga horária dos plantões, conforme tabela a seguir:

Plantões acrescidos	Horas adicionais	Valor da hora trabalhada
sexta-feira	12x4,5 : 54hs/mês	R\$ 5.670,00
Sábado	24x4,5:108hs/mês	R\$ 11.340,00
Domingo	13x4,5:54hs/mês	R\$ 5.670,00
segunda-feira	12x4,5:54hs/mês	R\$ 5.670,00
Total mensal – R\$ 28.350,00		

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

Fica prorrogada a vigência do presente contrato por mais 60 (sessenta) dias, inserido no seguinte período: de 12/01/2021 a 13/03/2021, com fundamento nos incisos II do artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas atualizações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO

Devido ao acréscimo do serviço prestado, o preço total para realização do objeto fica reajustado em 13,26% para o reequilíbrio financeiro do contrato, sendo este reajuste equivalente à R\$ 85.050,00 (oitenta e cinco mil e cinquenta reais), alterando o valor global estimado para R\$ 726.101,84 (setecentos e vinte e seis mil, cento e um reais com oitenta e quatro centavos)

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais cláusulas e condições do contrato original celebrado em 12/05/2020.

E por estarem justas e contratadas assinam o presente Termo em 03 (Três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Sete Barras, 11 de janeiro de 2021.

Pela contratante:

DEAN ALVES MARTINS
Prefeito Municipal

Testemunhas:

Nome:

RG:

Flávio Pereira Pires
RG: 29.641.185-1
Diretor de Compras e Licitações

Pela Contratada:

IBRAHIN ROGÉRIO JAROCHINSKI MARINHO
Instituto Santa Dulce

Nome:

RG:

Nilson Wago Ferreira
RG: 6.176.889
Compras e Licitações



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 – Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE

CONTRATO Nº 095/2020 (1º TERMO ADITIVO)

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A REALIZAÇÃO DE PROJETOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, PARA AUXÍLIO AO ENFRENTAMENTO DO COVID-19, EM ATENDIMENTO A SOLICITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE.

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagens eletrônicas aos interessados.

Sete Barras, 04 de Novembro de 2020.



CONTRATANTE:
Prefeitura Municipal de Sete Barras
DEAN ALVES MARTINS – Prefeito Municipal
E-mail institucional: governo@setebarras.sp.gov.br
E-mail pessoal: prefeitodeanmartins@gmail.com



CONTRATADA:
INSTITUTO SANTA DULCE
Ibrahim Rogério Jarochinski Marinho
E-mail institucional:
E-mail pessoal:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

1º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DO CONTRATO Nº 095/2020, FIRMADO EM 12/05/2020, ENTRE A PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS E INSTITUTO SANTA DULCE, PROCESSO Nº 3503/2020.

Aos quatro dias do mês de Novembro de 2020, na cidade de Sete Barras/SP, compareceram de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS**, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Sr. **DEAN ALVES MARTINS** portador do RG nº 13.212.712-X e CPF nº 039.256.788-16, doravante designado **CONTRANTE**, e de outro lado a empresa **INSTITUTO SANTA DULCE**, com sede à Rua Ferrúcio Padovan, nº 57, sala 01, Bairro Jardim Elvira Zanella, na cidade de Pariquera-açu/SP, inscrita no CNPJ 35.764.774/0001-73, neste ato representado pelo Diretor Presidente, o Sr. **IBRAHIM ROGÉRIO JAROCHINSKI MARINHO**, casado, portador do RG. Nº 20230052-3 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas CPF/MF sob nº 131.930.358-74, residente e domiciliado a Rua Romeu Monti, nº 732, Centro, na cidade de Pariquera-açu/SP e pelos mesmos foi dito na presença das testemunhas ao final consignadas para assinarem o presente **TERMO ADITIVO** ao respectivo contato, mediante as seguintes cláusulas e condições que passam a fazer parte integrante do contrato originário.

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

Constitui objeto do presente termo a prorrogação da vigência do contrato supramencionado, pelo período de mais 60 (Sessenta) dias, contados do seu vencimento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

Fica prorrogada a vigência do presente contrato por mais 60 (sessenta) dias, inserido no seguinte período: de 12/11/2020 a 12/01/2021, com fundamento nos incisos II do artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas atualizações.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO

O preço total para realização do objeto continua sendo o mesmo outrora contratado, não sofrendo alterações.

CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais cláusulas e condições do contrato original celebrado em 12/05/2020.

E por estarem justas e contratadas assinam o presente Termo em 03 (Três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Sete Barras, 04 de Novembro de 2020.

Pela contratante:


DEAN ALVES MARTINS
Prefeito Municipal

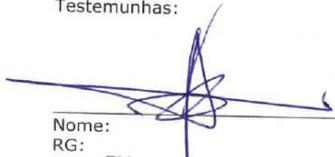
Pela Contratada:


IBRAHIM ROGÉRIO JAROCHINSKI MARINHO
Instituto Santa Dulce

Testemunhas:

Nome:

RG:


Flávio Pereira Pires
RG: 29.641.185-1
Diretor de Compras e Licitações

Nome:

RG:


Wilson Tiago Ferreira
RG: 6.176.889
Compras e Licitações

Visto e aprovado pela Assessoria Jurídica Compras e Licitações



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

E por estarem de acordo com as condições aqui estipuladas, lavrou-se o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e para o mesmo efeito, o qual, após lido e achado conforme, é assinado pelo CONTRATANTE, CONTRATADA e testemunhas.

Sete Barras, 13 de maio de 2022.



DEAN ALVES MARTINS
Prefeito Municipal



INSTITUTO SANTA DULCE
Felipe dos Santos Mesquita

testemunha
RG / CPF

testemunha
RG / CPF



Flávio Pereira Pires
RG: 29.641.185-1
Diretor de Compras e Licitações



Fábio Kyoske Yamamoto
Setor de Compras
RG: 22.392.764-8



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax: (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ: 46.587.275/0001-74 - CEP: 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

f) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

11.2 - As multas previstas na cláusula 11.1 não têm efeito compensatório e o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade de perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

11.3 - Os produtos se, entregues em desacordo com as especificações técnicas, será considerado, para efeito de multa, como não entregue.

11.4 - O valor das multas referidas na cláusula 11.1 deverá ser recolhido no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data da notificação.

11.5 - As multas devidas pela CONTRATADA, se necessário, serão cobradas judicialmente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO DO CONTRATO

12.1 - Este contrato será válido de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura, ficando a vigência posterior à entrega, por conta da necessidade, de recorrer a possíveis aditamentos; podendo a vigência, ser prorrogada se houver necessidade e interesse da CONTRATANTE e observando-se os procedimentos legais; sendo necessário para tanto, a elaboração de um termo aditivo, a ser assinado por ambas às partes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - RESCISÃO

13.1 - A CONTRATANTE poderá rescindir administrativamente o presente Contrato nas hipóteses e condições previstas nos Artigos 77 a 80 da Lei N.º 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - PUBLICAÇÃO

14.1 - A CONTRATANTE providenciará a publicação resumida do presente instrumento de contrato no Mural do Paço Municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOCUMENTOS QUE INTEGRAM O CONTRATO

15.1 - Integram o presente contrato, independentemente de transcrição:

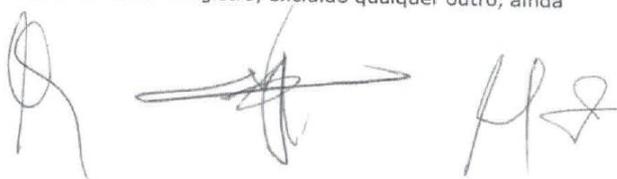
- a) Proposta da CONTRATADA
- b) Termo de referência da Secretaria de Saúde

15.2 - Para efeito de interpretação do presente Contrato, será observado o seguinte: no caso de divergência entre os documentos mencionados na cláusula 15.1 acima, e o presente contrato, este prevalecerá.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 - Regeção a aplicação deste contrato a Lei Federal N.º 8.666/93, suas atualizações e legislação aplicável, os casos omissos e a solução de litígios que, eventualmente, dele possam resultar.

16.2 - O foro do presente contrato será o da Comarca de Registro, excluído qualquer outro, ainda que privilegiado.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

7.2 - Fornecer até o trigésimo dia do mês, o relatório de produção dos serviços onde a CONTRATANTE estará fornecendo a mão de obra, a título de base para o fechamento dos indicadores de produtividade.

CLÁUSULA OITAVA - SUB-ROGAÇÃO

8.1 - As obrigações decorrentes do presente contrato não poderão ser sub-rogadas no todo ou em parte, ressalvada a hipótese de sub-rogação autorizada pela CONTRATANTE.

8.2 - A sub-rogação de que trata a cláusula anterior não eximirá a CONTRATADA de suas responsabilidades contratuais e das penalidades previstas no caso de descumprimento das mesmas.

CLÁUSULA NONA - DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

9.1 - A Contratada deverá apresentar a Contratante a Nota Fiscal dos serviços até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente à execução do contrato, devidamente acompanhada da planilha de especificações dos dados e com todas as certidões exigidas e atualizadas até a data da emissão da NF, para o devido Atesto e Liquidação.

9.2 - O recebimento definitivo ocorrerá, no prazo de até 01 (um) dias após a comprovação, atestada pela fiscalização da CONTRATANTE, de que o objeto foi executado na forma estipulada neste contrato, e pela constatação de que a CONTRATADA cumpriu o disposto na cláusula 1ª, mediante termo circunstanciado, assinado pelas partes.

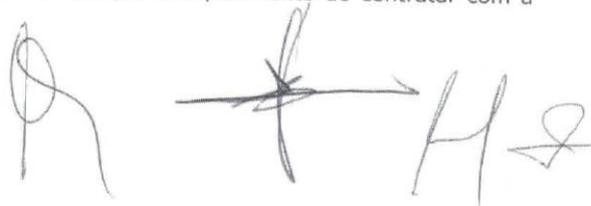
CLÁUSULA DÉCIMA - MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO

10.1 - A CONTRATADA obriga-se a manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

11.1 - Se a CONTRATADA deixar de cumprir o disposto neste instrumento, ficará sujeita às seguintes sanções administrativas, a serem aplicadas alternativa ou cumulativamente:

- a) Advertência;
- b) Multa equivalente a 0,5% (meio por cento) do valor do contrato, ao dia, até o limite de 10% (dez por cento) em caso de atraso injustificado na entrega. Uma vez atingidos os 10%, a CONTRATANTE, poderá decidir pelo cancelamento da compra;
- c) Multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor do contrato, em caso de descumprimento das obrigações contratuais da cláusula sexta;
- d) Multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor do contrato, em caso de cancelamento da compra por motivo de não cumprimento, ou cumprimento irregular das cláusulas, prazos e especificações deste instrumento, cumulativa à aplicada em virtude da infração que motivou a rescisão;
- e) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração; e





PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax. (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

competente do Ministério do Trabalho, atualizar as anotações em Carteira de Trabalho e Previdência Social de cada empregado e exibir o livro e/ou fichas mencionadas ou documento equivalente, sempre que solicitado pela Contratante

5.10 - Fica autorizado a Contratada celebrar contratos adicionais complementares para a execução das atividades e serviços previamente pactuados entre a Contratante e a Contratada.

5.11 - Os empregados e prestadores de serviço da Contratada não manterão nenhum vínculo empregatício com a Contratante, sendo de sua inteira responsabilidade as Obrigações Sociais, Previdenciárias e Trabalhistas relativas aos seus empregados ou contratados, inclusive no que tange ao Seguro de Acidente de Trabalho, desligamento, horas extras, diárias, quaisquer despesas com alimentação, locomoção, não cabendo à Contratante qualquer tipo de responsabilidade nem encargos de qualquer natureza.

5.12 - A Contratada deverá oferecer ao órgão gestor da Contratante meios de controle da sua frota, que servirão para fiscalização e pagamento das despesas da Contratada, como também para efeito de fiscalização de utilização da frota. As faturas só serão pagas depois de conferidas e vistas pelo órgão gestor.

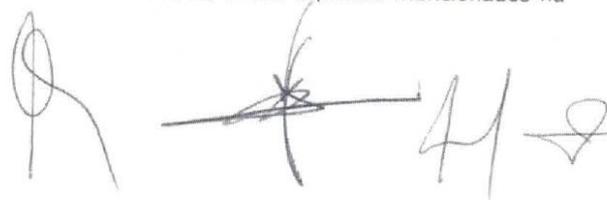
CLÁUSULA SEXTA - OBRIGAÇÕES GERAIS DA CONTRATADA

6.1 - Sem prejuízo das demais obrigações constantes deste instrumento e termo de referência que faz parte integrante do presente contrato ANEXO I, a CONTRATADA deve:

- a) Responder pelas ações e omissões de seus fornecedores / prestadores de serviço e pessoas direta ou indiretamente empregadas, no que se refere ao fornecimento do objeto do presente contrato, assim como por ações e omissões de seus próprios diretores e empregados. Nenhuma disposição deste contrato criará uma relação contratual entre qualquer subfornecedor / subcontratado e a CONTRATANTE, para pagar ou fazer com que sejam pagos quaisquer dos referidos subcontratados;
- b) Arcar com o ônus de todas as obrigações tributárias, trabalhistas, previdenciárias ou securitárias, devidas fora ou dentro do Brasil, incidentes sobre a aquisição, objeto deste contrato;
- c) A CONTRATADA, após a assinatura do contrato, deverá no prazo de 15 (quinze dias) apresentar um Espaço Físico localizado no perímetro urbano deste município, que seja de fácil acesso aos munícipes, contendo toda estrutura física e técnica necessária, este espaço deverá ser vistoriado e aprovado pela Vigilância Sanitária, conforme normas e legislação, inclusive LTA aprovado.
- d) A CONTRATADA deverá estar devidamente cadastrada no CNES para realização do objeto do presente contrato no município.
- e) A CONTRATADA deverá manter durante toda a execução do contrato o registro em CTPS de todos os seus funcionários;
- f) A CONTRATADA deverá fornecer durante toda a execução do contrato dispor dos itens descritos no Termo de Referência dentro dos quantitativos exigidos.

CLÁUSULA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

7.1 - Para viabilizar o fornecimento do objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a efetuar os pagamentos devidos à CONTRATADA nos valores, forma e prazos mencionados na cláusula segunda.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax: (013)3872-5500 - Sete Barras/SP - CNPJ: 46.587.275/0001-74 - CEP: 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

Proc. nº 269/21 ... 297 Rub. 2

4.1 - Os recursos orçamentários para a contratação utilizarão a seguinte classificação econômica:

02.05.02 - FMS - Programas de Saúde do Município
10.3010015.2009 - manutenção dos serviços da saúde
3.3.90.39.00 - outros serviços de terceiros - pessoa jurídica

10.3020015.2010 - Manutenção Geral - Medicina
3.3.90.39.00 - outros serviços de terceiros - pessoa jurídica

10.3020015.2011 - Manutenção Geral - FAE
3.3.90.39.00 - outros serviços de terceiros - pessoa jurídica

CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

5.1 - A CONTRATADA ficará responsável pela disciplina dos seus empregados durante a jornada de trabalho e, ainda, pela manutenção de respeito e cortesia no relacionamento entre colegas, com os servidores do Secretaria Municipal de Saúde.

5.2 - A CONTRATADA assistirá a Contratante o direito de rejeitar qualquer empregado da Contratada e solicitar a sua substituição formalmente, caso o mesmo não apresente comportamento condizente com suas funções e com as normas estabelecidas, obrigando-se esta a respeitar e acatar as decisões da Contratante.

5.3 - É vedado à Contratada, substituir qualquer empregado seu, quando em serviço sem prévia e expressa comunicação à contratante.

5.4 - A Contratada garantirá o comportamento moral e profissional de seus empregados, cabendo-se responder integral e incondicionalmente por todos os danos e/ou atos ilícitos resultante de ação ou omissão destes, inclusive por inobservância de ordens e normas da Contratante.

5.5 - Caberá à Contratada, a indenização pecuniária dos danos morais ou serviços causados por seus empregados em bens patrimoniais da Contratante, bem como desaparecimento de quaisquer objetos e valores encontrados em suas dependências, de quem quer que seja, desde que comprovado dolo ou culpa, do empregado da Contratada.

5.6 - Desde que apurado o dano e caracterizado a autoria de qualquer empregado da Contratada o valor da indenização será descontado no ato do pagamento de qualquer fatura, permitindo a compensação inclusive em faturas vincendas, o que fica desde já pactuado.

5.7 - A Contratada manterá a contratante livre de quaisquer reivindicações, demandas, queixas e representações de qualquer natureza, decorrentes de sua ação ou omissão.

5.8 - A Contratada deverá ter um preposto que permanecerá em período normal de expediente à disposição local ou remotamente, para representá-la junto à Contratante, o qual terá amplos poderes para responder pelos serviços a serem contratados sendo responsável pela coordenação, administração e supervisão do seu pessoal e por qualquer comunicação junto a contratante. Em hipótese alguma, qualquer funcionário da Contratada que não o preposto ou representante legal, poderá reivindicar decidir ou manifestar-se por atos ou decisões da Contratada e/ou Contratante.

5.9 - A Contratada deverá manter em dia o registro de seus empregados CLT a serviço da contratante em livro próprio ou em fichas, devidamente rubricados e legalizados pelo órgão





Proc. nº 2022/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE BARRAS

Rua José Lopes, 35 - Tel/Fax: (013)3872-5500 – Sete Barras/SP - CNPJ. 46.587.275/0001-74 - CEP. 11910-000
licitação@setebarras.sp.gov.br www.setebarras.sp.gov.br

CONTRATO N.º 086/2022

PROCESSO N.º 260A/2021

PREGÃO PRESENCIAL N.º 006/2022

A Prefeitura Municipal de Sete Barras, com sede na Rua José Lopes, 35, Centro, Sete Barras/SP, na qualidade de órgão gerenciador, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr. **DEAN ALVES MARTINS**, brasileiro, casado, RG 13.212.712-X/SSP/SP, CPF/MF 039.256.788-16, residente e domiciliado Rua José Carlos de Toledo, nº 198, Centro, nesta cidade de Sete Barras/SP, CEP: 11910-000, no uso das suas atribuições, doravante designado **CONTRATANTE**, e a empresa **INSTITUTO SANTA DULCE**, com sede à Rua Ferrúcio Padovan, nº 57, sala 01, Bairro Jardim Elvira Zanella, na cidade de Pariquera-açu/SP, inscrita no CNPJ 35.764.774/0001-73, neste ato representado pelo Diretor Presidente, o Sr. FELIPE DOS SANTOS MESQUITA, casado, portador do RG. Nº 29542752-8 SSP/SP, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas CPF/MF sob nº 314.257.538-33, residente e domiciliado a Rua Orlando Patekoski, 90, Nova Cremona, na cidade de Pariquera-açu, /SP, como **CONTRATADA**, com base na Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, têm entre si, justo e avençado as condições estabelecidas no ato convocatório e consoante as cláusulas que se seguem.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O presente certame tem por objeto a seleção da proposta mais vantajosa à Administração, para contratação de empresa especializada para contratação de Organização Social para intermediar a contratação de serviços (Pessoal Civil) e insumos para as seguintes Unidades de Saúde: Pronto Atendimento Municipal, Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família, em atendimento a solicitação da Secretaria de Saúde.
2. O objeto desta licitação deverá ser prestado com fiel observância das normas técnica e de segurança, bem como condições estabelecidas no Termo de Referência - Anexo I deste Edital

CLÁUSULA SEGUNDA - PREÇO E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO E PAGAMENTO

2.1 - Pelo integral e satisfatório processo de prestação de serviços, conforme indicado na cláusula 01 acima, a CONTRATADA receberá a importância total de R\$ **8.590.000,00** (oito milhões, quinhentos e noventa mil reais), pagos em conformidade com as horas de serviços prestados e entrega de materiais solicitados.

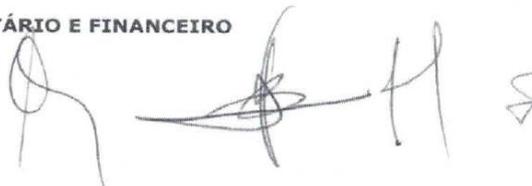
2.2 - Os valores individualizados estão discriminados no anexo I deste instrumento de contrato.

2.3 - A Contratada deverá apresentar a Contratante a Nota Fiscal dos serviços até o 30º (trigésimo) dia do mês, sendo que o pagamento ocorrerá até o 5º dia útil do mês subsequente à execução do contrato, devidamente acompanhada da planilha de especificações dos dados e com todas as certidões e guias de recolhimento exigido e atualizado até a data da emissão da NF, para o devido Atesto e Liquidação.

CLÁUSULA TERCEIRA - AUMENTO OU REDUÇÃO DO VALOR DO CONTRATO

3.1 - A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, a critério da CONTRATANTE, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, para atender da melhor forma, as necessidades da Administração Municipal, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do total contratado, mantendo-se as demais disposições; sendo necessário para tanto, a elaboração de um termo aditivo, a ser assinado por ambas às partes.

CLÁUSULA QUARTA - CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO



**CONTRATO DE GESTÃO
IPORANGA-SP**



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA
"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: le@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caialfa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP.: 18.330-000
CNPJ/MF N.º 46.634.283/0001-24 - Inscrição Estadual Isenta



período de 12 meses, sendo que o REPASSE/PAGAMENTO se dará no dia 10 de cada mês. Os pagamentos serão efetuados, diretamente pelo Município de Iporanga/SP, conforme cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho.

➤ CLÁUSULA TERCEIRA

3.1. Os Recursos necessários para o apoio Financeiro são oriundos da dotação do exercício de 2023/2024, cláusula Segunda do contrato original.

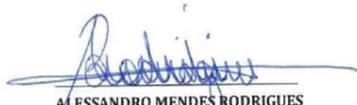
- Órgão Unidade Orçamentária: 02.04.00
- Programa/ Atividade: 10.301.0109.2009
- Categoria Elemento: 3.3.50.85
- Fichas: Recurso Próprio - 3.600.000,00 (Três Milhões e Seiscentos Mil Reais)
Recurso Federal - 588.000,00 (Quinhentos e Oitenta e Oito Mil Reais)

➤ CLÁUSULA QUARTA

4.1. Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do contrato original.

4.2. Desta forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, as partes acordam e firmam o presente em 3 (Três) vias de iguais teor e forma, para surtir os efeitos de direito.

Iporanga, 03 de outubro de 2023.

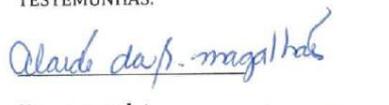


ALESSANDRO MENDES RODRIGUES
Prefeito Municipal
Pela CONTRATANTE

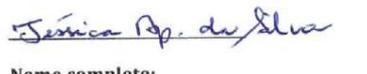


Instituto Santa Dulce
Felipe dos Santos Mesquita - Diretor Presidente
Pela CONTRATADA

TESTEMUNHAS:



Nome completo:
CARGO Ag. Administrativo



Nome completo:
CARGO Ag. administrativa





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA
"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: ict@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiaffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP.: 18.330-000
CNPJ/MF N.º 46.634.283/0001-24 - Inscrição Estadual Isenta



PROCESSO N.º 340/2022

Chamamento Público/ Dispensa de Licitação N.º 006/2022

OBJETO: Termo de Colaboração visando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, no "Pronto Atendimento LAURO TAVARES DE LIMA IPORANGA, pelo período de 12 meses, regido pela Lei Federal n.º 13.019/2014, Conforme Plano de Trabalho constante em Termo de Referência e Conforme Descrição contida neste Edital de Chamamento Público.

1.º TERMO ADITIVO DE 2023 REFERENTE AO TERMO DE COLABORAÇÃO N.º 001/2022.

1.º Termo Aditivo do Termo de Colaboração n.º 001/2022 destinado o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, no "Pronto Atendimento LAURO TAVARES DE LIMA IPORANGA", pelo período de 12 meses, regido pela Lei Federal n.º 13.019/2014, Conforme Plano de Trabalho constante em Termo de Referência e Conforme Descrição contida neste Edital de Chamamento Público e o Instituto Santa Dulce.

MUNICÍPIO DE IPORANGA/SP, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ (MF) sob o n.º 46.634.283/0001-24, com sede administrativa na Praça Padre Caiaffa, n.º 70, Centro, Iporanga/SP, neste ato representado pelo seu gestor municipal o sr. ALESSANDRO MENDES RODRIGUES, brasileiro, inscrito no CPF (MF) SOB O N.º 299.592.XXX-XX e Carteira de Identidade n.º 32.710.XXX-X SSP/SP, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE. INSTITUTO SANTA DULCE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ (MF) sob o n.º 35.764.774/0001-73, com sede administrativa na Rua Ferucio Padovan, n.º 57, Sala 1, Pariquera-Açu/SP, neste ato representado por Felipe dos Santos Mesquita, brasileiro, casado, Diretor Presidente, inscrito no CPF (MF) sob o n.º 314.257. XXX-XX, doravante denominado simplesmente CONTRATADO, visando RENOVAÇÃO E PRORROGAÇÃO de vigência ao contrato original firmado em 03 de outubro de 2022, nos termos e condições que se seguem:

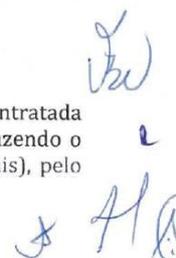
➤ CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1. Fica renovado por mais 12 meses a conta de 10 de outubro de 2023 a 10 de outubro de 2024, o prazo de vigência do termo de colaboração supracitado, de acordo com a cláusula Sétima do contrato original (Termo de Colaboração n.º 01/2022);

1.2. Constitui objeto deste instrumento o Gerenciamento e Execução de Prestação de Serviços, Conforme Plano de Trabalho e Metas.

➤ CLÁUSULA SEGUNDA DO PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO

2.1. Pelos serviços compreendidos na cláusula anterior, o Contratante pagará a Contratada o valor mensal de R\$ 349.000,00 (Trezentos e Quarenta e Nove Mil Reais), perfazendo o valor global de R\$ 4.188.000,00 (Quatro Milhões, Cento e Oitenta e Oito Mil Reais), pelo



Atividades de Apoio: detalhar a organização das atividades não estritamente assistenciais, mas essenciais ao funcionamento da unidade	08	08 (fundamentação: pág. 459 a 471-C1)	contratante ou sede da Instituição	comprovações de credenciamento, item 3.1-C3)
Atividades Administrativas e Financeiras: detalhar a estrutura, as rotinas e processos de controle, especificando normas e as áreas de abrangência.	08	08 (fundamentação: pág. 472 a 478-C1)	Finalizada a apuração a Comissão, por meio dos membros presentes verificou a soma total de 99 (noventa e nove) pontos, atingidos pelo ISD – Instituto Santa Dulce. Insta consignar que a presente sessão iniciou e terminou sem a presença do representante do ISD-Instituto Santa Dulce, vez que este mesmo ciente da data da continuação do Chamamento deixou de comparecer. Diante dos fatos, a comissão técnica deu por encerrada a sessão, lavrada a presente ata que, lida e achada conforme, vai assinada pelos membros presentes da comissão de licitação que se fizeram presentes e representantes das empresas licitantes. Eu, MARIA APARECIDA ALVES ANICETO CAMPOS, MARIA APARECIDA ALVES ANICETO CAMPOS Presidente CARLA CRISTINA DA ROSA Membro Comissão Seleção e Avaliação WELLINGTON DA COSTA GONÇALVES BARBOSA Membro Comissão Seleção e Avaliação LUCELIA DA SILVA ROCHA Membro Comissão Seleção e Avaliação ELIZAFE PRATES SOARES Membro Comissão Seleção e Avaliação JULIANE LIMA CONCEIÇÃO Membro Comissão Seleção e Avaliação	
Quantificação da assistência, incluindo eventual proposta de incremento de atividade; a avaliação se dará sobre quadro indicativo do tipo de serviço e respectivas quantidades mínimas asseguradas, respeitando as características do atendimento.	08	08 (fundamentação: pág. 109 a 110-C1)	Link da cópia do documento original: https://drive.google.com/file/d/1mcyvJiZUF39X7xeXmKcMNFENUNW1lw7r/view?usp=sharing	
Política de Gestão de Pessoas: detalhar mecanismos de recrutamento, seleção e ambientação de colaboradores, bem como as formas de avaliação de desempenho, controle de assiduidade e pontualidade. Descrever a implantação de Programa de Segurança no Trabalho e Qualidade de Vida em linha com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.	08	08 (fundamentação: Recrutamento, pág. 492 a 520; Performance Profissional, pág. 523 a 524; Segurança do Trabalho, pág. 578 a 586-C1)		
Dimensionamento de recursos humanos: deverá contemplar a necessidade de pessoal de acordo com as respectivas categorias profissionais e fases do projeto.	08	08 (fundamentação: Categorias profissionais, pág. 129 a 132; Fases do projeto, pág. 113-C1)		

CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO DO ITEM C2
PROPOSTA FINANCEIRA

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO
PROPOSTA: apresentar detalhadamente a composição dos custos com pessoal.	03	03 (fundamentação: pág. 09 a 10-C2)
PROPOSTA: apresentar detalhadamente a composição dos custos de serviços.	03	03 (fundamentação: pág. 09 a 10-C2)
PROPOSTA: apresentar detalhadamente a composição dos custos de insumos	03	03 (fundamentação: pág. 09 a 12-C2)
BALANÇO/BALANCETE: apresentar a publicação no Diário Oficial	11	10 (fundamentação: prejudicada, documento parcialmente ilegível, pág. 08)

CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO DO ITEM C3
PROPOSTA TÉCNICA

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO
possuir experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante, pelo prazo mínimo de 1 (um) ano, a ser comprovada no momento da apresentação do plano de trabalho e na forma do art. 26, caput, inciso III, do Decreto nº 8.726, de 2016 (art. 33, caput, inciso V, alínea "b", da Lei nº 13.019, de 2014, e art. 26, caput, inciso III, do Decreto nº 8.726, de 2016)	08	08 (fundamentação: 05 atestados, item 3.1-C3)
possuir credenciamento no Conselho Municipal de Saúde junto ao município	12	12 (fundamentação: 02



MUNICÍPIO DE IPORANGA

Diário Oficial



Lei Mun. 512/2020

Nº 0191 – ANO II

www.iporanga.sp.gov.br

QUARTA-FEIRA, 28 DE SETEMBRO DE 2022

PODER EXECUTIVO

SEÇÃO I

ATA DE ABERTURA E JULGAMENTO DO ENVELOPE 01- HABILITAÇÃO E ENVELOPE 02- PLANO DE TRABALHO/PROPOSTA FINANCEIRA.

Às 09h30 do dia 23 de setembro do ano de 2022, estiveram presentes a sala de reuniões da Prefeitura Municipal de Iporanga para recebimento, abertura e análise dos documentos do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2022, os membros da COMISSÃO DE SELEÇÃO PARA PROCESSAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE TRABALHO APRESENTADOS, designados conforme Portarias n.º 115/2022 de 15 de agosto de 2022, sendo: a CARLA CRISTINA DA ROSA, MARIA APARECIDA ALVES ANICETO CAMPOS, WELLINGTON DA COSTA GONÇALVES BARBOSA, LUCÉLIA DA SILVA ROCHA, ELIZAFÉ PRATES SOARES e JULIANE LIMA CONCEIÇÃO, designados para apreciar, analisar e julgar o CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2022, do Processo 340/2022, cujo objeto consiste na formação de parceria, visando a formalização de Termo de Colaboração com terceiro setor por meio de organização sem fins lucrativos, objetivando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, em conformidade com o Plano de Trabalho, regido pela Lei Federal nº 13.019/2014. Encerrado o horário para protocolo dos envelopes, foi constatado que a participação do INSTITUTO SANTA DULCE CNPJ Nº 35.764.774/0001-23, representado por seu Diretor Presidente, o sr. FELIPE DOS SANTOS MESQUITA, CPF 314.257.538-33. Dado início aos trabalhos, foi recebido os documentos pertinentes ao credenciamento, que foi conferido e rubricado pela Comissão e representante presente. Durante a conferência dos documentos a comissão observou que no estatuto do INSTITUTO SANTA DULCE, não constou a página referente ao artigo 37 e 38, e duplicou a página referente ao artigo 35 e 36 do mesmo. Diante do ocorrido a Comissão de Análise citou o fato ao representante ali presente que prontamente verificou que houve uma falha na impressão e autenticação do documento, de imediato apresentando a página faltante no estatuto. No entanto a Comissão de Análise para fins de diligência solicitou ao representante que providenciasse o estatuto original para que pudesse efetuar a conferência e retificação, ficando o certame suspenso por 40 minutos, até apresentação do original. Decorrido o tempo determinado, o representante do INSTITUTO SANTA DULCE apresentou o estatuto original na íntegra, devidamente conferido por todos os membros presentes e representante, tendo em vista ter restado evidente que trata-se de mero vício de formalidade facilmente sanável, frente ao interesse público e prezando pela preservação do certame e sua finalidade. Assim a página referente ao artigo 37 e 38 foi autenticado por servidor público que detém fé pública para tanto, bem como rubricado por todos os membros da comissão e representante, ainda, oportunizado aos vereadores presentes a conferência da cita autenticação. Dessa maneira a comissão técnica, de forma unânime, declarou habilitada o INSTITUTO SANTA DULCE, por ter apresentado os documentos de forma satisfatória. Após a devida habilitação a comissão procedeu com a abertura do envelope 02 - PLANO DE TRABALHO/PROPOSTA FINANCEIRA, que foi rubricado por todos os ali presentes. Foi ainda, realizada diligência através de consulta no Ministério Público da Comarca de Eldorado através de contato telefônico e e-mail, realizado consulta no Tribunal de Contas da União (em nome da entidade e do seu diretor presidente), realizada consulta no Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (relação de impedimentos de contrato) e certidão de apenados e por fim foi consultado o Portal de Transparência da União, onde foi confirmado a regularidade INSTITUTO SANTA DULCE e de seu diretor-presidente. Diante da complexidade e do grande volume documental contido no envelope 02, a comissão técnica decidiu suspender temporariamente o certame, tendo previamente designado a sua reabertura para o dia de 26/09/2022, às 08h00min para a análise e julgamento dos documentos contidos no envelope de nº 02, momento em que será formalizada a ata final. Estiveram presentes durante a sessão de Chamamento, os vereadores: Douglas Uilians da Silva Santos, Everton Rezende Nestlechner e Juraci Cardoso de Aguiar. Indagado aos vereadores se ficariam até o final da sessão e se assinariam a ata para que assim a comissão técnica pudesse registrar a presença dos mesmos, esses informaram que não haviam interesse em assinar a presente ata. O vereador Juraci chegou durante a sessão e permaneceu até a fase da abertura do envelope de documentação, já o vereador Douglas e Everton assistiram o certame desde a fase inicial de credenciamento até a abertura do envelope 02, deixando em seguida a sala de reuniões. Na presente sessão se fez presente, como colaboradora do certame, a sra. Elenice Maciel de Oliveira, responsável pelo setor de licitações e contratos. Diante dos fatos, a comissão técnica deu por encerrada a sessão, lavrada a presente ata que, lida e achada conforme, vai assinada pelos membros

presentes da comissão de licitação que se fizeram presentes e representantes das empresas licitantes. Eu, MARIA APARECIDA ALVES ANICETO CAMPOS, MARIA APARECIDA ALVES ANICETO CAMPOS
 Presidente
 CARLA CRISTINA DA ROSA
 Membro Comissão Seleção e Avaliação
 WELLINGTON DA COSTA GONÇALVES BARBOSA
 Membro Comissão Seleção e Avaliação
 LUCÉLIA DA SILVA ROCHA
 Membro Comissão Seleção e Avaliação
 ELIZAFÉ PRATES SOARES
 Membro Comissão Seleção e Avaliação
 JULIANE LIMA CONCEIÇÃO
 Membro Comissão Seleção e Avaliação
 FELIPE DOS SANTOS MESQUITA- Diretor Presidente
 INSTITUTO SANTA DULCE

ATA DE CONTINUAÇÃO DE JULGAMENTO DO ENVELOPE 01- HABILITAÇÃO E ENVELOPE 02- PLANO DE TRABALHO/PROPOSTA FINANCEIRA.

Às 08h00min do dia 26 de setembro do ano de 2022, estiveram presentes na sala de reuniões da Prefeitura Municipal de Iporanga para continuação do julgamento iniciado em 23 de setembro de 2022 para análise dos documentos do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2022, os membros da COMISSÃO DE SELEÇÃO PARA PROCESSAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE TRABALHO APRESENTADOS, designados conforme Portarias n.º 115/2022 de 15 de agosto de 2022, sendo: a CARLA CRISTINA DA ROSA, MARIA APARECIDA ALVES ANICETO CAMPOS, WELLINGTON DA COSTA GONÇALVES BARBOSA, LUCÉLIA DA SILVA ROCHA, ELIZAFÉ PRATES SOARES e JULIANE LIMA CONCEIÇÃO, designados para apreciar, analisar e julgar o CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2022, do Processo 340/2022, cujo objeto consiste na formação de parceria, visando a formalização de Termo de Colaboração com terceiro setor por meio de organização sem fins lucrativos, objetivando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, em conformidade com o Plano de Trabalho, regido pela Lei Federal nº 13.019/2014. Iniciou com a Leitura do Plano de Trabalho(C1) por Carla Cristina da Rosa, sendo explanado: Objetivos Específicos; Resultados Esperados, quadro 2; Processo de Trabalho do ISD-Instituto Santa Dulce, Quadro 3, páginas 24 a 29. A Consenso da Comissão concordou-se quanto à necessidade, de no momento da renovação contratual o remanejamento da responsabilidade para aquisição de medicamentos e insumos para ISD, página 31, ou seja farmácia e material médico hospitalar. Em seguida explanou quanto a Organização das Atividades Assistenciais, página 43; Metas quantitativas e qualitativas, páginas 109 a 112; Previsão e Início de Trabalho, item 1.8, página 112; Indicadores da Avaliação do Plano, item 1.10, página 113; Acompanhamento e Monitoramento do Plano de Trabalho, página 119; Responsável pelo Acompanhamento e Monitoramento, página 121; Regulamentos Gerais, página 126; Incrementos de Atividade e inovação do Atendimento, página 180 e em seguida sobre o Saving Life, página 184. Após foi feita a leitura e análise da Proposta Financeira (C2), onde foi verificado no Quadro 2, Proposta orçamentária, que no valor numérico houve erro de digitação, onde deveria constar R\$ 349.000,00, constou R\$ 349.900,00, o qual será solicitado correção, em seguida analisou-se a Qualificação Técnica(C3). Às 12h00 suspendeu-se a Seção para intervalo do almoço, retornando às 13h30min. Na sequência foi efetuada a somatória da pontuação.

CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO DO ITEM C1 PROPOSTA DE MODELO DO PLANO DE TRABALHO

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO
Organograma: apresentar em 3 níveis de atividades, explicitando competências e atribuições com relação de multidisciplinaridade, e de acordo com as normas vigentes.	10	10 (fundamentação: pág. 166 a 169-C1)
Protocolos e organização do Serviço de Farmácia, incluindo implantação: detalhar a forma de organização do Serviço, conforme as diretrizes do Conselho Federal de Farmácia	10	10 (fundamentação: pág. 108, 419 a 458-C1)



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA
"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: ict@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiaffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP.: 18.330-000
CNPJ/MF N.º 46.634.283/0001-24 - Inscrição Estadual Isenta



LOCAL e DATA: Iporanga/SP, 03 de Outubro de 2.023.

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Alessandro Mendes Rodrigues
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 299.592.318-52

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: Felipe dos Santos Mesquita
Cargo: Presidente da Entidade
CPF: 314.257.538-33

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

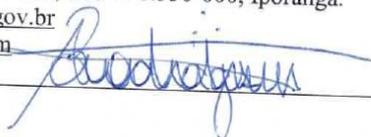
Nome: Alessandro Mendes Rodrigues
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 299.592.318-52

Endereço: Praça Padre Caiaffa, n.º 70, Centro, CEP: 18.330-000, Iporanga.

e-mail institucional: adm@iporanga.sp.gov.br

e-mail Pessoal: ale_cabron@hotmail.com

Assinatura: _____



Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

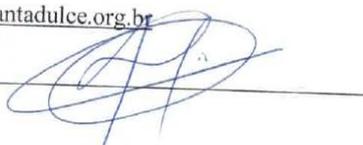
Nome: Felipe dos Santos Mesquita
Cargo: Presidente da Entidade
CPF: 314.257.538-33

Endereço: Rua Ferrucio Padovan, Jardim Elvira Zanella, n.º 57, sala 01, CEP: 11.940-000
Pariquera-Açu.

e-mail institucional: diretoria@institutosantadulce.org.br

e-mail Pessoal: mesquitax@hotmail.com

Assinatura: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA
"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: lei@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiafa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP.: 18.330-000
CNPJ/MF N.º 46.634.283/0001-24 - Inscrição Estadual Isenta



ANEXO V- REPASSE AO TERCEIRO SETOR **TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO - CONTRATOS DE GESTÃO**

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Iporanga/SP

CONTRATADO: Instituto Santa Dulce

Termo Aditivo 001/2023

Termo de Colaboração (de Origem) nº 001/2022

OBJETO: Termo de Colaboração visando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, no "PRONTO ATENDIMENTO LAURO TAVARES DE LIMA IPORANGA, pelo período de 12 meses, regido pela Lei Federal nº 13.019/2014, Conforme Plano de Trabalho constante em Termo de Referência e Conforme Descrição contida neste Edital de Chamamento Público.

ADVOGADO: Joas Sepulveda Estevam - OAB/SP N.º 397.302 – Assessor Jurídico Municipal

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCE/SP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão conessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: 1e1@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiáffá, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



RG: 32.710.133-7

Data de Nascimento: 18/02/1982

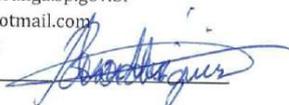
Endereço residencial completo: Avenida Marechal Castelo Branco, 342-Centro- Iporanga/SP-
CEP. 18.330-000

E-mail institucional: adm@iporanga.sp.gov.br

E-mail pessoal: ale_cabron@hotmail.com

Telefone(s): (11) 99911-4160

Assinatura: _____



Pelo CONTRATADA:

Nome: FELIPE DOS SANTOS MESQUITA

Cargo: DIRETOR PRESIDENTE DO INSTITUTO SANTA DULCE

CPF: 314.257.538-33

RG: 29.542.752-8

Data de Nascimento:

Endereço residencial completo: RUA ORLANDO PATEKOSKI, Nº 90, JARDIM NOVA
CREMONA, CIDADE DE PARIQUERA-AÇU/SP

E-mail institucional: diretoria@institutosantadulce.org.br

E-mail pessoal: mesquitax@hotmail.com

Telefone(s): 13-3856-2019

Assinatura: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

“Capital das Cavernas”
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: let@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiafa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



ANEXO I – TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 001/2022

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO (CONTRATOS)

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO-CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE

TERMO DE COLABORAÇÃO (DE ORIGEM) Nº: 001/2022

OBJETO: Termo de Colaboração visando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, no “CS III LAURO TAVARES DE LIMA IPORANGA, pelo período de 12 meses, regido pela Lei Federal nº 13.019/2014, conforme Plano de Trabalho constante em Termo de Referência e conforme descrição contida no Edital de Chamamento Público.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB: Juliano Mariano Pereira- OAB/SP 250.686-Procurador Municipal

Na qualidade de Contratante e Contratado, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

Iporanga-SP, 3de outubro de 2022.

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: Alessandro Mendes Rodrigues

Cargo: Prefeito

CPF: 299.592.318-52

RG: 32.710.133-7

Data de Nascimento: 18/02/1982

Endereço residencial completo: Avenida Marechal Castelo Branco, 342-Centro- Iporanga/SP- CEP. 18.330-000

E-mail institucional: adm@iporanga.sp.gov.br

E-mail pessoal: ale_cabron@hotmail.com

Telefone(s): (11) 99911-4160

Assinatura: _____

Responsáveis que assinam o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Alessandro Mendes Rodrigues

Cargo: Prefeito

CPF: 299.592.318-52





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: lci@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiáfla, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



- suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e OSCs da esfera de governo da administração pública municipal sancionadora, pelo até 02 (dois)anos;
- declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e OSCs de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a OSC ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

DO FORO E DA SOLUÇÃO ADMINISTRATIVA DECONFLITOS

O foro da Comarca de Eldorado-SP é o eleito pelos parceiros para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo de Colaboração.

Antes de promover a ação judicial competente, as partes, obrigatoriamente, farão tratativas para prévia tentativa de solução administrativa. Referidas tratativas serão realizadas em reunião, com a participação da Procuradoria do Município, da qual será lavrada ata, ou por meio de documentos expressos, sobre os quais se manifestará a Procuradoria do Município.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Faz parte integrante e indissociável deste Termo de Colaboração o plano de trabalho anexo.

E, por estarem acordes, firmam os parceiros o presente Termo de Colaboração em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos legais.

Município de Iporanga/SP 03 de outubro de 2022.


ALESSANDRO MENDES RODRIGUES
Prefeito Municipal de Iporanga


INSTITUTO SANTA DULCE
Felipe Dos Santos Mesquita
Diretor Presidente Do Instituto Santa Dulce

Testemunhas:


Nome completo MATEUS RODRIGUES RODRIGUES
RG 45944 163 -6


Nome completo Jessica Ap de Silva
RG 21727 1133 -7



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

“Capital das Cavernas”
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: lci@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiaffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



- valores efetivamente transferidos pela administração pública municipal;
- análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela OSC na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos neste Termo de Colaboração

VI - análise de eventuais auditorias realizadas pelo controle interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

No exercício de suas atribuições o gestor e os integrantes da Comissão de Monitoramento e Avaliação poderão realizar visita *in loco*, da qual será emitido relatório.

Sem prejuízo da fiscalização pela administração pública municipal e pelos órgãos de controle, a execução da parceria será acompanhada e fiscalizada pelo conselho de política pública correspondente.

Comprovada a paralisação ou ocorrência de fato relevante, que possa colocar em risco a execução do plano de trabalho, a administração pública municipal tem a prerrogativa de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, de forma a evitar sua descontinuidade.
DARESCISÃO

É facultado aos parceiros rescindir este Termo de Colaboração devendo comunicar essa intenção no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações e creditados os benefícios no período em que este tenha vigido.

A administração pública municipal poderá rescindir unilateralmente este Termo de Colaboração quando da constatação das seguintes situações:

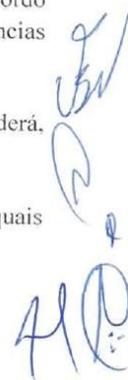
- utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho aprovado;
- retardamento injustificado na realização da execução do objeto deste Termo de Colaboração
- descumprimento de cláusula constante deste Termo de Colaboração/Fomento.

DA RESPONSABILIZAÇÃO E DAS SANÇÕES

O presente Termo de Colaboração deverá ser executado fielmente pelos parceiros, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada um pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

Pela execução da parceria em desacordo com o plano de trabalho, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à OSC da sociedade civil as seguintes sanções:

- advertência, sempre que forem observadas irregularidades de pequena monta para as quais tenha concorrido, e desde que ao caso não se apliquem as demais penalidades;





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

“Capital das Cavernas”
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: lei@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiaffá, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



A prorrogação de ofício da vigência deste Termo de Colaboração será feita pela administração pública municipal quando ela der causa a atraso na liberação de recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado.

DAS ALTERAÇÕES

Este Termo de Colaboração poderá ser alterado, exceto quanto ao seu objeto, mediante a celebração de Termos Aditivos, desde que acordados entre os parceiros e firmados antes do término de sua vigência.

O plano de trabalho da parceria poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ao plano de trabalho original.

DO ACOMPANHAMENTO, CONTROLE EFISCALIZAÇÃO

A administração pública municipal promoverá o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria, podendo valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades públicas.

- acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

A administração pública municipal acompanhará a execução do objeto deste Termo de Colaboração através de seu gestor, que tem por obrigações:

- informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

- emitir parecer conclusivo de análise da prestação de contas mensal e final, com base no relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o art. 59, da Lei Federal nº 13.019/2014;

- disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários às atividades de monitoramento e avaliação.

A execução também será acompanhada por Comissão de Monitoramento e Avaliação, especialmente designada.

A administração pública municipal emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas pela OSC.

O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, conterá:

- descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

- análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: lei@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiafa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas deverá ser efetuada nos seguintes prazos:

a) MENSALMENTE – em até 05 dias úteis

b) ANUALMENTE – em até 15 dias úteis

OBS: A entidade deverá efetuar o fechamento de cada prestação de contas a cada 30 (trinta) dias de serviços executados e assim sucessivamente pa.

A prestação de contas final dos recursos recebidos, deverá ser apresentada com os seguintes relatórios, conforme modelos disponibilizados pelo Município:

- relatório circunstanciado de Execução do Objeto, assinado pelo seu representante legal, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, a partir do cronograma acordado, anexando-se documentos (Levantamento Fotográfico, Entre Outros) de comprovação da realização das ações;
- relatório de execução financeira, assinado pelo seu representante legal, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas, conforme modelo disponibilizado pelo Município;
- original ou cópias reprográficas dos comprovantes da despesa devidamente autenticadas em cartório ou por servidor da administração municipal, devendo ser devolvidos os originais após autenticação das cópias;
- extrato bancário de conta específica e/ou de aplicação financeira, no qual deverá estar evidenciado o ingresso e a saída dos recursos, devidamente acompanhado da Conciliação Bancária, quando for o caso;
- demonstrativo de execução de receita e despesa, devidamente acompanhado dos comprovantes das despesas realizadas e assinado pelo dirigente e responsável financeiro da OSC, conforme modelo disponibilizado pelo Município;
- comprovante, quando houver, de devolução de saldo remanescente em até 5 (cinco) dias após o término da vigência deste Termo de Colaboração.

No caso de prestação de contas parcial, os relatórios exigidos e os documentos referidos no item 6.1 deverão ser apresentados, exceto o relacionado no item VI.

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Termo de Colaboração vigorará a partir da data de 10 de outubro de 2022, com vigência pelo período de 12 meses prorrogáveis por sucessivos períodos mediante análise de adequação e interesse público, a partir da data da assinatura, observado o disposto nos art. 49 e 67, §2º, da Lei nº 13.019/2014, podendo ser prorrogado mediante termo formal assinado entre as partes.

A prorrogação se dará com 30 (trinta) dias antes do término da vigência do termo de colaboração vigente, devendo a entidade formalizar e justificar o interesse na prorrogação.





PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: lei@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiáffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no neste Termo de Colaboração e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original, desde que não tenha havido dolo ou fraude e não seja o caso de restituição integral dos recursos:

– a responsabilidade exclusiva pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal.

4.2.1. Caso a OSC adquira equipamentos e materiais permanentes com recursos provenientes da celebração da parceria, estes permanecerão na sua titularidade ao término do prazo deste Termo de Colaboração, obrigando-se a OSC agravá-lo com cláusula de inalienabilidade, devendo realizar a transferência da propriedade dos mesmos à administração pública municipal, na hipótese de sua extinção.

DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS

O Plano de Trabalho deverá ser executado com estrita observância das cláusulas pactuadas neste Termo de Colaboração, sendo vedado:

- Utilizar recursos para finalidade alheia ao objeto da parceria;
- Pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias.

Os recursos recebidos em decorrência da parceria deverão ser depositados em conta corrente específica na instituição financeira pública determinada pela administração pública municipal.

Os rendimentos de ativos financeiros serão aplicados no objeto da parceria, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à administração pública municipal no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente da administração pública municipal.

Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços, exceto se demonstrada a impossibilidade física de pagamento mediante transferência eletrônica, caso em que se admitirá a realização de pagamentos em espécie.



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: 1ct@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiáffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



Compete à OSC:

- Utilizar os valores recebidos de acordo com o Plano de Trabalho aprovado pela administração pública municipal, observadas as disposições deste Termo de Colaboração relativas à aplicação dos recursos;
- Responder exclusivamente pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relativos ao funcionamento da instituição e ao adimplemento deste Termo de Colaboração, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública municipal pelos respectivos pagamentos, nem qualquer oneração do objeto da parceria ou restrição à sua execução;
- Prestar contas dos recursos recebidos nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014, nos prazos estabelecidos neste instrumento;
- Indicar ao menos 01 (um) dirigente que se responsabilizará, de forma solidária, pela execução das atividades e cumprimento das metas pactuadas na parceria;
- Executar as ações objeto desta parceria com qualidade, atendendo o público de modo gratuito, universal e igualitário;
- Manter em perfeitas condições de uso os equipamentos e os instrumentos necessários para a realização dos serviços e ações pactuadas, através da implantação de manutenção preventiva e corretiva predial e de todos os instrumentais e equipamentos;
- Responder, com exclusividade, pela capacidade e orientações técnicas de toda a mão de obra necessária à fiel e perfeita execução deste Termo de Colaboração
- Manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;
- Responsabilizar-se com os recursos provenientes do Termo de Colaboração, pela indenização de dano causado ao público, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados;
- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao público, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo de Colaboração
- Responsabilizar-se pelo espaço físico, equipamentos e mobiliários necessários ao desenvolvimento das ações objeto desta parceria;
- Disponibilizar documentos dos profissionais que compõe a equipe técnica, tais como: diplomas dos profissionais, registro junto aos respectivos conselhos e contrato de trabalho;
- garantir o livre acesso dos agentes públicos, em especial aos designados para a comissão de monitoramento e avaliação, ao gestor da parceria, do controle interno e do Tribunal de Contas relativamente aos processos, aos documentos e às informações referentes a este Termo de Colaboração bem como aos locais de execução do objeto;
- Aplicar os recursos recebidos e eventuais saldos financeiros enquanto não utilizados, obrigatoriamente, em instituição financeira oficial indicada pela administração pública municipal, assim como as receitas decorrentes, que serão obrigatoriamente computadas a crédito deste Termo de Colaboração aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas;
- restituir à administração pública municipal os recursos recebidos quando a prestação de contas for avaliada como irregular, depois de exaurida a fase recursal, se mantida a decisão, caso em que a OSC poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: 1et@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiáfla, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



Unidade Orçamentária: 04 – Secretaria Municipal De Saude, Programa: 0109 - Saúde Atenção Básica, Projeto; Atividade: 2009 Categoria Econômica: 3.3.50 – Elemento: 85: Contrato de Gestão – Ficha 189 Fonte Recurso: 01.

Unidade Orçamentária: 04 – Secretaria Municipal De Saude, Programa: 0109 - Saúde Atenção Básica, Projeto; Atividade: 2009 Categoria Econômica: 3.3.50 – Elemento: 85: Contrato de Gestão – Ficha 190 – Fonte Recurso: 05.

Em caso de celebração de aditivos, deverão ser indicados nos mesmos, os créditos e empenhos para cobertura de cada parcela da despesa a ser transferida.

Na ocorrência de cancelamento de restos a pagar, o quantitativo poderá ser reduzido até a etapa que apresente funcionalidade, mediante aprovação prévia da administração pública municipal.

DA CONTRAPARTIDA DAS OSCs

Não será exigida contrapartida financeira. A contrapartida poderá ser prestada em bens e serviços cuja expressão monetária será identificada no Plano de Trabalho.

DAS OBRIGAÇÕES DASPARTES

Compete à administração pública municipal:

- Transferir os recursos à OSC de acordo com o Cronograma de Desembolso, em anexo, que faz parte integrante deste Termo de Colaboração e no valor nele fixado;
- Fiscalizar a execução do Termo de Colaboração, o que não fará cessar ou diminuir a responsabilidade da OSC pelo perfeito cumprimento das obrigações estipuladas, nem por quais danos, inclusive quanto a terceiros, ou por irregularidades constatadas;
- comunicar formalmente à OSC qualquer irregularidade encontrada na execução das ações, fixando-lhe, quando não pactuado nesse prazo para corrigi-la;
- Receber, apurar e solucionar eventuais queixas e reclamações, cientificando a OSC para as devidas regularizações;
- Constatadas quaisquer irregularidades no cumprimento do objeto desta Parceria, a administração pública municipal poderá ordenar a suspensão dos serviços, sem prejuízo das penalidades a que se sujeita a OSC, e sem que esta tenha direito a qualquer indenização no caso daquelas não serem regularizadas dentro do prazo estabelecido no termo da notificação;
- Aplicar as penalidades regulamentadas neste Termo de Colaboração
- Fiscalizar periodicamente os contratos de trabalho que assegurem os direitos trabalhistas, sociais e previdenciários dos trabalhadores e prestadores de serviços da OSC;
- Apreciar a prestação de contas final apresentada, no prazo de até cento e cinquenta dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período;
- Publicar, às suas expensas, o extrato deste Termo de na imprensa oficial do Município.



PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA

"Capital das Cavernas"
PABX: (15) 3656-9830 e site: www.iporanga.sp.gov.br
e-mail: ict@iporanga.sp.gov.br
Praça Padre Caiáffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, CEP 18.330-000
CNPJ 46.634.283/0001-24 – Inscrição Estadual Isenta



TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 001/2022

PROCESSO Nº 340/2022
CHAMAMENTO PÚBLICO 340/2022
DISPENSA Nº 006/2022

OBJETO: Termo de Colaboração visando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, no "CS III LAURO TAVARES DE LIMA IPORANGA, pelo período de 12 meses, regido pela Lei Federal nº 13.019/2014, conforme Plano de Trabalho constante em Termo de Referência e conforme descrição contida no Edital de Chamamento Público.

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORANGA**, Estado de São Paulo, pessoa jurídica de direito público, com sede à Praça Padre Caiáffa, N.º 70, Alto do Coqueiro, Iporanga / SP, inscrita no CNPJ N.º 46.634.283/0001-24, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, o Sr. **ALESSANDRO MENDES RODRIGUES**, brasileiro, casado, RG 32.710.133-7 SSP/SP, CPF/MF 299.592.318-52, no exercício de suas atribuições legais e regulamentares, doravante denominado administração pública municipal e a Organização da Sociedade Civil denominada **INSTITUTO SANTA DULCE** situada a Rua Ferruccio Padovan, Jardim Elvira Zanella, N.º 57, Sala 01, CEP: 11.940-000, neste ato devidamente representada pelo seu Diretor Presidente Sr.º **FELIPE DOS SANTOS MESQUITA**, brasileiro, casado, contador, portador da Carteira de Identidade (RG) nº 29.542.752-8, inscrito no CPF sob o nº 314.257.538-33, residente e domiciliado na Rua Orlando Patekoski, N.º 90, Jardim Nova Cremona, Cidade de Pariquera-Açu/SP, doravante denominada Organização de Sociedade Civil - OSC, com fundamento na Lei Federal nº 13.019/2014, bem como nos princípios que regem a administração pública municipal e demais normas pertinentes, celebram este Termo de Colaboração, na forma e condições estabelecidas nas seguintes cláusulas:

DO OBJETO

O presente Termo de Colaboração tem por objeto visando o gerenciamento e execução de prestação de serviços de forma complementar na área da saúde do município de Iporanga - SP, no "CS III LAURO TAVARES DE LIMA IPORANGA, pelo período de 12 meses, regido pela Lei Federal nº 13.019/2014, conforme Plano de Trabalho constante em Termo de Referência e conforme descrição contida no Edital de Chamamento Público.

DA TRANSFERÊNCIA FINANCEIRA

A administração pública municipal repassará à OSC o valor global máximo de R\$ 4.188.000,00 (quatro milhões e cento e oitenta e oito mil reais), sendo uma estimativa máxima de R\$ 349.000,00 (trezentos e quarenta e nove mil reais) por mês conforme cronograma de desembolso, constante no Plano de Trabalho anexo a este Termo de Colaboração

Os recursos necessários para o apoio financeiro são oriundos da dotação do exercício de 2022, conforme a especificação da dotação 2022 abaixo relacionada:

**CONTRATO DE GESTÃO
REGISTRO-SP**

ADMINISTRAÇÃO |  **PREFEITURA DE
Registro**

DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE REGISTRO**

CNPJ Nº: **45.685.872/0001-79**

CONTRATADA: **INSTITUTO SANTA DULCE.**

CNPJ Nº: **35.764.774/0001-73**

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): **069/2022.**

DATA DA ASSINATURA: **20/06/2022.**

VIGÊNCIA: **12 (doze) meses.**

OBJETO: CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para área de atuação na Unidades de Pronto Atendimento UPA 24H, no âmbito do Município de Registro para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H Dr. Nelson Antônio Hirata.

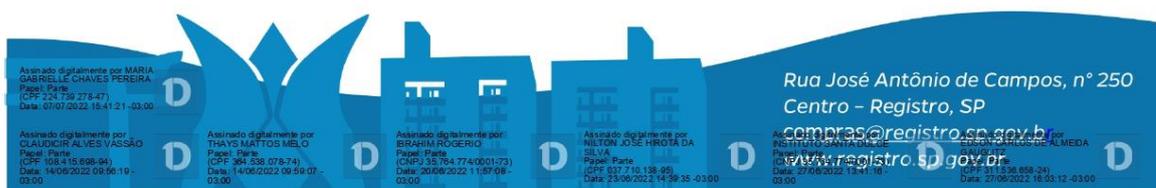
VALOR: **R\$ 14.087.357,16** (quatorze milhões, oitenta e sete mil, trezentos e cinquenta e sete reais e dezesseis centavos).

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Registro, 14 de junho de 2022.

ARNALDO MARTINS DOS SANTOS JÚNIOR
Secretário Municipal de Administração

E-mail do(a) responsável: administracao@registro.sp.gov.br



ADMINISTRAÇÃO |  **PREFEITURA DE
Registro**

CADASTRO DO RESPONSÁVEL

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE REGISTRO

CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE.

CONTRATO N° 069/2022.

OBJETO: CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para área de atuação na Unidades de Pronto Atendimento UPA 24H, no âmbito do Município de Registro para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H Dr. Nelson Antônio Hirata.

Nome	NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA
Cargo	PREFEITO MUNICIPAL
RG nº	8.862.746-9
Endereço(*)	Rua dos Rouxinóis, nº 157, Jardim Hatori I – Registro/SP
Telefone	(13) 99767-8810/98214-8301
e-mail	niltonhirota@registro.sp.gov.br

(*) Não deve ser o endereço do Órgão e/ou Poder. Deve ser o endereço onde poderá ser encontrado(a), caso não esteja mais exercendo o mandato ou cargo.

Responsável pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP

Nome	Arnaldo Martins dos Santos Junior
Cargo	Secretário Municipal de Administração
Endereço Comercial do Órgão/Setor	Rua José Antônio de Campos, nº 250 - Centro
Telefone e Fax	(13) 3828-1000 / (13) 3828-1007
E-mail	administracao@registro.sp.gov.br

Registro, 14 de Junho de 2022.

ARNALDO MARTINS DOS SANTOS JUNIOR
Secretário Municipal de Administração



ADMINISTRAÇÃO |  **PREFEITURA DE
Registro**

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: nº 037.713.138-95

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome: NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: nº 037.713.138-95

Assinatura: _____

Pela contratada:

Nome: FELIPE DOS SANTOS MESQUITA

Cargo: Representante Legal

CPF: nº 314.257.538-33

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: nº 037.713.138-95

Assinatura: _____



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE REGISTRO

CONTRATADO: INSTITUTO SANTA DULCE.

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): Nº 069/2022.

OBJETO: CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para área de atuação na Unidades de Pronto Atendimento UPA 24H, no âmbito do Município de Registro para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H Dr. Nelson Antônio Hirata.

ADVOGADO/Nº OAB/e-mail: DRA. KÁTIA REGINA DA SILVA / OAB nº 215.036 / katia.juridico@registro.sp.gov.br

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) As informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) É de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Registro, 14 de junho de 2022.



ADMINISTRAÇÃO |  **PREFEITURA DE
Registro**

FELIPE DOS SANTOS MESQUITA
CPF/MF nº 314.257.538-33
INSTITUTO SANTA DULCE

Testemunhas:

Nome: Claudicir Alves Vassão
R.G. nº 27.493.534-X – SSP/SP

Nome: Maria Gabriele Chaves Pereira
R.G. nº 33.391.315-2



ADMINISTRAÇÃO |  **PREFEITURA DE
Registro**

Parágrafo Segundo: Na hipótese de comprovado risco quanto à regularidade dos serviços transferidos ou ao fiel cumprimento das obrigações assumidas no Contrato de Gestão, poderá o CONTRATANTE intervir na CONTRATADA, respeitado os procedimentos previstos Lei Municipal nº 1459/2014.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO

Fica eleito o Foro Central da Comarca de Registro para dirimir qualquer dúvida ou ajuizar quaisquer ações, que não forem resolvidas administrativamente, ou por comum acordo entre as partes subscritas deste instrumento, renunciando a qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

Parágrafo Único. O ajuizamento de qualquer ação está condicionado à prévia tentativa de conciliação administrativa entre as partes, com a participação da Procuradoria Geral do Município.

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

Registro em 14 de junho de 2022.

NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA
PREFEITO DE REGISTRO

EDSON CARLOS DE ALMEIDA GAUGLITZ
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE REGISTRO



ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA DE Registro

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO PLANO DE TRANSIÇÃO E ENCERRAMENTO CONTRATUAL

No prazo de 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato de gestão, a contratada deverá apresentar plano de transição, que será executado a partir de 30 antes do término do ajuste, ou imediatamente, no caso de retomada do serviço pelo contratante, conforme estabelecido no anexo VII do Termo de Referência.

CLÁUSULA DECIMA NONA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos e situações omissas serão resolvidos de comum acordo entre as partes que subscrevem este Contrato de Gestão, em reunião convocada para esse fim, por qualquer das partes, cuja solução será lavrada em ata, sob a responsabilidade do órgão gestor deste contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – PUBLICIDADE

O presente contrato será publicado sob a forma de extrato, no prazo previsto na legislação em vigor, pelo CONTRATANTE, no Diário Oficial do Município, conforme determinação legal. O conteúdo do contrato também será disponibilizado no Portal da Transparência da Prefeitura do Município de Registro.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – EXERCÍCIO DE PRERROGATIVAS

Qualquer omissão ou tolerância das partes quanto ao fiel e cabal cumprimento das prerrogativas decorrentes do presente contrato, não constituirá novação tácita ou renúncia das mesmas, não afetando o direito das partes de exercê-las a qualquer tempo.

Parágrafo Primeiro: Por meio do presente instrumento contratual, fica reconhecida pelas partes a prerrogativa de o CONTRATANTE assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto no caso de paralisação, de modo a evitar a descontinuidade da prestação de serviços.



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

executados ou recebidos, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado à CONTRATADA o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que seja normalizada a situação;

m) A não liberação, por parte do CONTRATANTE, de área, local ou objeto para execução ou fornecimento, nos prazos contratuais, bem como das fontes de materiais naturais especificadas no projeto;

n) A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução do contrato.

Parágrafo Segundo: A rescisão deste contrato será precedida do respectivo processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, a serem exercidos no prazo segundo a legislação pertinente contados do recebimento da notificação.

Parágrafo Terceiro: No caso de rescisão deste contrato, a devolução dos bens permissionados à CONTRATADA, dos recursos existentes de propriedade do CONTRATANTE e a adoção das demais providências rescisórias deverão ser realizadas imediatamente após o término do referido processo administrativo.

Parágrafo Quarto: Em qualquer hipótese de rescisão, a CONTRATADA ficará obrigada a continuar prestando os serviços contratados por um período de até 120 dias, a contar do recebimento da notificação.

Parágrafo Quinto: Quando a rescisão ocorrer com base nos itens 11 a 16 do Parágrafo Primeiro, sem que haja culpa da CONTRATADA, será esta ressarcida dos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito à devolução da garantia, pagamentos devidos pela execução do contrato até sua rescisão e pelo custo da desmobilização.



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

- b) Cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações, projetos ou prazos;
- c) Lentidão no seu cumprimento, caso fique comprovada a impossibilidade de conclusão do serviço nos prazos estipulados;
- d) Atraso injustificado no início do serviço;
- e) Paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE;
- f) Desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar sua execução, assim como as de seus superiores;
- g) Cometimento reiterado de faltas na sua execução, anotadas na forma do §1o, do art. 67 da Lei Federal no 8.666/93;
- h) Instauração de insolvência civil ou dissolução da CONTRATADA;
- i) Alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da CONTRATADA que prejudique a execução do Contrato;
- j) Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o CONTRATANTE e exaradas no processo administrativo a que se refere o contrato
- k) Supressão pelo CONTRATANTE de serviços ou compras, acarretando modificação do valor inicial do Contrato além do limite permitido no §1o, do art. 65 da Lei Federal no 8.666/93;
- l) O atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pelo CONTRATANTE decorrente de serviços ou fornecimento de bens, ou parcelas destes já



CLÁUSULA DECIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pela Municipalidade sobre a execução do presente Contrato, a OSS contratada reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica de Saúde), ficando certo de que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo ou de notificação dirigida à OSS Contratada, obedecendo o acordado no item 17 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA SETIMA - RESCISÃO

O presente contrato poderá ser rescindido nas seguintes condições, nos termos dos artigos 77, 78, 79e 80 da Lei Federal nº 8.666/93:

- a) Determinada por ato unilateral e escrito do CONTRATANTE, nos casos previstos em lei;
- b) Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo, desde que haja conveniência para o CONTRATANTE;
- c) Judicial, nos termos da legislação.

Parágrafo Primeiro: A rescisão poderá ainda ser realizada, a critério da parte prejudicada, sem prejuízo da responsabilidade por perdas e danos, nos casos de:

- a) Descumprimento de cláusulas contratuais, especificações, projetos ou prazos;



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

Parágrafo Décimo Segundo: A declaração de inidoneidade aplicada pela Administração Pública de qualquer esfera federativa e a suspensão do direito de licitar ou contratar aplicada pelo CONTRATANTE não tem efeito retroativo e não acarreta a rescisão dos outros contratos vigentes.

Parágrafo Décimo Terceiro: Excetua-se da regra prevista no caput deste artigo e, diante do caso concreto, poderá o CONTRATANTE rescindir os contratos vigentes com o sancionado desde que sejam indicadas nos autos a que se refere o contrato as razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o contratante.

Parágrafo Décimo Quarto: A rescisão prevista no parágrafo anterior ocorrerá apenas a partir da data da decisão irreversível que aplica a sanção à CONTRATADA, sendo devido o pagamento apenas pelos serviços prestados ou bens fornecidos até então, relacionados ao objeto do Contrato.

Parágrafo Décimo Quinto: A aplicação das penalidades previstas no Parágrafo Décimo desta cláusula impede a contratação do sancionado, enquanto durarem os efeitos da sanção, bem como a prorrogação do prazo de vigência de eventuais outros contratos vigentes firmados pelo sancionado.

Parágrafo Décimo Sexto: Quaisquer das penalidades aplicadas serão transcritas na ficha cadastral da CONTRATADA na Secretaria Municipal de Saúde ou outra que vier a substituí-la.

Parágrafo Décimo Sétimo: As penalidades administrativas previstas são independentes entre si, podendo ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis e deverão ser proporcionais à gravidade e ao eventual prejuízo causado ao Erário.



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

Parágrafo Sexto: O CONTRATANTE reserva-se o direito de descontar, diretamente do pagamento devido à CONTRATADA, o valor de qualquer multa porventura imposta.

Parágrafo Sétimo: As multas previstas no Parágrafo Terceiro desta cláusula não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade por perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Oitavo: Qualquer multa imputada e não paga no prazo concedido pelo CONTRATANTE será corrigida pelo IGPM ou outro índice oficial determinado pela Secretaria Municipal de Finanças.

Parágrafo Nono: A multa moratória e a multa compensatória poderão ser cumuladas.

Parágrafo Décimo: A suspensão temporária de participação em licitação e o impedimento de contratar com o CONTRATANTE serão aplicados por prazo não superior a 2 (dois) anos para situações de inadimplemento com prejuízos graves, potenciais ou efetivos, ao CONTRATANTE, devidamente descritos e mediante fundamentação; desde que seja constatada a reincidência no mesmo contrato e quando a empresa já tiver sido penalizada, ao menos, 03 (três) vezes nos últimos 5 (cinco) anos pelo CONTRATANTE.

Parágrafo Décimo Primeiro: A declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública será aplicada em casos de gravíssima irregularidade ou de prática de condutas ilícitas, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade competente que aplicou a penalidade.



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

CONTRATADA, independente de outras previstas em lei:

- a) Advertência, na hipótese de inadimplemento do contrato sem prejuízos à Administração;
- b) No caso de descumprimento injustificado ou por motivo não aceito pelo CONTRATANTE de quaisquer das obrigações da CONTRATADA, multa de mora de 1% (um por cento) ao dia sobre o valor da parcela inadimplida do contrato, até o prazo máximo de 10 (dez) dias e, vencido o prazo, o contrato poderá ser considerado rescindido, a critério do CONTRATANTE, ficando sujeita às penalidades previstas nos artigos 86, 87 e 88 da Lei no 8.666/93 e alterações posteriores;
- c) No caso de inexecução parcial ou total do contrato, será aplicada multa punitiva de 10% (dez por cento) sobre o valor não executado;
- d) Suspensão temporária do direito de licitar ou contratar com a Administração, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, penalidade a ser aplicada pela autoridade competente, segundo a natureza da falta e o prejuízo causado à Administração Pública;
- e) Declaração de inidoneidade para licitar na Administração Pública, com publicação na Imprensa Oficial.

Parágrafo Quarto: A aplicação de penalidades não prejudica o direito da CONTRATANTE recorrer às garantias contratuais, com o objetivo de ressarcir-se dos prejuízos que lhe tenha causado a CONTRATADA ou profissionais inadimplentes, podendo ainda reter créditos decorrentes do contrato ou promover a cobrança judicial ou extrajudicial de eventuais perdas e danos.

Parágrafo Quinto: As multas referidas nesta cláusula não impedem que o CONTRATANTE rescinda unilateralmente o contrato e aplique as demais sanções



ADMINISTRAÇÃO |  **PREFEITURA DE
Registro**

f) Dar causa à rescisão deste Contrato.

Parágrafo Segundo: A inexecução contratual sujeitará a CONTRATADA à multa, que será graduada de acordo com a gravidade da infração, a ser definida pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão, obedecidos os seguintes parâmetros:

- a) De 1% (um por cento) sobre o valor máximo mensurado nas metas quantitativas e qualitativas de 15% sobre o valor mensal do Contrato de Gestão, no caso de inexecução dos serviços previstos, que não causem prejuízos ao CONTRATANTE ou ao atendimento do cidadão, considerada multa punitiva LEVE;
- b) De 5% (cinco por cento) sobre o valor máximo mensurado nas metas quantitativas e qualitativas de 15% sobre o valor mensal do Contrato de Gestão, no caso de inexecução dos serviços previstos, que ocasione a diminuição da qualidade no atendimento das demandas municipais e cause prejuízos ao CONTRATANTE ou ao cidadão e no caso de subcontratação de serviços;
- c) Sem prévia aprovação pelo Município e/ou acima do limite permitido, considerada multa punitiva MÉDIA de 10% (dez por cento) sobre o valor máximo mensurado nas metas quantitativas e qualitativas de 15% sobre o valor mensal do Contrato de Gestão, no caso de inexecução dos serviços previstos, que inviabilize o atendimento das demandas municipais e cause prejuízos ao CONTRATANTE ou ao cidadão, considerada multa punitiva GRAVE.

Parágrafo Terceiro: Além das penalidades previstas no Parágrafo Segundo, se a CONTRATADA deixar de atender o objeto contratado por qualquer motivo dentro do prazo de validade das propostas ou o fizer fora das especificações e condições pré-determinadas e, ainda, em qualquer outra hipótese de inexecução parcial ou total, poderão ser aplicadas as penalidades seguintes, facultada defesa prévia da



ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA DE Registro

CLÁUSULA DECIMA QUARTA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

As prestações de contas das transferências voluntárias municipais deverão ser formalizadas de acordo com as normas do Decreto Municipal nº 2.309/2016 que regulamenta a Lei 13019/2014, Instruções do TCE/SP Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e demais atos normativos do Município de Registro, protocoladas no Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal de Registro, o qual deverá conter elementos que permitam avaliar a execução do objeto e o alcance das metas, obedecendo todos os critérios constantes no item 16 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA DECIMA QUINTA – DAS PENALIDADES

Se a CONTRATADA incorrer em infrações administrativas, ficará sujeita às sanções previstas no art.87, da Lei Federal no 8.666/93, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Parágrafo Primeiro: Constituem infrações da CONTRATADA:

- a) Proceder com atraso, no início, no cumprimento, ou na conclusão de serviços programados;
- b) Descumprir os prazos previstos neste Contrato;
- c) Dificultar os trabalhos de fiscalização do fiscal deste Contrato ou o acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde;
- d) Executar os serviços em desacordo com as condições contratuais ou com as normas técnicas pertinentes;
- e) Inexecução parcial ou totalmente o presente Contrato;



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE **Registro**

Parágrafo Primeiro - Para o exercício seguinte, novas dotações deverão ser informadas tomando-se por base o PPA 2022/2025 e a LOA do ano correspondente.

Parágrafo Segundo: Os recursos repassados à CONTRATADA deverão ser aplicados no mercado financeiro e os resultados dessa aplicação deverão reverter exclusivamente aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO, conforme disposições legais.

Parágrafo Terceiro: A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pelo CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, em banco oficial, de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social de Saúde CONTRATADA, devendo ser encaminhado mensalmente à CONTRATANTE os extratos de movimentação bancária.

O cálculo do valor da Transferência Mensal de Recursos equivalerá ao descrito na planilha apresentada pela Entidade, conforme critérios constantes no quadro 2, despesas mensais de custeio, estabelecido item 15 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA DECIMA TERCEIRA – PRAZO DE VIGÊNCIA

A vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, podendo ser prorrogada, por acordo entre as partes, nos termos do artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93, mediante Termo Aditivo a este contrato, as regras estabelecidas na Lei Municipal nº 1950/2021 e Decreto Municipal 2309/2016;

Parágrafo Único: O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime o CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura do contrato.



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE **Registro**

CLÁUSULA DECIMA – OBRIGAÇÕES DA MUNICIPALIDADE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, são obrigações exclusivas e indelegáveis do CONTRATANTE, atendimento ao item 13 do anexo I do Termo de Referência, provendo assim a CONTRATADA todos os meios necessários à execução do objeto deste Contrato.

CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA – FISCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A CONTRATANTE deverá instituir Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão, constituído através de ato formal do Prefeito nos termos da legislação vigente, com o intuito de proceder a fiscalização da execução do presente contrato de gestão, cumprindo o estabelecido item 14 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA – TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

Os recursos necessários para fazer frente às despesas decorrentes da contratação no valor estimado para repasse mensal é de até **R\$ 1.173.946,43** (um milhão, cento e setenta e três mil, novecentos e quarenta e seis reais e quarenta e três centavos), num total para 12 meses de até **R\$ 14.087.357,16** (quatorze milhões, oitenta e sete mil, trezentos e cinquenta e sete reais e dezesseis centavos), onerando as Dotações Orçamentárias:

- a) Recurso Próprio (Secretaria Municipal de Saúde) Função Programática/Atividade- 10.302.0021.2082 Fonte 01 - Categoria Econômica - 3.3.50.39
- b) Recurso Federal (Ministério da Saúde) Função Programática/Atividade - 10.302.0021.2104 Fonte 05 - Categoria Econômica - 3.3.50.39
- c) Recurso (Outras Fontes) Função Programática/Atividade - 10.302.0021.2113 Fonte 06 - Categoria Econômica - 3.3.50.39



ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA DE Registro

envolvidos no sistema, com emissão de certificados;

- Implantar formulários para registro de procedimentos realizados;
- Elaborar Procedimento Operacional Padrão - POP's pertinentes aos processos realizados;
- Implantar controle de qualidade interno;
- Implantar controle de qualidade externo;
- Realizar Calibração de equipamentos;
- Realizar auditorias internas;
- Promover constante capacitação do Corpo Clínico estimulado curso de AATLS/ACLS/PALS, uma vez ao ano.
- Promover capacitação de todo Corpo Clínico ao atendimento de acidente com Animais Peçonhentos, bem como, acidentes com suspeita de Raiva Humana, visto a Unidade ser ponto estratégico regional para este atendimento com a obrigatoriedade de envio de protocolo de realização à Vigilância Epidemiológica do Município e Estado;
- Promover a integração dos profissionais contratados;

CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

Para o cumprimento do objeto deste contrato, cabe a Organização Social Contratada, além das obrigações constantes na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas legais que regem a presente contratação, cumprir todas as exigências constantes no item 11 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA NONA – RESPONSABILIDADE OPERACIONAL E ASSISTENCIAL

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATADA deverá cumprir todas as obrigações constantes no item 12 do anexo I do Termo de Referência.



ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA DE Registro

- Classificação de Risco
- Atendimento Médico
- Atuação do Serviço Social
- Procedimentos
- Exames
- Fornecimento de Medicação
- Prescrição tratamento medicamentoso
- Cuidado multiprofissional
- Princípios da Vigilância em Saúde
- Política humaniza SUS
- Plano de Segurança do Paciente
- Práticas educacionais
- Educação Permanente
- Transparência das despesas realizadas
- Padronização visual da UPA
- Demandas da Secretaria Municipal de Saúde

CLÁUSULA SETIMA – CONTROLE DE QUALIDADE

A CONTRATADA deverá realizar as ações de controle de qualidade, cumprindo o estabelecido no item 10 do anexo I do Termo de Referência.

- Treinamento e capacitação periódica dos profissionais de coleta, com emissão de certificados;
- Treinamento e capacitação dos profissionais da área técnica e todos os



ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA DE Registro

- Metas estratégicas

CLÁUSULA QUINTA – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL UPA

A Gestão e Contratação de Pessoas para operacionalização dos serviços prestados deverá ser realizada através de processo seletivo através de chamamento público. Essa contratação deverá ser minimamente dimensionada com 6 médicos/24h para o funcionamento da unidade, sendo 3 diurnos e 3 noturnos.

A proporção de médicos por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do serviço e desde que formalizado e consentido pelo gestor do contrato, cumprindo a garantia do efetivo funcionamento no serviço e sendo obrigatório a proporção de 6 médicos nas 24 horas.

A equipe de trabalhadores e profissionais de saúde da UPA 24h que comporão o quadro de recursos humanos, deve ser composta de forma que as ações exigidas no Termo de Referência sejam realizadas integralmente, respeitando a legislação, preceitos éticos, área física do prédio e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional, além dos requisitos determinados pela Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03 de Setembro de 2017, que redefine as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, bem como as diretrizes do modelo assistencial e financiamento UPA 24 Horas, de acordo com o quadro 1 equipe mínima de profissionais constante no item 8 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA SEXTA – PERFIL DA ASSISTENCIA

A CONTRATADA é responsável pela conceituação dos Atendimentos Assistenciais, conforme estabelecido no item 9 do anexo I do Termo de Referência:

- Acolhimento
- Recepção



b) Realizar todos os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência, disponibilizando e executando todas as especialidades e serviços descritos no item 6.2 do anexo I do Termo de Referência, durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA QUARTA – SERVIÇO DE APOIO

A CONTRATADA é responsável pelo gerenciamento e operacionalização dos serviços de apoio obedecendo todos os critérios estabelecidos no item 7 do anexo I do Termo de Referência:

- Gerencia administrativa
- Sistema de Nutrição e Dietética
- Equipamentos e Mobiliários
- Esterilização
- Segurança
- Biossegurança
- Serviços Rouparias e Lavanderia
- Sistema de Limpeza
- Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
- Relacionamento com usuários
- Ampliação das atividades programadas
- Projetos especiais e novas especialidades de atendimentos
- Prontuário
- Gestão de Tecnologia da Informação TI
- Plano de Contingência



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

Anexo I-G- Ouvidoria

Anexo II – Declaração Relativa ao Trabalho de Empregado Menor

Anexo III – Roteiro para Elaboração da Proposta de Trabalho

Anexo IV – Parâmetros para Seleção e Classificação do Plano de Trabalho

Anexo V – Declaração de Inexistência de Impedimento

Parágrafo Terceiro: Os Anexos poderão ser revisados pelo órgão gestor deste contrato, com a determinação de novas metas e objetivos, critérios de avaliação de desempenho e indicadores mínimos de qualidade e produtividade, mediante a formalização de aditivo contratual, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato e as regras estabelecidas na Lei Municipal nº 1950/2021 e Decreto Municipal 2309/2016.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A CONTRATADA deverá buscar o aprimoramento dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde no âmbito do município de Registro em ação conjunta a ser desenvolvida entre o Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Social Contratada, de modo a garantir aos usuários assistidos, bem como à municipalidade, obedecendo todos os critérios estabelecidos no item 3 do anexo I do Termo de Referência.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS INSTALAÇÕES E SERVIÇOS EXECUTADOS

A CONTRATADA deverá:

- a) Responsabilizar-se e manter em bom estado todas as instalações da UPA 24H DR NELSON ANTÔNIO HIRATA, bem como realizar manutenção predial, conforme os critérios estabelecidos no item 6.1 do anexo I do Termo de Referência, durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão.



ADMINISTRAÇÃO | PREFEITURA DE Registro

deste contrato a Secretaria Municipal de Saúde de Registro, mediante as condições expressas nas cláusulas que seguem.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social para área de atuação na Unidades de Pronto Atendimento UPA 24H, no âmbito do Município de Registro para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H Dr. Nelson Antônio Hirata - Porte I com capacidade operacional de funcionamento, declarado no Termo de Compromisso de Funcionamento de acordo com a opção V – disposto na Portaria 10 de 3 de janeiro de 2017 e Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, conforme especificações contidas no presente contrato, no Termo de Referência, em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, diretrizes e programas da Secretaria Municipal da Saúde de Registro e com os Anexos Técnicos, que integram este instrumento.

Parágrafo Primeiro: O objeto contratual deverá ser executado de modo a atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

Parágrafo Segundo: São partes integrantes e indissociáveis deste CONTRATO, independentemente de transcrição:

Anexo I - Termo de Referência e seus anexos

Anexo I-A - Plano de acesso e uso racional de medicamentos

Anexo I-B - Termo de permissão de uso

Anexo I-C - Exames Laboratoriais de Análises Clínicas

Anexo I-D – Relação de Patrimônio da Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas Dr. Nelson Antônio Hirata

Anexo I-E - Grade de Medicamentos

Anexo I-F - Uniformes



Rua José Antônio de Campos, nº 250
Centro – Registro, SP
compras@registro.sp.gov.br
www.registro.sp.gov.br

CONTRATO DE GESTÃO E SEUS ANEXOS TÉCNICOS

Contrato de Gestão Nº **069/2022** - FMS que celebram entre si o **MUNICÍPIO DE REGISTRO** e a entidade **INSTITUTO SANTA DULCE**, qualificada como Organização Social de Saúde pela Lei Municipal nº 1950 de 19 abril de 2021 e Decreto Municipal 2309 de outubro de 2016.

Aos quatorze dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e dois, na Cidade de Registro, Estado de São Paulo, na sede da Prefeitura Municipal de Registro, presentes de um lado o **MUNICÍPIO DE REGISTRO**, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA**, brasileiro, separado-união estável, portador do RG. nº 8.862.746-9 – SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 037.710.138-95, residente e domiciliado à Rua dos Rouxinóis, 157 – Jardim Hatori I, neste Município e Comarca de Registro, Estado de São Paulo – CEP 11.900-000, e de outro lado, a entidade **INSTITUTO SANTA DULCE**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, na forma da Lei Municipal nº 1950 de 19 abril de 2021 e Decreto Municipal 2309 de outubro de 2016, com sede e foro na **Rua FERRUCCIO PADOVAN, 57, SALA 01 JARDIM ELVIRA ZANELLA I – PARIQUERA-AÇU/SP CEP 11.930-000**, inscrita no **CNPJ/MF sob nº 35.764.774/0001-73**, neste ato representada na forma de seu Estatuto por **FELIPE DOS SANTOS MESQUITA**, CPF/MF nº **314.257.538-33**, doravante denominada simplesmente de **CONTRATADA**. Resolvem as Partes firmar o presente Contrato de Gestão, que será regido pela Lei Municipal nº 1950/2021, Decreto Municipal 2309 de outubro de 2016, pela Lei Federal nº 8.666/93 e alterações, pelo Estatuto da **CONTRATADA**, as Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 que regem os princípios do Sistema Único de Saúde SUS e o regramento das normas do SUS emanadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde de Registro, além de condições fixadas no presente contrato, tendo como órgão gestor



**CONTRATO DE GESTÃO
PEDRO TOLEDO-SP**



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma IziSign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/3FEE-C120-5994-5B86> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 3FEE-C120-5994-5B86



Hash do Documento

9DA87C09A94E7DC7826205D5748514FC0351D36E25BB3C9C467B8B788D3A94E1

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 25/04/2023 é(são) :

Felipe Dos Santos Mesquita - 314.257.538-33 em 25/04/2023

15:10 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

ANEXO LC-02 - DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE PEDRO DE TOLEDO
CNPJ Nº: 46.578.530/0001-12
CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE
CNPJ Nº: 35.764.774/0001-73
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 01/2023
DATA DA ASSINATURA: 25/04/2023
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses.
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE GESTÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DO PONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL.
VALOR (R\$): R\$ 4.782.000,00

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Em se tratando de obras/serviços de engenharia:

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados:

- a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
- b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
- c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
- d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
- e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

Pedro de Toledo, 25 de Abril de 2023

Nome: Eleazar Muniz Junior
Cargo: Prefeito
CPF: 218.905.338-23
e-mail: eleazar-muniz@bol.com.br

ELEAZAR MUNIZ
JUNIOR:2189053
3823

Assinado de forma
digital por ELEAZAR
MUNIZ
JUNIOR:2189053382
3

Assinatura: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO

ESTADO DE SÃO PAULO

Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

Pelo contratante:

Nome: Eleazar Muniz Junior ELEAZAR MUNIZ Assinado de forma
Cargo: Prefeito JUNIOR:2189053 digital por ELEAZAR
CPF: 218.905.338-23 3823 MUNIZ
Assinatura: _____ JUNIOR:21890533823

Pela contratada:

Nome: Felipe dos Santos Mesquita
Cargo: Presidente do Instituto Santa Dulce
CPF: 314.257.538-33
Data de nascimento: 18/12/1984
E-mail institucional: diretoria@institutosantadulce.org.br
Telefone(s): (13) 3856-2019
Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: Eleazar Muniz Junior ELEAZAR MUNIZ Assinado de forma
Cargo: Prefeito JUNIOR:2189053 digital por ELEAZAR
CPF: 218.905.338-23 3823 MUNIZ
Assinatura: _____ JUNIOR:21890533823

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.

3



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

=====

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

=====

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO TOLEDO
CONTRATADO: INSTITUTO SANTA DULCE
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 01/2023
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE GESTÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DO PONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL
ADVOGADO (S)/ Nº OAB/email: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- A) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- B) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- C) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- D) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – cadtcesp”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- E) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- A) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e conseqüente publicação;
- B) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Pedro Toledo, 25 de Abril de 2023

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: Eleazar Muniz Junior
Cargo: Prefeito
CPF: 218.905.338-23

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:

Nome: Eleazar Muniz Junior

Cargo: Prefeito
CPF: 218.905.338-23

ELEAZAR MUNIZ
JUNIOR:218905338
23

Assinado de forma digital
por ELEAZAR MUNIZ
JUNIOR:21890533823

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Pedro Toledo, 25 de Abril de 2023.

ELEAZAR
MUNIZ
JUNIOR:21890
533823

Assinado de forma
digital por
ELEAZAR MUNIZ
JUNIOR:218905338
23

Eleazar Muniz Junior
Prefeito Municipal
Contratante

Felipe dos Santos Mesquita
Diretor Presidente do Instituto Santa Dulce
Contratada

Testemunhas:

Nome _____
RG _____

Nome _____
RG _____

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.

7



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

- 10.2.3.** Para o caso de inadimplência parcial, a contratada estará sujeita a multa administrativa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do empenho.
- 10.2.4.** Para o caso de inadimplência total, a contratada estará sujeita a multa administrativa de 10% (dez por cento) sobre o valor originalmente contratado.
- 10.2.5.** Demais infrações cometidas por este contrato: multa de 5% do valor originalmente contratado, a qual incidirá especificamente por cada infração.
- 10.2.6.** O simples pagamento da multa não eximirá as partes da obrigação de sanar a falha ou irregularidade a que deu origem.
- 10.3.** Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração pública por prazo de até dois (02) anos;
- 10.4.** Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.
- 10.5.** A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteadas, e dela será notificada a CONTRATADA.
- 10.6.** A sanção de multa pode ser cumulada com as demais, não importando em duplicidade de sanção.
- 10.7.** Da data de ciência da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Prefeito Municipal de PEDRO TOLEDO/SP.
- 10.8.** A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA 11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 11.1.** Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente, que sejam de ordem pública.
- 11.2.** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas não dependerá de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.
- 11.3.** A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA 12. DA PUBLICAÇÃO

- 12.1.** O presente Contrato, seus aditivos e apostilas serão publicados na imprensa oficial do estado e no Portal da Transparência do Município até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, observados os prazos internos de publicação, nos termos do parágrafo único do artigo 61 da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA 13. DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Itariri/SP, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

- E) comprovantes de pagamento de toda sorte de fornecedores;
 - F) extratos bancários de contas e aplicações;
 - G) orçamentos das aquisições a fim de comprovar ter escolhido o melhor preço ou ter obedecido ao regulamento de compras;
- 7.2.** Os recursos serão creditados em conta bancária especificamente aberta para este Contrato de Gestão, não se admitindo o recebimento de outros recursos ou movimentação bancária estranha a este Contrato.
- 7.3.** Nenhum valor a mais será repassado sem a revisão do programa de trabalho vigente para a vigência contratual.
- 7.4.** Os recursos repassados pelo MUNICÍPIO à CONTRATADA, enquanto não utilizados, deverão sempre que possível ser aplicados no mercado financeiro, devendo os resultados dessa aplicação ser revertido exclusivamente à execução do objeto deste Termo de Parceria.

CLÁUSULA 08. DA REVISÃO DOS VALORES

8.1. Os valores previstos neste contrato serão revistos anualmente, sempre a partir do primeiro dia do mês em que entrar em vigor a convenção coletiva de trabalho da categoria, mediante requerimento da contratada que demonstre a efetiva necessidade de repactuação dos valores contratados.

CLÁUSULA 09. DA RESCISÃO

- 9.1.** Constituem motivo para a rescisão do contrato de gestão os previstos nos Art. 77 e 78 da Lei 8.666/1993, operando-se na forma do Art. 79 e com as consequências do Art. 80 da mesma Lei.
- 9.2.** Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de autorização de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à Organização Social direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.
- 9.3.** Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, esta se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da CONTRATANTE, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias, contados a partir da denúncia do Contrato, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE, período em que os recursos continuarão a ser repassados para a consecução das atividades da CONTRATADA.

CLÁUSULA 10. DAS PENALIDADES

- 10.1.** A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante deste Contrato ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:
- 10.1.** Advertência;
 - 10.2.** Multa, até o limite de 20% do valor contratual inicial;
 - 10.2.1.** Pela recusa injustificada em assinar o Termo de contrato ou seus aditamentos ou retirar o instrumento equivalente no prazo de em que foi convocado – multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total da contratação, inaplicável aos licitantes convocados nos termos do parágrafo 2º do artigo 64 da Lei Federal nº 8.666/93.
 - 10.2.2.** Em caso de atraso injustificado na execução do contrato, a contratada estará sujeita à multa de 0,5% (meio por cento) do valor do empenho por dia de atraso;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO

ESTADO DE SÃO PAULO

Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

5.1. O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 meses, **a partir de 25/04/2023 a 25/04/2024**, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, desde que haja vantajosidade para a Administração.

5.1.1. Qualquer alteração do programa de trabalho, seja por ocasião da renovação contratual ou durante a vigência contratual será proposta pela parte interessada, analisada pela parte contrária e, caso aceita, será objeto de apostilamento, nos casos do Art. 65, §8º da Lei 8.666/1993 ou de aditamento, nos demais casos.

5.1.2. Em não havendo concordância das partes sobre a proposta de alteração do programa de trabalho, decidirão pela rescisão contratual, se do dissenso se verificar uma das hipóteses dos Arts. 77, 78 e 79 da Lei 8.666/1993.

CLÁUSULA 06. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. Pela execução do objeto deste Contrato, especificado nos Anexos Técnicos, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores de **R\$ 398.500,00 (Trezentos e noventa e oito mil e quinhentos reais)** por mês.

6.1.1. As despesas decorrentes da presente licitação correrão por conta das dotações orçamentárias das fontes de recurso 01 TESOIRO, 02 ESTADUAL E 05 FEDERAL.

6.2. Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação sejam revertidos, exclusivamente, aos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

6.3. Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

6.4. A demonstração dos resultados a que se refere o subitem anterior deverão ser apresentados mensalmente à Comissão de fiscalização e anualmente, ao final de cada exercício e, após análise, em se constatando a não conformidade da utilização dos recursos na execução do objeto contratual, ficará a contratada obrigada a devolução de tais valores, após concedido o contraditório e ampla defesa, sempre no mês imediatamente subsequente, sem prejuízo das penalidades cabíveis.

6.5. Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização.

CLÁUSULA 07. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.1. Para o cumprimento das metas estabelecidas neste Contrato de Gestão o MUNICIPIO estimou o valor global em R\$. 4.782.000,00 (Quatro milhões, setecentos e oitenta e dois mil reais), a ser repassado à CONTRATADA, em 12 parcelas mensais, na forma dos subitens seguintes:

7.1.1. Dez dias após a assinatura do contrato será paga a primeira parcela, a fim de criar condições para a instalação e início das atividades.

7.1.2. Após 30 dias do início das atividades, a CONTRATADA prestará contas dos gastos efetuados com os valores recebidos, apresentando cópias de:

- A) notas fiscais de compras de bens e serviços;
- B) comprovante de recolhimentos de impostos e encargos decorrentes da atividade;
- C) comprovante de recolhimento de impostos e encargos incidentes na folha de pagamento;
- D) cópia de holerites assinados pelos empregados ou do comprovante de depósito dos salários nas respectivas contas bancárias;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

- 3.1.** Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:
- 3.1.1.** Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste Contrato e em seus anexos;
- 3.1.2.** Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato, fazendo o repasse mensal nos termos do cronograma financeiro;
- 3.1.3.** Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;
- 3.1.4.** Permitir o uso dos bens móveis e imóveis necessários à execução do presente contrato;
- 3.1.5.** Promover, se for o caso, a cessão de servidores públicos para a Organização Social, nos termos da legislação federal, mediante autorização governamental e observando-se o interesse público;
- 3.1.6.** Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da Contratada para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico assistencial;
- 3.1.7.** Acompanhar a execução do presente Contrato de Gestão, através do SMS, com fulcro no estabelecido no presente Contrato e respectivos anexos.
- 3.1.8.** Fiscalizar a execução do Contrato e o atingimento de metas, mensalmente, através de Comissão de Fiscalização composta para tanto, efetuando, após o contraditório e ampla defesa, as glosas, em pagamentos futuros, dos valores tidos pela fiscalização contratual e pela Controladoria Interna como gastos indevidos do recurso público aplicado.

CLÁUSULA 04. DA FISCALIZAÇÃO CONTRATUAL

- 4.1.** A fiscalização contratual será exercida por comissão de fiscalização indicada pelo departamento de Saúde e nomeada por Portaria do Sr. Prefeito Municipal, cuja função é avaliar anualmente e/ou quando entender necessário o desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado à Controladoria Interna e, após ao Chefe do Executivo, bem como para o(a) Secretário(a) Municipal da Saúde para ratificação.
- 4.1.1.** A comissão de fiscalização do contrato está sujeita às regras dos Arts. 8º a 10 da Lei 9.637/1998, guardando ainda todos os princípios do Direito Administrativo e Lei Geral de Licitações no acompanhamento da execução contratual.
- 4.1.2.** Cabe à Comissão de fiscalização, a partir do acompanhamento da execução contratual ou mediante queixa ou reclamação de qualquer pessoa, averiguar, conceder o contraditório e ampla defesa à CONTRATADA e, ao depois, se o caso, comunicar ao Exmo. Sr. Prefeito, que representa o CONTRATANTE as infrações contratuais a fim de que sejam aplicadas sanções ou mesmo se providencie a rescisão do contrato.
- 4.1.3.** Sempre que notificada, a Organização Social contratada apresentará à comissão de fiscalização, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, sendo obrigatória a apresentação ao término de cada exercício financeiro.
- 4.2.** A avaliação de que trata a subcláusula 4.1 restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Contrato de Gestão, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.
- 4.3.** O Secretário da SMS adotará, junto à contratada, providências em relação aos apontamentos da Comissão de Avaliação, tais como revisão de metas, aplicação de penalidades, etc.

CLÁUSULA 05. DO PRAZO DE VIGÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DE PRORROGAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

1.4. Após a assinatura do contrato de gestão, o mesmo deve ser submetido à aprovação pelo Conselho de Administração da Organização Social, devendo a ata da reunião ser apresentada ao Município para aprovação da Secretária de Saúde do Município.

CLÁUSULA 02. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2.1. São da responsabilidade da CONTRATADA, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas constantes do edital e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

2.1.1. Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos Técnicos, no programa de trabalho, de acordo com o estabelecido neste contrato e nos exatos termos da legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente o disposto na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação.

2.2. Na prestação dos serviços descritos, a CONTRATADA deverá observar:

2.1.1. Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

2.1.2. Manutenção da qualidade na prestação dos serviços em estrita observância ao programa de trabalho e regulamento de compras, propondo sua alteração sempre que houver comprometimento na prestação do serviço;

2.1.3. Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

2.1.4. Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

2.1.5. Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

2.1.6. Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

2.1.7. Responsabilizar-se perante pacientes por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência decorrentes de atos praticados por profissionais que lhe estiverem subordinados.

2.1.8. Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

2.1.9. Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias do departamento de Saúde, seguindo normas pertinentes para tanto;

2.1.10. Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições;

2.1.11. Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município de PEDRO TOLEDO/SP, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar ao departamento de Saúde a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens.

2.1.12. Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação, rescisão e/ou extinção do contrato;

2.1.13. Nos casos do item anterior, a Organização Social deverá transferir, integralmente, à CONTRATANTE os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;

2.1.14. Manter a publicidade deste contrato e da aplicação dos recursos, prestações de contas, relatórios e demais informações de interesse público em seu sítio eletrônico de internet.

CLÁUSULA 03. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.

2

Este documento foi assinado digitalmente por Felipe Dos Santos Mesquita.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 3FEE-C120-5994-5B86.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO DE TOLEDO
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Coronel Raimundo Vasconcelos, nº 230 – Tel. (013) 3419-7000

CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PEDRO TOLEDO/SP, POR INTERMÉDIO DA PREFEITURA MUNICIPAL E A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO SANTA DULCE**, PARA DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

CONTRATO 01/2023
DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 99/2023
PROCESSO DE COMPRA Nº 112/2023

Pelo presente instrumento, de um lado a **Prefeitura Município de Pedro Toledo/SP**, CNPJ no MF nº. 46.578.530/0001-12El, com sede nesta cidade, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Eleazar Muniz Junior, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade nº 42.400.364-8, e CPF nº 218.905.338-23, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado como Organização Social no Município de Pedro Toledo, entidade sem fins lucrativos, **INSTITUTO SANTA DULCE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº, **35.764.774/0001-73**, com endereço à Rua Ferruccio Padovan, 57 sala 01 – Jd. Elvira Zanella I – Pariquera – Açu/SP CEP: 11.930-000 e com, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Sr. Felipe dos Santos Mesquita, brasileiro, casado, contador, portador da cédula de identidade RG nº 29.542.752-8, C.P.F. nº 314.257.538-33, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, Lei Municipal nº1697 de 17 de janeiro de 2023, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666/ 1993 e a Lei nº 1697/2023, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente a contratação de gestão, gerenciamento e execução do pronto atendimento municipal, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA 01. DO OBJETO

1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto Execução de serviços, cooperação técnica e operacional para gerenciamento e execução das atividades do Unidade Mista de Saúde Municipal. De Pedro Toledo.

1.1.1. Para atender ao disposto neste CONTRATO DE GESTÃO, as partes estabelecem:

I. Que a CONTRATADA dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitem o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

II. Que a CONTRATADA não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este CONTRATO DE GESTÃO com a PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO TOLEDO -SP.

1.2. O presente contrato de gestão observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e demais preceitos previstos no Art. 7º da Lei 9.67/1998 e dele são partes indissociáveis o edital e seus anexos, no que couber.

1.3. No ato da assinatura do contrato, a Organização Social convocada deverá apresentar o o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade devidamente aprovado nos termos do inciso VIII do Art. 4º da Lei 9.637/1998, fazendo-o publicar no prazo previsto no Art. 17 da mesma Lei.

**CONTRATO DE GESTÃO
GUAPIARA -SP**



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/SP
Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS

Cargo: **PREFEITO MUNICIPAL**

CPF: 322.781.618-06 RG: 42.619.996-0 SSP/SP

Data de Nascimento: **27/01/1985**

Endereço residencial completo: **Rua Vicente Romualdo da Cruz, 548, Jardim Canuto, Guapiara/SP**

E-mail institucional: **gabinete@guapiara.sp.gov.br**E-

mail pessoal: freitasrodolfo@aasp.org.br

Telefone(s): **15 3547-1142**

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS

Cargo: **PREFEITO MUNICIPAL**

CPF: 322.781.618-06 RG: 42.619.996-0 SSP/SP

Data de Nascimento: **27/01/1985**

Endereço residencial completo: **Rua Vicente Romualdo da Cruz, 548, Jardim Canuto, Guapiara/SP**

E-mail institucional: **gabinete@guapiara.sp.gov.br**E-

mail pessoal: freitasrodolfo@aasp.org.br

Telefone(s): **15 3547-1142**

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: FELIPE DOS SANTOS MESQUITA

Cargo: **REPRESENTANTE**

CPF: **314.257.538-33** RG: **29.542.752** SSP/SP

Data de Nascimento: **18/12/1984**

Endereço residencial completo: **Rua Orlando Patetoski, 90, Jardim Nova Cremona, Pariquera-Açu/SP**

E-mail institucional: **diretoria@institusantadulce.org.br**

E-mail pessoal:

Telefone(s): **13 3856 - 2019**

Assinatura: _____ 

Advogado: (*) Facultativo.

Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/SP
Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

MUNICÍPIO DE GUAPIARA
JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS
Prefeito Municipal
Contratante



INSTITUTO SANTA DULCE
Contratada

TESTEMUNHAS:

NOME: _____ RG: _____

NOME: _____ RG: _____



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/SP

Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

parte integrante deste Contrato.

2.1 Por este instrumento de aditamento, as partes acima mencionadas RETIFICAM a CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA do instrumento contratual mencionado, visando à alteração de seu vencimento, PRORROGANDO-O por mais 12(meses) contados a partir de 05 de AGOSTO de 2022, até 05/08/2023, para que possa haver continuidade dos serviços prestados à municipalidade, objetivando o pleno atendimento aos fins a que se destina.

CLAUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO

3.1. As partes RATIFICAM, como ratificados têm, todos os demais termos, cláusulas e atos do citado contrato, permanecendo inalteradas todas as suas demais cláusulas, para os fins de direito, inclusive os valores ali declarados.

CLAUSULA QUARTA - DA LEGALIDADE E DA VINCULAÇÃO

4.1. Este instrumento de aditamento é feito pelas partes, com observância do artigo 57, II, da Lei 8.666/93, o qual fica vinculado ao contrato original, para os fins de direito.

E de como assim o disseram, mandaram se fizesse este termo em 03 vias de igual teor e forma, que aceitam e assinam com as duas testemunhas abaixo.

Guapiara, 17 de JANEIRO de 2023.

4



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/SP

Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

SEGUNDO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO N° 045/2021 - CONTRATO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GUAPIARA - SP E A ENTIDADE INSTITUTO SANTA DULCE, CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL ESPECIALIZADA EM GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ABRANGENDO OS PROGRAMAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO HOSPITAL JOAQUIM RAIMUNDO GOMES E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIARA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua Egidio Seabra do Amaral, 260, Centro, nesta cidade de Guapiara - SP, CEP 18310-000, inscrito no CNPJ sob n° 46.634.678.30, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade n° 42.619.996-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob n° 322.781.618-06, residente nesta cidade, à Rua Vicente Romualdo da Cruz, 538 - Jardim Canuto - Guapiara/SP, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, junto à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, tendo como Gestora do Contrato, a Sra. Jordana Maria Menk Rodrigues, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da cédula de identidade RG n° 41.666.716-8 e inscrita no CPF/MF sob o número n° 309.296.618-00 e do outro lado, a entidade, INSTITUTO SANTA DULCE, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob n° 35.764.774/0001-73, sediada à Rua Ferruccio Padovan, n° 57 - Sala 01, Jardim Elvira Zanella, representado neste ato pelo seu Diretor Presidente, Sr. FELIPE DOS SANTOS MESQUITA, brasileiro, casado, contador, portador do CPF/MF n° 314.257.538-33, RG:29.542.752 ssp/sp doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo n° 2766/2021, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, por dispensa de licitação, têm justos e contratados os serviços ali previstos, com base no artigo 24, inciso IV, da Lei Federal n° 8.666/1993, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber, primeiro instrumento de ADITAMENTO, em relação ao contrato administrativo que firmaram sob o n° 045/2021, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLAUSULA PRIMEIRA - DOS OBJETOS

PRIMEIRA (DO OBJETO) - Pelo contrato administrativo de n° 045/2021, decorrente do CONTRATO EMERGENCIAL, firmado entre os **CONTRATANTES**, visando à ORGANIZAÇÃO SOCIAL ESPECIALIZADA EM GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ABRANGENDO OS PROGRAMAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO HOSPITAL JOAQUIM RAIMUNDO GOMES E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e execução de atividades e serviços de Saúde, conforme ANEXO I, e demais obrigações que assegure assistência universal e gratuita à população, de acordo com os documentos constantes no Processo Administrativo n° 2766/2021, os quais fazem

Sítio Eletrônico: <http://www.guapiara.sp.gov.br>

E-mail: guapiara@guapiara.sp.gov.br

1

41



PREFEITURA DE GUAPIARA

SECRETARIA DE SAÚDE

Rua Sete de Setembro, 92 - Centro

Guapiara - SP

tel: (15) 3547-1212 3547-1444

e-mail: saude@guapiara.sp.gov.br



PARECER CONCLUSIVO

O presente Parecer Conclusivo refere-se a Prestação de Contas, de recursos repassados ao Instituto Santa Dulce / Pariquera Açu (SP), referente ao mês de **MAIO/2022**, por esta Prefeitura, no valor de R\$ 993.417,26 (novecentos e noventa e três mil, quatrocentos e dezessete reais e vinte e seis centavos).

- Contrato de Gestão nº 045/2021 R\$ 993.417,26

A mesma foi recebida nesta Prefeitura Municipal de Guapiara / Secretaria de Saúde e analisada pelo setor competente, de cujos trabalhos, posso atestar que:

- Não houve ausência de comprovações, nem desvio de finalidade na aplicação dos recursos, portanto, não cabível de qualquer tipo de sanção;
- A Organização Social Instituto Santa Dulce, localiza-se a Rua Ferruccio Padovan, 57 – Sala 01 – Chácara 2 – Pariquera Açu (SP), com sede na Rua Major Justino Ferreira de Lima, 197 – centro – Guapiara (SP), e encontra-se em regular funcionamento;
- A finalidade da Organização Social, condiz com a maneira como foram aplicados os recursos;
- Os recursos foram aplicados em objeto para qual foram repassados, tendo-se alcançado os resultados propostos, bem como, obtida a economicidade em relação ao previsto em Programa Governamental;
- Cumpriram-se as cláusulas pactuadas em conformidade com a regulamentação que rege a matéria;
- Os gastos efetuados estão regulares, bem como, foram perfeitamente contabilizados conforme atestado pelos Controles Internos do Beneficiário e do Concessor;
- Os recolhimentos de Encargos Trabalhistas estão regulares quando a aplicação dos recursos envolve gastos com pessoal;
- As cópias dos documentos das despesas correspondem aos originais apresentados pelo beneficiário onde constam o tipo de repasse obtido e este Órgão como repassador;
- Houve atendimentos aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e economicidade.

Guapiara (SP) segunda-feira, 7 de agosto de 2023

Jordana Maria Menk Rodrigues

Waldimir de Oliveira e Silva

Paulo Rogério Sant'Ana

Priscila Maria Silvério Costa Lima Mori

Odete Elizabeth Alder

Priscila Maria Silvério Costa Lima Mori
Priscila



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/SP
Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: **JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS**

Cargo: **PREFEITO MUNICIPAL**

CPF: **322.781.618-06** RG: **42.619.996-0** SSP/SP

Data de Nascimento: **27/01/1985**

Endereço residencial completo: **Rua Vicente Romualdo da Cruz, 548, Jardim Canuto, Guapiara/SP**

E-mail institucional: **gabinete@guapiara.sp.gov.br**

E-mail pessoal: **freitasrodolfo@aasp.org.br**

Telefone(s): **15 3547-1142**

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: **JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS**

Cargo: **PREFEITO MUNICIPAL**

CPF: **322.781.618-06** RG: **42.619.996-0** SSP/SP

Data de Nascimento: **27/01/1985**

Endereço residencial completo: **Rua Vicente Romualdo da Cruz, 548, Jardim Canuto, Guapiara/SP**

E-mail institucional: **gabinete@guapiara.sp.gov.br**

E-mail pessoal: **freitasrodolfo@aasp.org.br**

Telefone(s): **15 3547-1142**

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: **FELIPE DOS SANTOS MESQUITA**

Cargo: **REPRESENTANTE**

CPF: **314.257.538-33** RG: **29.542.752** SSP/SP

Data de Nascimento: **18/12/1984**

Endereço residencial completo: **Rua Orlando Patetoski, 90, Jardim Nova Cremona, Pariquera-Açu/SP**

E-mail institucional: **diretoria@institusantadulce.org.br**

E-mail pessoal:

Telefone(s): **13 3856 - 2019**

Assinatura: _____

Advogado: (*) Facultativo.

Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/S.
Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

LOCAL e DATA: Guapiara, 05 de fevereiro de 2021.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 – CEP 18310-000 – Guapiara/SP
Fone (15) 35471142 Fax: (15) 35471148

ANEXO LC-01 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO (Contratos)

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE GUAPIARA/SP
CONTRATADA: INSTITUTO SANTA DULCE.
CONTRATO Nº: 045/2021 - 1º ADITAMENTO
ORIGEM: DISPENSA DE LICITAÇÃO 1/2021
OBJETO: Contratação Emergencial de Organização Social Especializada em Gerenciamento e Execução de Serviços Complementares Abrangendo os Programas Estratégicos de Saúde da Família no Hospital Municipal Joaquim Raimundo Gomes e ambulatório de especialidades

PROCESSO: 2766/2021

ADVOGADO(S)*:

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

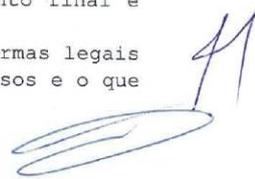
- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço - residencial ou eletrônico - ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damos-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Sítio Eletrônico: <http://www.guapiara.sp.gov.br>

E-mail: guapiara@guapiara.sp.gov.br





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



CLAUSULA QUINTA - DA LEGALIDADE CONTRATUAL

5.1. O presente instrumento de Aditamento é celebrado nos termos do § 1º do artigo 65, da Lei Federal 8.666/93, o qual fica vinculado ao contrato original nº 045/2021, originário do Contrato para todos os fins de direito.

E, Por estarem assim justas e acordadas para com os termos do presente Aditivo Contratual, as partes firmam o presente instrumento em 03 vias de igual teor, na presença de duas testemunhas.

Guapiara, 05 de Outubro de 2021.



MUNICÍPIO DE GUAPIARA
JOSÉ MATEUS DE FREITAS RODOLFO
PREFEITO MUNICIPAL
Contratante



INSTITUTO SANTA DULCE
FELIPE DOS SANTOS MESQUITA
DIRETOR PRESIDENTE
Contratada

TESTEMUNHAS:

01- _____ RG n°

02- _____ RG n°



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



SERVIÇOS COMPLEMENTARES ABRANGENDO OS PROGRAMAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO HOSPITAL JOAQUIM RAIMUNDO GOMES E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e execução de atividades e serviços de Saúde, conforme ANEXO I, e demais obrigações que assegure assistência universal e gratuita à população, de acordo com os documentos constantes no Processo Administrativo nº 2766/2021, os quais fazem parte integrante deste Contrato.

CLAUSULA SEGUNDA - DO ADITAMENTO

2.1. Por este instrumento de aditamento, as partes acima mencionadas **RETIFICAM** a CLÁUSULA OITAVA do instrumento contratual mencionado, visando à alteração de valores repassados, para que poss. haver continuidade dos serviços prestados à municipalidade.

2.2. O presente Termo Aditivo tem o valor total de **R\$ 192.683,93 (cento e noventa e dois mil seiscentos e oitenta e três e reais)** mensais pelo período de **(05/10/2021 a 05/08/2022)**, cujo valor global originário era de R\$ 9.322.800,00 (nove milhões trezentos e vinte e dois e oitocentos reais), passa a ter valor global de **R\$ 11.249.639,3 (onze milhões duzentos e quarenta e nove seiscentos e trinta e nove três centavos)**.

CLAUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. As despesas decorrentes da contratação do objeto deste presente Termo Aditivo correrão por conta dos recursos específicos consignados no Orçamento da Secretária Municipal de Saúde de Guapiara à conta dos recursos específicos consignados no Orçamento da Secretaria Municipal de saúde de Guapiara.

ELEMENTO: 3.3.90.39.00

Classificação Funcional 10.301.0008.2.051 Tesouro 1

Classificação Funcional 10.301.0008.2.055 VINC 5

Na respectiva dotação orçamentária - Ficha 304 e 306, cujo repasse dar - se a na modalidade do **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLAUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

4.1. As partes **RATIFICAM** todos os demais termos e cláusulas do contrato administrativo que vêm de retificar, os quais continuam inalterados, para que o mesmo possa surtir todos os seus legais e jurídicos efeitos.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



PRIMERO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO N° 045/2021 - CONTRATO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GUAPIARA - SP E A ENTIDADE INSTITUTO SANTA DULCE, CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL ESPECIALIZADA EM GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ABRANGENDO OS PROGRAMAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO HOSPITAL JOAQUIM RAIMUNDO GOMES E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

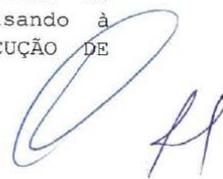
Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIARA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua Egidio Seabra do Amaral, 260, Centro, nesta cidade de Guapiara - SP, CEP 18310-000, inscrito no CNPJ sob n° 46.634.678.30, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade n° 42.619.996-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob n° 322.781.618-06, residente nesta cidade, à Rua Vicente Romualdo da Cruz, 538 - Jardim Canuto - Guapiara/SP, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, junto à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, tendo como Gestora do Contrato, a Sra. Jordana Maria Menk Rodrigues, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da cédula de identidade RG n° 41.666.716-8 e inscrita no CPF/MF sob o número n° 309.296.618-00 e do outro lado, a entidade, INSTITUTO SANTA DULCE, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob n° 35.764.774/0001-73, sediada à Rua Ferruccio Padovan, n° 57 - Sala 01, Jardim Elvira Zanella, representado neste ato pelo seu Diretor Presidente, Sr. FELIPE DOS SANTOS MESQUITA, brasileiro, casado, contador, portador do CPF/MF n° 314.257.538-33, RG:29.542.752 ssp/sp doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo n° 2766/2021, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, por dispensa de licitação, têm justos e contratados os serviços ali previstos, com base no artigo 24, inciso IV, da Lei Federal n° 8.666/1993, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber, primeiro instrumento de ADITAMENTO, em relação ao contrato administrativo que firmaram sob o n° 045/2021 em 05/08/2021, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLAUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Pelo contrato administrativo de n° 045/2021, decorrente do CONTRATO EMERGENCIAL, firmado entre os **CONTRATANTES**, visando à ORGANIZAÇÃO SOCIAL ESPECIALIZADA EM GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE

Sítio Eletrônico: <http://www.guapiara.sp.gov.br>

E-mail: guapiara@guapiara.sp.gov.br





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: **JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS**

Cargo: **PREFEITO MUNICIPAL**

CPF: **322.781.618-06** RG: **42.619.996-0** SSP/SP

Data de Nascimento: **27/01/1985**

Endereço residencial completo: **Rua Vicente Romualdo da Cruz, 548, Jardim Canuto, Guapiara/SP**

E-mail institucional: gabinete@guapiara.sp.gov.br

E-mail pessoal: freitasrodolfo@aasp.org.br

Telefone(s): **15 3547-1142**

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: **JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS**

Cargo: **PREFEITO MUNICIPAL**

CPF: **322.781.618-06** RG: **42.619.996-0** SSP/SP

Data de Nascimento: **27/01/1985**

Endereço residencial completo: **Rua Vicente Romualdo da Cruz, 548, Jardim Canuto, Guapiara/SP**

E-mail institucional: gabinete@guapiara.sp.gov.br

E-mail pessoal: freitasrodolfo@aasp.org.br

Telefone(s): **15 3547-1142**

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: **FELIPE DOS SANTOS MESQUITA**

Cargo: **PRESIDENTE**

CPF: **314.257.538-33** RG: **29.542.752** SSP/SP

Data de Nascimento: **18/12/1984**

Endereço residencial completo: **Rua Orlando Patetoski nº90 – Jd. Nova Cremona – Pariquera-Açu/SP**

E-mail institucional: diretoria@institusantadulce.org.br

E-mail pessoal:

Telefone(s): **13 3856 - 2019**

Assinatura: _____

Advogado: (*) Facultativo.

Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



Anexo IV

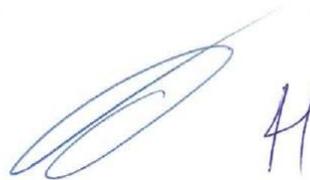
ANEXO LC-01 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO (Contratos)

CONTRATANTE: **MUNICÍPIO DE GUAPIARA/SP**
CONTRATADA: **INSTITUTO SANTA DULCE**
CONTRATO N°: 045/2021
ORIGEM: CHAMADA PÚBLICA N° 01/2021
OBJETO: **OPERACIONALIZAÇÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO HOSPITAL MUNICIPAL "JOAQUIM RAIMUNDO GOMES" E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**
PROCESSO: 2766/2021
ADVOGADO(S)*:

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:
 - a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
 - b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução n° 01/2011 do TCESP;
 - c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar n° 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
 - d) Qualquer alteração de endereço - residencial ou eletrônico - ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.
2. Damos-nos por NOTIFICADOS para:
 - a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
 - b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Guapiara SP 05 de Agosto de 2021





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-nail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



PARÁGRAFO SEXTO - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito do **CONTRATANTE** exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA – QUARTA DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 - Fica expressamente **vedada** a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência prestadas ao paciente.

14.2 - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

14.3 - A **CONTRATADA** poderá a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal da Saúde, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso tenha sido a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DA PUBLICAÇÃO

15.1 – O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado em Jornal de grande circulação oficial do município no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DO FORO

16.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Capão Bonito, Estado de São Paulo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

16.2 - E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

GUAPIARA/SP – 05 de Agosto de 2021.



JOSÉ MATHEUS RODOLFO FREITAS
Prefeito Municipal

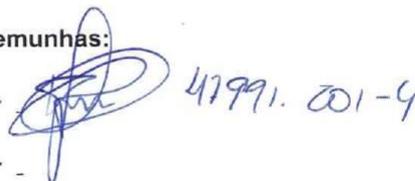


INSTITUTO SANTA DULCE
FELIPE DOS SANTOS MESQUITA
REPRESENTANTE LEGAL
CPF: 314.257.538-33 RG: 29.542.752 SSP/SP

Testemunhas:

1-

2-





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



PARÁGRAFO SEGUNDO - Em caso de rescisão unilateral por parte do **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Município arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** para execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, esta se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte do **CONTRATANTE**, por um prazo mínimo de 90 (noventa) dias contados a partir da denúncia do **CONTRATO DE GESTÃO**, devendo, no mesmo prazo quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA – TERCEIRA DAS PENALIDADES

13.1 - A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no **§ 2º do artigo 7º da Portaria nº 1.286/93**, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As sanções previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea “b”.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Prefeito Municipal, contados da data de publicação, na imprensa oficial, de decisão relativa à aplicação de penalidades.;

PARÁGRAFO QUARTO: Pela rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** por culpa da **CONTRATADA**, multa de **10%** sobre o valor mensal dos serviços contratados;

PARÁGRAFO QUINTO - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de prévia defesa da **CONTRATADA**.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



CLAUSULA NONA DA MANUTENÇÃO

9.1 - A **CONTRATADA** fica obrigada a desenvolver e executar plano de manutenção integrada, preventiva e corretiva, na unidade abrangendo a manutenção predial e os equipamentos existentes no local.

8.1 - Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, a importância global de **R\$ 9.322.800,00 (nove milhões trezentos e vinte e dois mil e oitocentos reais)**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor mensal será de **R\$ 776.900,00 (setecentos e setenta e seis mil e novecentos reais)**

CLÁUSULA DÉCIMA DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

10.1 - No primeiro ano de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em **R\$ 9.322.800,00 (nove milhões trezentos e vinte e dois mil e oitocentos reais)**, sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de **12 (doze) parcelas mensais**, mensais no valor de **R\$ 776.900,00 (setecentos e setenta e seis mil e novecentos reais)** até o 5º dia útil subsequente ao trabalhado, diretamente na Conta nº 34634-2, Agência, 730 Banco (748) - Banco Cooperativo Sicredi S.A.

CLÁUSULA DÉCIMA – PRIMEIRA DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

11.1 - O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como os seus anexos, deverá ser anualmente revisado, podendo ser alterados parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes. A incorporação de novas unidades e/ou serviços acarretará um reequilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO ÚNICO - O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, em razão de seu caráter transitório, é passível de adequação e atualização, a fim de implantar novas diretrizes de interesse da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DA RESCISÃO

12.1 - A rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A rescisão se dará por ato da **CONTRATANTE**, após manifestação do órgão de Assessoria Jurídica.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



CLÁUSULA OITAVA DOS RECURSOS FINANCEIROS

8.1 - Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, a importância global de **R\$ 9.322.800,00 (nove milhões trezentos e vinte e dois mil e oitocentos reais)**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor mensal será de **R\$ 776.900,00 (setecentos e setenta e seis mil e novecentos reais)** correspondente a este exercício financeiro, onerará a seguinte dotação orçamentária: **02.00.00/ 02.08.00/02.08.01/ 10.3010063.2045/ 3.3.90.39.00/ OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA/ FICHAS: 304, 305, 306 - 02.00.00/ 02.08.00/ 02.08.01/ 10.3010063.2046/ 3.3.90.39.00/ OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA/ FICHA: 350**, cujo repasse dar-se-á na modalidade do **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO SEGUNDO O valor dos exercícios subsequente em caso de prorrogação, correrão por conta dos recursos consignados na respectiva Lei orçamentária.

PARÁGRAFO TERCEIRO Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação sejam revertidos, exclusivamente, aos objetivos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUARTO - A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular a própria **CONTRATADA**, sendo os respectivos extratos de movimentação financeira deverão ser encaminhados mensalmente a **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUINTO - A CONTRATADA DEVERÁ- manter todos os PROGRAMAS IMPLANTADOS, inclusive os salários de cada uma das categorias envolvidas, bem como os benefícios e demais obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias, levando-se em conta a faixa salarial praticada na Base Territorial Sindical de cada uma das categorias envolvidas na execução do contrato de gestão, e outras obrigações específicas.

PARAGRAFO SEXTO - Com base nos meses de incidência de dissídio das diversas categorias de profissionais que atuem junto às **AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO HOSPITAL MUNICIPAL "JOAQUIM RAIMUNDO GOMES" E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES** haverá necessariamente e por consenso entre o **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, repactuação quanto aos valores de custeio mensal, que sobre a parcela correspondente a folha de pagamentos, contemplando nesta, índice percentual apurado pela convenção coletiva.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-nail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



Parágrafo único. Caberá à Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade à elaboração dos instrumentos para o monitoramento, avaliação e realização do acompanhamento do contrato e ainda,

- I – Acompanhamento e avaliação do presente contrato de gestão;
- II – Acompanhamento e análise das prestações de contas da organização social contratada;
- III – Elaboração e execução do Sistema de Pagamento com pedidos de reserva/empenho/liquidação;
- IV – Demais questões administrativas correlatas aos trâmites de Avaliação do Contrato de gestão e de Acompanhamento e sua Fiscalização.

CLÁUSULA QUARTA DO MATERIAL DE CONSUMO

4.1 – A aquisição de material de consumo, além de outros insumos necessários para a prestação dos serviços serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA QUINTA DA AVALIAÇÃO

5.1 - A **CONTRATADA** deverá elaborar relatório conclusivo semestralmente sendo encaminhado para a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** para avaliação

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A avaliação de que trata esta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados e encaminhados em tempo hábil para a realização da avaliação.

CLÁUSULA SEXTA DO ACOMPANHAMENTO

6.1 - A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será acompanhada pela **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, nos termos do disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SÉTIMA DO PRAZO DE VIGÊNCIA

7.1 - O prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de **12 (doze) meses**, tendo por termo inicial a data de sua assinatura dia **05/08/2021**, podendo ser renovado, até o limite estabelecido em lei, desde que demonstrado a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância das partes.

Parágrafo Único – Havendo a prorrogação e ou decorridos **12 (doze)** meses da execução dos serviços, a contratada poderá, através de requerimento específico, solicitar a correção das bases contratuais, pedindo que será recebido e analisado pela administração que, em sendo acolhido, autorizara a correção pelo **INPC (IBGE)** relativo ao período, ou outro índice que venha substituí-lo.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



2.38 - A Organização Social que firmar contrato de gestão com o Município deverá adotar Manual de Recursos Humanos contendo, no mínimo:

I – regras claras de recrutamento e seleção de empregados que observem a impessoalidade, a utilização de critérios técnicos na seleção e os seguintes parâmetros:

a) a contratação de empregados deverá ser precedida de ampla divulgação, inclusive quanto aos critérios de seleção, em meios de comunicação de larga circulação entre o público alvo;

b) A Organização Social que firmar contrato de gestão com o Município deverá adotar Manual de Recursos Humanos contendo, no mínimo:

II – a política de desenvolvimento técnico-profissional dos empregados;

III – o detalhamento da relação empregatícia da Organização Social com seus empregados, os princípios básicos da gestão do pessoal e os procedimentos quanto:

a) aos direitos e deveres dos empregados;

b) ao regime disciplinar, às normas de apuração de responsabilidade e às penalidades previstas.

c) à formação e ao treinamento do pessoal.

2.39 - As exigências contida no item anterior não se aplicam à contratação de serviços técnicos especializados, às locações de serviços, ao preenchimento de funções de direção de indicação pelo Conselho de Administração da organização e aos serviços contratados por prazo determinado ou pelo prazo previsto para o término de trabalho objeto de contratação; Manual de Recursos Humanos deverá ocorrer em até 90 (noventa) dias da assinatura do contrato de gestão.

CLÁUSULA TERCEIRA DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 - Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, o **CONTRATANTE** obriga-se a:

3.1.1 - Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

3.1.2 - Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, fazendo o repasse mensal;

3.1.3 - Programar no orçamento do Município, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

3.1.4 - Responsabilizar-se-á pelas despesas e/ou encargos financeiros gerados por conta de eventual atraso nos repasses financeiros, desde que tal atraso não seja provocado, por qualquer motivo, pela **CONTRATADA**.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



inerentes à execução deste CONTRATO, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas e previdenciárias decorrentes, observando-se o disposto da Lei. 9.637/98

2.31 - Fornecer equipamentos de proteção individual (EPI's) e uniformes e crachás de identificação aos profissionais em exercício na unidade hospitalar.

2.32 - Disponibilizar profissional para substituição de férias em todas as categorias envolvidas.

2.33 - Comunicar qualquer anormalidade durante a execução dos serviços à Gestora da presente Contratação, a Secretaria Municipal de Saúde.

2.34 - A organização social fará publicar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

2.35 - A Organização Social deverá até o dia 15 de cada mês apresentar à Secretaria Municipal responsável os relatórios financeiros e o relatório de execução do objeto do contrato de gestão, referentes ao mês anterior, e ainda:

I - Trimestralmente, até o dia 30 do mês subsequente ao trimestre, a Organização Social deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde da área de atuação o relatório descritivo de execução do objeto do contrato de gestão referente ao trimestre.

II - Anualmente, até o dia 31 de maio, a Organização Social deverá encaminhar à responsável, o balanço patrimonial da entidade e demonstrativos financeiros, devidamente aprovados pelo Conselho de Administração da entidade.

2.36 - A Contratada deverá manter regulamento próprio contendo os procedimentos que a Organização Social adotará para as **compras e contratação de obras e serviços**, com emprego de recursos provenientes do Poder Público, que terá por objetivo proporcionar a escolha da proposta mais vantajosa à Organização Social, de forma transparente, assegurando-se tratamento isonômico aos interessados em contratar com o Público, conforme previsto no art. 02 da Lei municipal de nº 1979 de 19 de Abril de 2017, objetivando proporcionar a escolha da proposta mais vantajosa à Organização Social, de forma transparente, assegurando-se tratamento isonômico aos interessados em contratar (conforme disposições contidas na Lei 8.666/93(LCC) e suas alterações.

2.37 - O Conselho de Administração da **Organização Social** deverá aprovar um plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, conforme previsto no art. 4, VIII, da Lei nº municipal 1979 de 19 de Abril de 2017, o qual conterà, no mínimo:

I - o plano de administração de cargos e salários com foco no reconhecimento do mérito, na capacitação profissional e no desempenho dos seus empregados;

II - a previsão de remuneração, conforme as responsabilidades e qualificações necessárias para o desempenho da função, conforme os padrões utilizados no setor para cargos com responsabilidades semelhantes;

III - os critérios de concessão de benefícios e vantagens aos empregados.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-nail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



2.16 - Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação e conseqüente extinção da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**;

2.17 - No caso do item anterior, a entidade deverá transferir, integralmente, ao **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe tenham sido destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde objeto do presente contrato, cujo uso dos equipamentos lhe sejam permitidos;

2.18 - Responsabilizar-se pelas despesas e/ou encargos financeiros gerados por conta de atrasos de pagamentos para fornecedores e ou prestadores de serviços não decorrentes de eventual atraso nos repasses financeiros por parte do **CONTRATANTE**.

2.19 - Prestar esclarecimentos a **CONTRATANTE** por escrito sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a **CONTRATADA**, independentemente de solicitação expressa.

2.20 - Divulgar informações acerca da prestação dos serviços objeto deste contrato somente havendo autorização expressa da **CONTRATANTE**.

2.21 - Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações assumidas, bem como todas as condições de habilitação e qualificação exigidas durante o Processo de Seleção.

2.22 - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nem nos fluxos de atenção consolidados, tampouco na estrutura física da unidade hospitalar, sem prévia expressa da **CONTRATANTE**.

2.23 - Notificar a **CONTRATANTE** de eventual alteração de sua razão social ou de mudança em sua diretoria, ou estatuto enviando-lhe no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

2.24 - Reconhecer a prerrogativa de controle da autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que havendo alteração decorrente de tais competências normativas, o contrato será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

2.25 - Para fins de garantia do cumprimento da CLT – Consolidação das Leis de Trabalho deve ser provisionado pela **CONTRATADA** os recursos de encargos e benefícios trabalhistas.

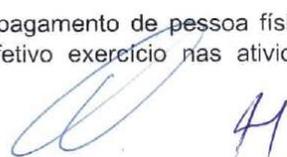
2.26 - Manter observância aos Atos Normativos emanados da Gestão Municipal de Saúde do Município.

2.27 - O presente contrato somente poderá servir como garantia de qualquer operação financeira, quando destinado exclusivamente ao objeto deste contrato.

2.28 - Executar todos os programas com efetividade, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

2.29 - Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações emanadas pela **CONTRATANTE** elaboradas com base no acompanhamento e supervisão no cumprimento efetivo do Cronograma estabelecido.

2.30- Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento de pessoa física ou jurídica que vier a ser necessário e se encontrar em efetivo exercício nas atividades





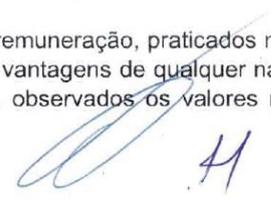
Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-nail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



- V – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- VI – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- VII – XX;
- VIII - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos,
- 2.4 – Contratar pessoal para a execução das atividades previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença, devendo, ainda, nesse contexto:
- 2.5 - Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes.
- 2.6 - Contratar serviços de terceiro, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes, sem prejuízo da disponibilização dos respectivos instrumentos contratuais.
- 2.7 - Responsabilizar-se perante pacientes por eventual indenização de danos morais e materiais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**, bem como de ações judiciais, que lhe venham a ser atribuídas por força da lei, relacionadas com o cumprimento do presente contrato.
- 2.8 - Respeitar e fazer com que seus profissionais respeitem as normas de medicina segurança do trabalho, identificação, disciplina e demais regulamentos vigentes estabelecidos pela **CONTRATANTE**, bem como atentar para as regras de cortesia no local onde serão executados os serviços objeto deste Contrato.
- 2.9 - Responder perante a **CONTRATANTE**, pela conduta, frequência e pontualidade dos seus empregados designados para a execução dos serviços objeto deste Contrato.
- 2.10 - Responder perante a **CONTRATANTE**, especialmente, pela frequência **dos Médicos e colaboradores**, garantindo que não haja qualquer interrupção na prestação dos serviços.
- 2.11 - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo **"INSTITUTO SANTA DULCE"**, devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada e certificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição que serão prestados;
- 2.12 - Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhes sejam permitido;
- 2.13 - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições, se responsabilizando pelo seu mau uso;
- 2.14 - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser incorporados ao patrimônio do Município, hipótese em que a **CONTRATADA** deverá entregar ao **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens.
- 2.15 - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada de saúde da região, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**, observados os valores médios praticados pela **CONTRATANTE**;





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-nail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



1.3 - Atendidos o interesse público, as metas pactuadas e os resultados obtidos na gestão da unidade descrita acima, e seus serviços, bem como aquelas que vierem a integrá-la, e que poderão passar a ser progressivamente geridas pela **CONTRATADA**. A incorporação de novas unidades e/ou serviços acarretará um reequilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO ÚNICO Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, as partes estabelecem:

- I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.
- II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este **CONTRATO DE GESTÃO** com o **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2.1 - São da responsabilidade da **CONTRATADA**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas integrantes deste **CONTRATO DE GESTÃO** e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal, que regem a presente contratação, as seguintes:

2.2 - Prestar os serviços de saúde que estão estabelecidos neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde -, especialmente o disposto na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II - Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existente no Município;
- III - Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- IV - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VII - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VIII - Fomento dos meios para participação da comunidade;
- IX - Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2.3 - Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá ainda observar:

- I - Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- II - Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- III - XX;
- IV - XX;





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



RAIMUNDO GOMES" E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES, em conformidade com o Edital de Chamada pública nº 001/2021 - Processo nº 2766/2021 e todos os seus Anexos que integram este instrumento, como se aqui estiverem transcritos.

1.2 - Integra o objeto do presente contrato de gestão, a seguinte unidade de saúde, Hospital Municipal, Ambulatorio de Especialidade, ESF e micro áreas:

1.2.1 – ESF Santo Antonio – Endereço: Rua Brasil, S/N - Vila Brasil - Guapiara, **Bairro:** Vila Brasil, **Cidade:** Guapiara, **Estado:** SP, **CEP:** 18310-000, Micro Áreas: Santo Antonio, Pe. Dragone, CDHU, Cachoeira I, Cachoeira II, Cachoeira Cristal, Km 5, Macedo de Cima, Macedo de Baixo e Jardim Canuto;

1.2.2 - ESF Jardim Canuto - Endereço: Rua Getulio Gato - Jad Canuto – Guapiara, **Bairro:** Jad Canuto, **Cidade:** Guapiara, **Estado:** SP, Micro Área: Jardim Canuto, Centro, Santa Luzia, Jardim Canuto, Pe. Dragone;

1.2.3 – ESF Pinheiros - Endereço: Bairro Pinheiros - Pinheiros – Guapiara, **Bairro:** Pinheiros, **Cidade:** Guapiara, **Estado:** SP, **CEP:** 18310-000, Micro Área: Pinheiros, Capela do Alto, Pinheiros Santana, Pinheiros Costas, Pinheiros Nunes, Alegre de Cima, Alegre de Baixo, Areia Branca, Buenos, Cravo da Capela e Horical;

1.2.4 – ESF Monjolada – Endereço: Bairro Monjolada - Monjolada – Guapiara, **Bairro:** Monjolada, **Cidade:** Guapiara, **Estado:** SP, Micro Área: Monjolada, Gracianada, Limas, Tigres, Capuavada, Pica-Pau, Caetanos, Santana, Pedra Branca, Paes, Alecrim, Ferreirada, Motas, Motinha, Pinhal, Cachoeira, Domingues e Capuavinha;

1.2.5 – ESF Elias - Endereço: Bairro Elias - Bairro Elias – Guapiara, **Bairro:** Bairro Elias, **Cidade:** Guapiara, **Estado:** SP – Micro Área Elias, Gomes, Araçaeiro, Pianos, Macedo de Cima, Macedo de Baixo, Capuava da Limeira, Água Fria de Baixo, Água Fria de Cima, Cravos dos Elias e Incaleza;

1.2.6 – ESF Empossados – Endereço: Bairro Empossados - Empossados – Guapiara, **Bairro:** Empossados, **Cidade:** Guapiara, **Estado:** SP, Micro Área: Empossados, Capinzal, Fazendinha, Franciscos, Samambaia, Tijuco, Lavras, Santana, Km 7, Ribeirãozinho, Santaninha, Quintinos e Capinzal de Baixo;

1.2.7 – ESF Ribeiros – Endereço: Rua Vila Ribeiros - Ribeiros – Guapiara, **Bairro:** Ribeiros, **Cidade:** Guapiara **CEP:** 18310-000, **Estado:** SP, Micro Área Vila Ribeiros, Bairro Ribeiros, Pocinho de Baixo, Pocinho de Cima, Antunes, Claudinos, São José Abaixo, Lameus, Paiol Grande;

1.2.8 – Hospital Municipal “Joaquim Raimundo Gomes” e Ambulatório de Especialidades Municipal - Endereço: Rua 21 de Abril, 19 – Centro – Guapiara, **Bairro:** Centro, **Cidade:** Guapiara, **CEP:** 18310-000, **Estado:** SP, **Telefone:** 15-3547-1270.





Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



MINUTA DE CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO Nº.045/2021

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GUAPIARA – SP E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAÇÃO, GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO HOSPITAL MUNICIPAL “JOAQUIM RAIMUNDO GOMES” E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE GUAPIARA /SP**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Sito na Rua Egidio Seabra do Amaral Sito na Rua Egidio Seabra do Amaral 260, Centro, Guapiara SP CEP 18.310-000., Centro, Guapiara SP CEP 18.310-000, inscrita no CNPJ(MF). sob nº 46.634.275/0001-88 representado pelo Prefeito Municipal Sr. JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade nº 42.619.996-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob nº 322.781.618-06, residente nesta cidade, à Rua Vicente Romualdo da Cruz, 538 – Jardim Canuto - Guapiara/SP, doravante denominado **CONTRATANTE**, junto à **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, tendo como Gestora do Contrato, a Sra. Jordana Maria Menk Rodrigues, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da cédula de identidade RG nº 41.666.716-8 e inscrita no CPF/MF sob o número nº 309.296.618-00, nomeada pela Portaria nº 04/2021 de 04/01/2021 e de outro lado a INSTITUTO SANTA DULCE, qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE** no Município de Guapiara – Estado de São Paulo, nos autos do processo administrativo nº 2766/2021 da modalidade Chamada Pública nº 01/2021, com CNPJ /MF nº. 35.764.774/0001-73, com sede no endereço na Rua Ferrucio Padovan, nº 57 – Sala 01, Jardim Elvira Zanella, Pariquera - Açu/SP, CEP 11.930-000 e com estatuto arquivado no CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS DE JACUPIRANGA/SP - Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica, microfilmado sob nº. 6823, neste ato representada por seu Diretor-Presidente, Sr. Felipe dos Santos Mesquita, brasileiro, casado, contador, R.G. nº 29.542.752 SSP/SP, C.P.F(MF). nº 314.257.538-33, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei nº Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a Lei Municipal nº 1.979, 19 de abril de 2017, Portaria Municipal de nº187 de 01 de Junho de 2021, Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993 e suas alterações e Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos em unidades de saúde do município, a CHAMADA PÚBLICA Nº. 001/2021 - Processo nº 2766/2021, e as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

1.1 - CONTRATO DE GESTÃO Nº 045/2021

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização, o gerenciamento e a execução das ações e serviços de saúde, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde na **SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO HOSPITAL MUNICIPAL “JOAQUIM**

14



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



saúde, conforme ANEXO I, e demais obrigações que assegure assistência universal e gratuita à população, de acordo com os documentos constantes no Processo Administrativo nº 23/2021, os quais fazem parte integrante deste Contrato.

CLAUSULA SEGUNDA - DO ADITAMENTO

2.1. Por este instrumento de aditamento, as partes acima mencionadas **RETIFICAM** a CLÁUSULA NONA do instrumento contratual mencionado, visando à alteração de seu vencimento, **PRORROGANDO-O POR 60 (sessenta) dias de 11 de Março de 2021 até 11 de Maio de 2021.**

2.2. O valor global contratado continua o mesmo, pelo novo período (11/03/2021 a 11/05/2021), de **R\$ 85.329,51** (oitenta e cinco mil trezentos e vinte e nove reais e cinquenta e um centavos), mensais.

CLAUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO

3.1. As partes **RATIFICAM** todos os demais termos e cláusulas do contrato administrativo que vêm de retificar, os quais continuam inalterados, para que o mesmo possa surtir todos os seus legais e jurídicos efeitos.

CLAUSULA QUARTA - DA LEGALIDADE CONTRATUAL

4.1. O presente instrumento de Aditamento é celebrado nos termos do § 1º do artigo 65, da Lei Federal 8.666/93, o qual fica vinculado ao contrato original nº 002/2021, originário do Contrato Emergencial para todos os fins de direito.

E, Por estarem assim justas e acordadas para com os termos do presente Aditivo Contratual, as partes firmam o presente instrumento em 03 vias de igual teor, na presença de duas testemunhas.

Guapiara, 11 de Março de 2021.

MUNICÍPIO DE GUAPIARA
JOSÉ MATHEUS DE FREITAS RODOLFO
PREFEITO MUNICIPAL
Contratante

INSTITUTO SANTA DULCE
IBRAHIM ROGÉRIO JAROCHINSKI
DIRETOR PRESIDENTE
Contratada

TESTEMUNHAS:

01- _____ RG nº _____
02- _____ RG nº _____

Sítio Eletrônico: <http://www.guapiara.sp.gov.br>

E-mail: guapiara@guapiara.sp.gov.br



Prefeitura Municipal de Guapiara

CNPJ 46.634.275/0001-88

Rua Egidio Seabra do Amaral, 260 - Fone (15) 3547-1142/1148 Ram 37
CEP 18310-000 - Guapiara - Estado de São Paulo.
E-mail: compras@guapiara.sp.gov.br - Site - www.guapiara.sp.gov.br



PRIMERO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO N° 002/2021 - CONTRATO EMERGENCIAL, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GUAPIARA - SP E A ENTIDADE INSTITUTO SANTA DULCE, CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL ESPECIALIZADA EM GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ABRANGENDO OS PROGRAMAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPIARA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua Egidio Seabra do Amaral, 260, Centro, nesta cidade de Guapiara - SP, CEP 18310-000, inscrito no CNPJ sob n° 46.634.678.30, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. JOSÉ MATHEUS RODOLFO DE FREITAS, brasileiro, casado, advogado, portador da cédula de identidade n° 42.619.996-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob n° 322.781.618-06, residente nesta cidade, à Rua Vicente Romualdo da Cruz, 538 - Jardim Canuto - Guapiara/SP, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, junto à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, tendo como Gestora do Contrato, a Sra. Jordana Maria Menk Rodrigues, brasileira, solteira, enfermeira, portadora da cédula de identidade RG n° 41.666.716-8 e inscrita no CPF/MF sob o número n° 309.296.618-00 e do outro lado, a entidade, INSTITUTO SANTA DULCE, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob n° 35.764.774/0001-73, sediada à Rua Ferruccio Padovan, n° 57 - Sala 01, Jardim Elvira Zanella, representado neste ato pelo seu Diretor Presidente, Sr. Ibrahim Rogério Jarochinski Marinho, brasileiro, casado, biomédico, portador do CPF/MF n° 131.930.538-74, doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo n° 23/2021, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, por dispensa de licitação, têm justos e contratados os serviços ali previstos, com base no artigo 24, inciso IV, da Lei Federal n° 8.666/1993, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber, primeiro instrumento de ADITAMENTO, em relação ao contrato administrativo que firmaram sob o n° 001/2021 em 13/01/2021, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLAUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Pelo contrato administrativo de n° 001/2021, decorrente do CONTRATO EMERGENCIAL, firmado entre os **CONTRATANTES**, visando à EMERGENCIAL DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL ESPECIALIZADA EM GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES ABRANGENDO OS PROGRAMAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e execução de atividades e serviços de