

**PROPOSTA DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO, A
OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA UPA DR.
JAMIL SEBBA, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº
02/2024**



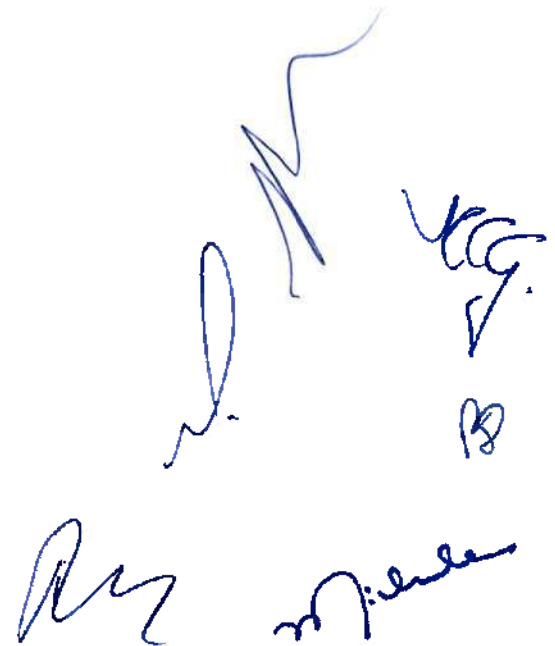
Parte


1/2

**CATALÃO
2024**

**PROPOSTA DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO, A
OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA UPA DR.
JAMIL SEBBA, EM REGIME DE 24 HORAS/DIA - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº
02/2024**

**CATALÃO
2024**



ÍNDICE

1. Título	12
2. Modelo Gerencial	12
2.1. Apresentação da entidade	12
2.2. Contextualização da população beneficiada e do território habitado pela mesma, através da apresentação do perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, bem como da rede de serviços disponível	13
2.3. Objetivo geral e objetivos específicos	19
2.3.1. Objetivo geral	19
2.3.2. Objetivos específicos	20
2.4. Caracterização do modelo gerencial proposto	22
2.5. Indicadores de impacto e ferramentas de modernização gerencial propostas	24
2.5.1. Indicadores de impacto	24
2.5.2. Ferramentas e instrumentos de modernização gerencial	28
2.6. Limites e responsabilidades que a entidade irá assumir	31
2.7. Modelo de relacionamento entre a entidade, a SMS e demais órgãos do Poder Público	33
2.8. Descrição do modelo de regulação assistencial	38
2.8.1. Regulação de Acesso	38
2.8.2. Núcleo Interno de Regulação	40
2.9. Cronograma proposta para implantação e pleno funcionamento dos serviços	42
3. Atividade	43
3.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera compreendendo: recepção, triagem, estabelecimento de prioridades de atendimento, orientações aos usuários e redirecionamento	43
3.1.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera	43
3.1.2. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento	44
3.1.3. Proposta de fluxo para otimizar o atendimento	45
3.1.4. Atividades que comporão o fluxo de Atendimento	47

3.1.5. Orientações ao usuário no Acolhimento com Classificação de Risco	52
3.1.6. Encaminhamento do paciente para outras unidades	58
3.1.7. Alta com prescrição e orientações necessárias, permanência sob observação clínica e encaminhamento à unidade hospitalar referenciada	59
3.2. Fluxo operacional para material médico-hospitalar e medicamentos compreendendo a seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição	62
3.2.1. Diretrizes gerais	62
3.2.2. Fluxo de seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares	62
3.2.2.1. Competências da gestão de estoque	65
3.2.2.2. Procedimento Operacional Padrão	66
3.2.2.3. Especificações técnicas de recebimento de mercadorias recebimento de medicamentos e materiais	68
3.2.2.4. Qualificação do desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios de qualificação de fornecedores, definidos pela instituição	69
3.3. Fluxos para registros de documentos de usuários e administrativos com a apresentação das ações definidas para a inserção de informações referentes ao paciente necessárias à realização dos atendimentos assistenciais em âmbito da UPA	71
3.4. Fluxo para resíduos de saúde definindo os aspectos intra e extra estabelecimento, prevendo as ações a geração até a disposição final dos resíduos	74
3.4.1. Descrição do fluxo de resíduos	77
3.4.2. Classificação do resíduo	80
3.4.3. Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação	81
3.5. Fluxo unidirecional de materiais da CME	87
3.5.1. Fluxo para materiais esterilizados	95
3.6. Proposta de regimento interno para a UPA	97
3.7. Apresentar as rotinas de recursos humanos a ser implementada na UPA, contendo o dimensionamento do RH, proposta de regulamento próprio de Recrutamento e seleção; e métodos de avaliação	104
3.7.1. Introdução	104
3.7.2. Rotinas de Recursos Humanos	105
3.7.2.1. Recrutamento	105

3.7.2.2. Admissão de colaborador	107
3.7.2.3. Direitos e deveres dos colaboradores	109
3.7.2.4. Jornada de trabalho	110
3.7.2.5. Afastamentos	115
3.7.2.6. Férias	118
3.7.2.7. Treinamento e desenvolvimento profissional	121
3.7.2.8. Do regime disciplinar	124
3.7.2.9. Saúde e segurança do trabalho	126
3.7.2.9.1. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO	126
3.7.2.9.2. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA	128
3.7.3. Minuta de Regulamento Próprio de Seleção para Admissão de Pessoal	131
3.7.4. Avaliação de desempenho	140
3.7.4.1. Definição	140
3.7.4.2. Objetivo	140
3.7.4.3. Quem será avaliado	140
3.7.4.4. Responsabilidades do avaliador	142
3.7.4.5. Responsabilidades do avaliado	142
3.7.4.6. Plano de Desenvolvimento Individual	143
3.7.4.7. Periodicidade da avaliação	143
3.7.4.8. Modalidades de progressão	143
3.7.4.9. Colaboradores afastados	145
3.7.4.10. Mudança de lotação/setor	145
3.8. Apresentar Instrução/manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos	146
3.8.1. Introdução	146
3.8.2. Estrutura	146
3.8.4. Sistemas de Informação / MS	148
3.8.5. Fluxo para faturamento dos serviços	148
3.8.5.1. Faturamento ambulatorial (BPA/BPAi)	149

3.8.6. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES	156
3.8.7. Ações para otimizar o serviço de faturamento	156
3.9. Apresentar Instrução/manual de rotinas administrativas o almoxarifado (exceto medicamentos e materiais médico-hospitalares), patrimônio e financeiro	158
3.9.1. Conceito Básico	158
3.9.2. Ativo Imobilizado	158
3.9.3. Classificação dos Bens	159
3.9.4. Destinação dos materiais conforme seu estado físico	164
3.9.5. Sistema de Controle do Patrimônio	165
3.9.5.1. Instrumentos utilizados para controle do patrimônio	166
3.9.5.2. Sistema eletrônico de patrimônio	167
3.9.5.3. Organização documental do setor de patrimônio	167
3.9.6. Classificação de Materiais Permanentes	168
3.9.7. Setor de Almoxarifado	168
3.9.7.1. Comissão de Recebimento de Material	168
3.9.8. Depreciação	171
3.9.9. Reavaliação	173
3.10. Apresentar proposta de regulamento próprio de compras, contratação de obras e serviços, com manual de compras a ser adotado	176
3.11. Apresentar Proposta de Educação Permanente em Saúde que contemple a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde	197
3.11.1. Introdução	197
3.11.2. Objetivo geral	197
3.11.3. Fundamentação teórica	198
3.11.3.1. Educação continuada e educação permanente	198
3.11.3.2. Unidades de urgência e emergência	199
3.11.4. Metodologia	200
3.11.4.1. Local onde será realizada a intervenção	200
3.11.4.2. Sujeitos envolvidos na intervenção	200

3.11.4.3. Procedimentos	200
3.11.4.4. Avaliação	203
3.11.4.5. Considerações finais	204
3.11.4.6. Referências	205
3.12. Proposta de Pesquisa Periódica/Contínua de Satisfação do Servidor, com definição de uso das informações	207
3.12.1. Estrutura e funcionamento do SAU	207
3.12.2. Fluxo de implantação do SAU	207
3.12.3. Proposta de Pesquisa de Satisfação dos Usuários	209
3.12.4. Proposta de Pesquisa de Satisfação dos colaboradores	215
3.13. Apresentar protocolos assistenciais que serão adotados na UPA	218
3.14. Proposta de gestão de manutenção predial-ambiência	219
3.14.1. Objetivo	219
3.14.2. Destinatários	219
3.14.2.1. Considerações gerais	219
3.14.2.2. Atribuições e competências	220
3.14.3. Procedimentos	223
3.14.3.1. Planejamento da manutenção	223
3.14.3.2. Tipos de manutenção	224
3.14.3.3. Prioridade de atendimento e grau de importância	225
3.14.4. Planos de inspeção e manutenção	229
3.14.5. Solicitações e ordens de serviço	230
3.15. Proposta de gestão do parque tecnológico (manutenção preventiva e corretiva)	232
3.15.1. Introdução	232
3.15.2. Tipos de manutenção	232
3.15.3. Plano de manutenção preventiva	234
3.15.4. Inventário	237
3.15.5. Sistema de codificação do equipamento	238
3.15.6. Ficha vida do equipamento	240

3.15.7. Local da realização das manutenções	241
3.15.8. Armazenamento de documentos	241
5.15.9. Abertura de chamado para manutenção corretiva	242
3.15.10 - Roteiro para manutenção corretiva	244
3.15.11. Seleção de equipamentos para manutenção preventiva	247
3.15.12. Cronograma de manutenção preventiva	248
3.15.13. Checklist de manutenção preventiva	250
3.15.14. Roteiro para Manutenção Preventiva	253
3.16. Proposta de implantação de projeto de compliance (programa de integridade)	255
4. Área de qualidade	258
4.1. Apresentação de Programas de gestão da qualidade implantados, em desenvolvimento ou propostos pela Organização Social. Apresentar plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação e orçamento previsto	258
4.1.1. Objetivos	258
4.1.2. Plano de ação para atendimento dos objetivos	258
4.1.2.1. Segurança do paciente	259
4.1.2.1.1. Gestão de riscos assistenciais e tecnológicos	261
4.1.2.1.2. Núcleo de Segurança do Paciente	261
4.1.2.2. Avaliação Interna de Qualidade	262
4.1.2.3. Gestão de documentos institucionais	263
4.1.2.4. Vigilância epidemiológica da unidade	263
4.1.2.4.1. Controle de Infecções	264
4.1.2.5. Gestão à Vista	266
4.1.2.6. Projetos de melhoria da qualidade	266
4.1.2.7. Educação em saúde	267
4.2.2.8. Humanização	268
4.1.3. Resultados esperados	269
4.1.4. Cronograma	269

4.1.5. Orçamento	270
4.2. Proposta de acolhimento com classificação de risco, risco com metodologias validadas, tomando por base a Portaria GM/MS nº 10/2017	271
4.2.1. Introdução	271
4.2.2. Objetivos do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)	272
4.2.3. Atribuições das equipes de ACCR	272
4.2.4. Orientações gerais para o fluxo de pacientes no acolhimento e na classificação de risco	276
4.2.4.1. Como definir RISCO ou PRIORIDADE no acolhimento?	276
4.2.4.2. Avaliação inicial	277
4.2.4.3. Como acontece a Classificação de Risco?	277
4.2.5. Passo a passo do Acolhimento com Classificação de Risco	279
4.2.6. Situações especiais de atendimento	281
4.2.7. Avaliação e assistência de enfermagem para pacientes adultos	282
4.2.7.1. Roteiro para a consulta de enfermagem	284
4.2.7.2. Observações importantes	284
4.2.8. Avaliação e assistência de enfermagem para pacientes pediátricos	285
4.2.8.1. Observações importantes para atendimento em crianças em situações de emergência	286
4.2.9. Descritores de Atendimento Adulto	288
4.2.10. Descritores Atendimento Pediátrico	292
4.2.11. Fluxograma de atendimento adulto	296
4.2.12. Fluxograma de atendimento pediátrico	297
4.2.13. Fluxograma de atendimento vítima de violência	298
4.3. Proposta para implantação de núcleo de segurança do paciente	300
4.3.1. Proposta e regimento interno	300
4.3.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	310
4.4. Proposta para implantação de protocolo Parada respiratória e cardiorrespiratória, conforme ACLS, com adaptações para a UPA	311
4.4.1. Introdução	311

4.4.2. Epidemiologia	311
4.4.3. Diagnóstico	314
4.4.4. Tratamento	317
4.4.5. Leitura complementar	332
4.5. Proposta de implantação protocolo IAM, conforme ACLS, com adaptações para a UPA	335
4.5.1. Introdução	335
4.5.2. Redes de tratamento de IAM	336
4.5.3. Fisiopatologia	337
4.5.4. Eletrocardiograma	341
4.5.5. Tratamento	347
4.6. Proposta de implantação atendimento ao trauma conforme ATLS, com adaptações para a UPA	354
4.6.1. Introdução	354
4.6.2. Como se inicia o atendimento à vítima de trauma?	355
4.6.3. Como é realizada a avaliação inicial desse paciente?	356
4.6.4. Qual é o próximo passo após a avaliação primária?	364
4.7. Proposta de implantação de protocolo de insuficiência respiratória aguda	369
4.7.1. Introdução	369
4.7.2. Objetivos	370
4.7.3. História clínica e exame físico	370
4.7.4. Exames diagnósticos indicados	371
4.7.5. Tratamento indicado e plano terapêutico	375
4.7.6. Critérios para internação	379
4.7.7. Critérios de mudança terapêutica	379
4.7.8. - Critérios de alta ou transferência	380
4.7.9. Fluxograma de atendimento	380
4.8. Proposta de implantação de protocolo AVC conforme ACLS, com adaptações para a UPA	381

4.8.1. Introdução	381
4.8.2. Epidemiologia	381
4.8.3. Tempo é cérebro	382
4.8.4. Suspeita clínica e diagnósticos diferenciais	383
4.9. Comissões obrigatórias	401
4.9.1. Comissão de Revisão de Prontuários	401
4.9.1.1. Proposta e regimento interno	401
4.9.1.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	408
4.9.2. Comissão de Ética Médica	409
4.9.2.1. Proposta e regimento interno	409
4.9.2.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	419
4.9.3. Comissão de Ética de Enfermagem	420
4.9.3.1. Proposta e regimento interno	420
4.9.3.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	432
4.9.4. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde	433
4.9.4.1. Proposta e regimento interno	433
4.9.4.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	442
4.9.5. Comissão de Revisão de Óbitos	443
4.9.5.1. Proposta e regimento interno	443
4.9.5.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	449
4.9.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica	450
4.9.6.1. Proposta e regimento interno	450
4.9.6.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	455
4.9.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	456
4.9.7.1. Proposta e regimento interno	456
4.9.7.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	466
4.9.8. Outras comissões	467
4.9.8.1. Comitê transfusional	467



4.9.8.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	470
5. Qualidade técnica	471
5.1. Gestão de unidades e/ou redes de atenção básica, Programa de Atenção Domiciliar, Programa de Estratégia Saúde da Família, públicos ou privados públicos ou privados, a qual poderá pontuar no máximo 5 (cinco) pontos	471
5.2. Gestão de serviços de saúde em urgência e emergência (serviços com disponibilidade de atendimento à demanda de urgências nas 24 horas, como: pronto atendimento; pronto socorro isolado e/ou pronto socorro de hospital; UPA's), públicos ou privados, conforme tempo e quantidade de unidades de saúde, a qual poderá pontuar no máximo 5 (cinco) pontos	471
5.3. Experiência do corpo diretivo da entidade ou da diretoria proposta para a UPA até o terceiro nível, comprovada por meio de declaração emitida por entidade privada, atestado de capacidade técnica emitida pelo Poder Público, cópia de registro em CTPS, cópia de contrato de prestação de serviço, a qual poderá pontuar no máximo 2,5 (dois vírgula cinco) pontos	471
5.4. Titulação do corpo diretivo da diretoria proposta para a UPA até o terceiro nível, em curso de pós-graduação lato sensu, com no mínimo 360h, em gestão em saúde, gestão hospital, urgência e emergência, a qual poderá pontuar no máximo 2,5 (dois vírgula cinco) pontos	471
6. Alocação dos recursos financeiros	472
7. Declaração de cumprimento da legislação trabalhista	485
8. Declaração de validade jurídica da proposta	486
9. Declaração de visita técnica na UPA Dr. Jamil Sebba	487
10. Anexo I - Protocolos	488
11. Anexo II - Experiência da entidade e da diretoria	633

1. Título

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, a operacionalização e a execução de serviços de saúde na UPA Dr. Jamil Sebba, em regime de 24 horas/dia.

2. Modelo Gerencial

2.1. Apresentação da entidade

O Instituto Alcance é uma associação civil, sem fins econômicos, fundada em 30 de março de 2017, qualificada como organização social pelos municípios de São Miguel do Araguaia, Porangatu, Minaçu, Alto Paraíso de Goiás, Anápolis, Ceres e em Betim (MG)

O Instituto Alcance tem gerenciado unidades de saúde e desenvolveu uma metodologia própria de realizar a gestão dessas com eficiência, eficácia e efetividade, com foco nos resultados, ofertando uma assistência saúde com qualidade e menor custo para o Poder Público.

O Instituto tem a expertise de gerenciar hospitais e unidades de saúde, adquiridas por meio do gerenciamento e operacionalização das seguinte unidades:

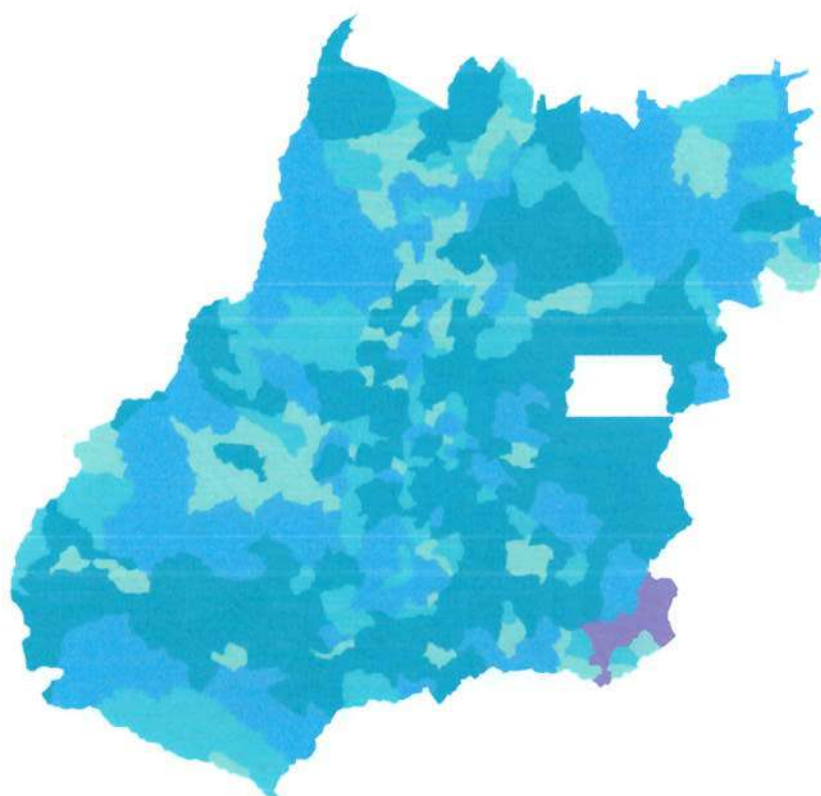
- Hospital Municipal de São Miguel do Araguaia
- Hospital Municipal de Porangatu
- Hospital Municipal de Minaçu

Essa mesma expertise será aplicada no gerenciamento e operacionalização da UPA Dr. Jamil Sebba, em Catalão.

2.2. Contextualização da população beneficiada e do território habitado pela mesma, através da apresentação do perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, bem como da rede de serviços disponível

O município de Catalão, em Goiás, está localizado na região de planejamento Sudeste Goiano e integra a Regional de Saúde Estrada de Ferro. Segundo o censo do IBGE de 2022, a população era 114.427 habitantes, sendo estimado, para 2024, um total de 120.789 habitantes, um crescimento de 5,5% em apenas 2 anos.

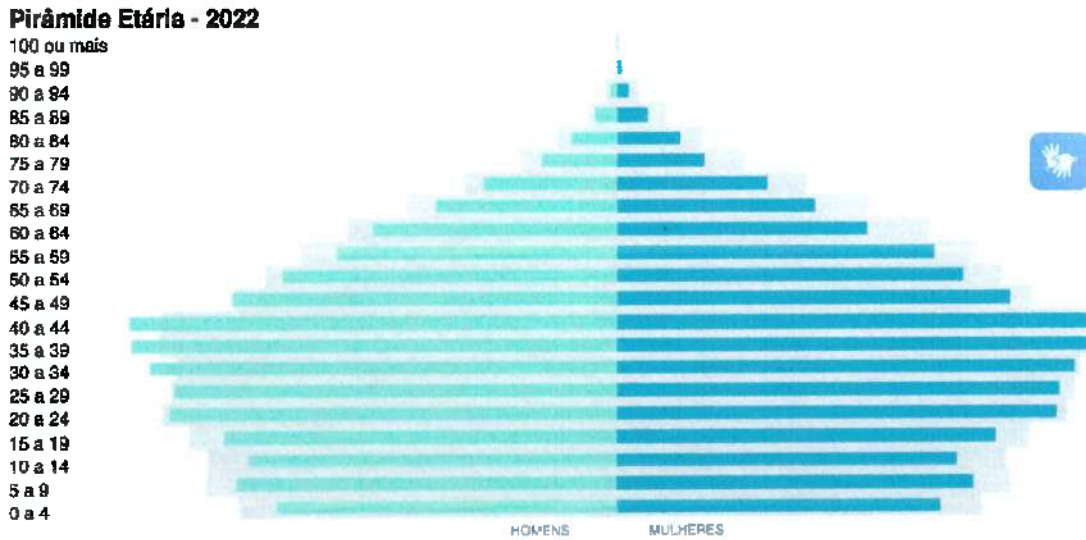
Figura 1 - Mapa do Estado de Goiás com o Município de Catalão em destaque



Fonte: IBGE, 2024

A pirâmide etária do Município, com base nos dados do censo de 2022, demonstra que maior parte da população de Catalão está na faixa dos 20 aos 44 anos.

Figura 2 - Pirâmide etária do Município de Catalão



Fonte: IBGE, 2024

As causas de morbidade no Município de Catalão, quando analisada pelo local de residência, são, em primeiro lugar, parto e puerpério, seguido de lesões por causas externas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório.

Tabela 1 - Morbidade hospitalar por local de residência

Internações por Capítulo CID-10	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	376	1.044	380	338	254	2.392
II. Neoplasias (tumores)	261	237	365	422	228	1.513
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt Imunitár	12	21	11	9	9	62
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	62	114	86	81	43	386
V. Transtornos mentais e comportamentais	19	33	24	31	19	126
VI. Doenças do sistema nervoso	62	80	111	105	41	399
VII. Doenças do olho e anexos	18	25	31	31	19	124
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	3	17	10	3	37
IX. Doenças do aparelho circulatório	572	547	532	502	310	2.463

Internações por Capítulo CID-10	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
X. Doenças do aparelho respiratório	285	263	423	367	229	1.567
XI. Doenças do aparelho digestivo	379	498	813	804	500	2.994
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	60	75	56	65	43	299
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	48	75	134	138	97	492
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	237	303	345	370	235	1.490
XV. Gravidez parto e puerpério	1.071	1.036	1.053	1.082	599	4.841
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	37	61	67	95	34	294
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	20	27	30	30	20	127
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	83	106	109	90	41	429
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	770	669	772	807	454	3.472
XXI. Contatos com serviços de saúde	91	89	185	246	99	710
Total	4.467	5.306	5.544	5.623	3.277	24.217

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

Com relação às internações causadas por lesão externa, a frequência por queda é relevante, além de outras causas não determinadas, o que pode impactar diretamente no atendimento a ser prestado na UPA Dr. Jamil Sebba.

Tabela 2 - Morbidade hospitalar causada por lesões externa por local de residência

Internações por Grupo de Causas	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
V01-V99 Acidentes de transporte	104	110	120	123	37	494
V01-V09 Pedestre traumatizado acid transporte	17	80	74	83	24	278
V10-V19 Ciclista traumatizado acid transporte	5	5	3	3	2	18
V20-V29 Motociclista traumatizado acid transp	49	9	27	25	9	119
V40-V49 Ocup automóvel traumatiz acid transporte	8	2	7	2	1	20
V60-V69 Ocup veíc transp pesado traumat acid trans	-	1	2	-	-	3
V80-V89 Outros acid transporte terrestre	2	-	-	-	1	3

Internações por Grupo de Causas	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
V98-V99 Outros acid transporte e os não especific	23	13	7	10	-	53
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	616	519	597	594	354	2.680
W00-W19 Quedas	524	474	523	554	327	2.402
W20-W49 Exposição a forças mecânicas Inanimadas	9	21	13	4	5	52
W50-W64 Exposição a forças mecânicas animadas	3	-	4	1	-	8
W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	-	-	2	-	-	2
W85-W99 Expos cor.elétr,rad.,temper pressão extrem	8	3	24	5	1	41
X00-X09 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	16	-	4	2	-	22
X10-X19 Contato fonte de calor e subst quentes	1	4	4	2	-	11
X20-X29 Contato animais e plantas venenosos	1	7	4	5	5	22
X58-X59 Expos acid a outr fatores e não especific	54	10	19	21	16	120
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	5	5	4	1	-	15
X85-Y09 Agressões	10	6	6	3	-	25
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	24	16	22	67	42	171
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	-	1	-	-	-	1
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	6	4	4	7	14	35
Y60-Y69 Acid ocorr durante prest serv médic cirurg	2	-	-	-	2	4
Y70-Y82 Incid advers diagn/terapia assoc disp méd	-	1	-	1	2	4
Y83-Y84 Reaç anorm ou compl tard ou outros proced	4	3	4	6	10	27
Y85-Y89 Sequêlas de causas externas	2	1	6	3	3	15
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	1	4	13	9	3	30
S-T Causas externas não classificadas	2	3	-	-	1	6
Total	770	669	772	807	454	3.472

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

No período de janeiro de 2020 a julho de 2024 ocorreram 4.040 óbitos, por local de ocorrência, e, cerca de 30%, na faixa etária de 80 anos ou mais.

Tabela 3 - Óbitos por local de ocorrência e faixa etária

Faixa Etária	Ano				Total
	2020	2021	2022	2023	
Menor 1 ano	13	10	24	17	64
1 a 4 anos	-	-	3	-	3
5 a 9 anos	1	-	-	1	2
10 a 14 anos	1	-	2	1	4
15 a 19 anos	6	9	13	7	35
20 a 29 anos	24	38	32	28	122
30 a 39 anos	45	71	41	27	184
40 a 49 anos	52	129	46	60	287
50 a 59 anos	93	180	101	89	463
60 a 69 anos	179	261	162	172	774
70 a 79 anos	194	253	229	205	881
80 anos e mais	302	327	308	283	1.220
Idade ignorada	1	-	-	-	1
Total	911	1.278	961	890	4.040

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

No período de janeiro de 2020 a julho de 2024 foram notificados 13.520 prováveis casos de dengue em Catalão.

Tabela 4 - Prováveis casos de dengue notificados por ano e faixa etária

Faixa Etária	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Em branco/IGN	-	1	2	-	-	3
<1 Ano	9	7	76	12	59	163
1-4	10	13	246	23	179	471
5-9	6	36	422	28	302	794
10-14	9	29	426	21	263	748
15-19	28	13	388	45	441	915
20-39	156	72	1.949	219	2.023	4.419
40-59	102	66	1.761	152	1.753	3.834
60-64	8	12	302	25	283	630
65-69	12	10	242	29	247	540
70-79	25	14	325	46	284	694
80 e +	15	8	152	25	109	309
Total	380	281	6.291	625	5.943	13.520

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

No mesmo período analisado, houve a confirmação de 42 casos de tuberculose em Catalão.

Tabela 5 - Casos de tuberculose confirmados por ano e sexo

Sexo	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Masculino	8	8	7	9	1	33
Feminino	1	5	2	1	-	9
Total	9	13	9	10	1	42

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

Foram confirmados 24 casos de hanseníase no período de janeiro de 2020 a julho de 2024, conforme dados informados ao Ministério da Saúde.



Tabela 6 - Casos de hanseníase confirmados por ano e sexo

Sexo	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Masculino	9	3	2	1	-	15
Feminino	5	-	-	3	1	9
Total	14	3	2	4	1	24

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

A frequência de notificações de casos de AIDS no período foi de 55 novos casos confirmados.

Tabela 7 - Casos de hanseníase confirmados por ano e sexo

Sexo	Ano				Total
	2020	2021	2022	2023	
Masculino	4	13	9	13	45
Feminino	2	3	3	1	10
Total	6	16	12	14	55

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

É com base nesses dados epidemiológicos que o Instituto Alcance elaborará sua proposta de trabalho para a UPA Dr. Jamil Sebba.

2.3. Objetivo geral e objetivos específicos

2.3.1. Objetivo geral

Desenvolver na operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de urgência nas 24 horas do dia, na UPA Dr. Jamil Sebba (UPA), o modelo gerencial baseado na qualidade, na humanização e na integralidade do cuidado, assegurando assistência universal e gratuita à população, dentro do nível de complexidade da unidade, aprimorando os serviços e utilizando com responsabilidade e economicidade os recursos públicos transferidos para o custeio da UPA.

2.3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

a) prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, observando o disposto no art.º 198, da Constituição Federal; no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual; no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS; nos preceitos da Política Nacional de Humanização; e, na forma do Edital de Chamamento Público nº 002/2024;

b) assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários do SUS, promovendo o controle da qualidade em cada etapa do processo de trabalho, permitindo conhecer melhor as falhas, corrigindo-as e aprimorando as atividades continuamente, e, ainda, colaborando para o apoio aos outros estabelecimentos da rede e para a educação permanente dos profissionais;

c) atuar na efetiva redução de formalidades burocráticas e aumentar a flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;

d) implantar um modelo de gerência em que preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;

e) priorizar a proposta organizacional que se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se, por meio de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, o aprimoramento das comunicações internas;

f) assegurar a atenção multiprofissional instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;

g) promover a capacitação e aperfeiçoamento de pessoal por meio de um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;

h) definir, em conjunto com os profissionais, horários, fluxos, protocolos, distribuição semanal de atendimento e padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, bem como os processos relacionados à qualidade e segurança do paciente;

i) garantir a humanização da assistência, em que o modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

j) realizar atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

k) ofertar aos pacientes atendidos procedimentos de diagnose e terapias;

l) ofertar atendimento com acesso por demanda espontânea ou sob encaminhamento da Central de Regulação;

m) estabelecer rotinas de contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal priorizando os preceitos da administração pública;

n) implantar os Serviços de Apoio Logístico;

o) implantar o Serviço de Farmácia Hospitalar e o Serviço de Nutrição e Dietética atendendo os requisitos e diretrizes do perfil da unidade;

p) trabalhar com coerência no modelo gerencial proposto, não com atividades fragmentada, considerando a unidade como uma estação produtora de cuidados, inserido no Sistema Municipal de Saúde e com os componentes estruturantes da Rede de Urgência e Emergência; e

q) desenvolver ações e serviços na UPA convergentes e integradas com a Gestão Municipal e locorregional, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

2.4. Caracterização do modelo gerencial proposto

O Instituto Alcance, qualificado como organização social da saúde, possui um modelo de gerenciamento com foco no resultado e na prestação de serviços de saúde com qualidade, aumentando a eficiência da aplicação do recurso público repassado para custeio das atividades assistenciais desenvolvidas na unidade.

Organizações Sociais - OS são entidades de natureza jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, constituídas em parceria da comunidade beneficiária da prestação de serviços com o poder público, no caso em tela os usuários do SUS, estruturadas com base em um modelo de gestão compartilhada da entidade, o que lhes determina um caráter público não-estatal específico, e são estruturadas com base em um modelo de gestão com foco no alcance de resultados, instrumentalizado por meio de um contrato de metas de desempenho que é o contrato de gestão.

Essas características fundamentais do modelo estão postas de forma explícita na Lei nº 9.637/1998 e na Lei Municipal nº 4.021/2022. Alguns aspectos estão detalhados no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, desenvolvido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, no ano de 1995, e também implícitos na legislação federal e municipal.

É o caso da característica comunitária das entidades, materializada por meio da representação da comunidade beneficiária dos serviços prestados na instância máxima de direção da OS, o Conselho de Administração, pois busca-se por meio das organizações sociais uma maior participação social, na medida em que elas são objeto de um controle direto da sociedade através de seu Conselho de Administração, o qual possui membros representantes direto da comunidade local.

A característica comunitária das entidades qualificadas é o que define o caráter "público não-estatal". Mais ainda, no modelo das OS, a gestão compartilhada das organizações sociais, entre o poder público e a comunidade beneficiária, por meio dos conselhos de administração, diferencia essencialmente as OS de outras entidades privadas sem fins lucrativos, especialmente as ONG. Ainda que as entidades qualificadas tenham formalmente a natureza jurídica de direito privado sem fins lucrativos,

essencialmente se caracterizam como entidades do tipo “público não-estatal” específico, isto é, comunitárias com gestão compartilhada com o poder público.

O instrumento que rege a parceria é o contrato de gestão, que permite que o IPG adote um modelo gerencial com foco no resultado, que visa à constante melhoria do atendimento ao cidadão-cliente e da eficiência administrativa. A ênfase no alcance de resultados constitui uma das diretrizes fundamentais do modelo, conforme exposto do art. 16 da Lei Municipal nº 4.021/2022, e permeia toda a relação instrumentalizada pelo contrato de gestão, cujas funções são orientar a gestão da entidade com a pactuação de metas e induzir a entidade à busca permanente de melhorias no seu desempenho institucional.

O contrato de gestão é o instrumento de orientação do modelo de gerenciamento proposto pelo Instituto Alcance, no contexto de uma gestão compartilhada de um serviço entre o poder público e a OS. A diretriz do alcance de resultados é concretizada na formulação de metas que são pactuadas entre o Município e o Instituto Alcance.

A definição das metas, dos resultados a serem alcançados ao longo de um período de tempo, requer o conhecimento das necessidades da população em termos da prestação dos serviços, o que pode ser demonstrado no diagnóstico situacional apresentado nesta Proposta, bem como da capacidade, de parte da organização, de alcance desses resultados e pressupõe, portanto, um conhecimento de seus pontos fortes e suas fragilidades, assim como de suas necessidades em termos de recursos e estímulos.

As metas definidas pelo Município demonstram a perspectiva de estimular a melhoria do desempenho da entidade na prestação dos serviços, pois apresentam números de atendimento superiores aos atualmente realizados na unidade. Assim sendo, o contrato de gestão é claramente um instrumento de orientação para a gestão da entidade, porque abrange não só a definição de metas, mas um conjunto de mecanismos que vinculam recursos, estímulos e responsabilização de dirigentes, ou seja, mecanismos de gestão da organização.

O financiamento das atividades se dá por meio da fórmula do fomento, que consiste no repasse dos valores ao alcance de metas de desempenho pactuadas, que se tornam uma obrigação contratual, ainda que a sistemática de avaliação do alcance de

resultados possa estabelecer graduações ou níveis de desempenho que constituem informações relevantes para o aprimoramento da gestão da entidade.

Em síntese, o contrato de gestão é um instrumento de pactuação de metas, que orientam toda a atividade e induzem à constante melhoria de desempenho da organização social, onde os valores financeiros repassados são definidos como fomento.

Por fim, o modelo proposto pelo Instituto Alcance contempla o resultado com qualidade, ou seja, não basta que as metas contratuais sejam cumpridas, é necessário que essa sejam realizadas com qualidade, o que pressupõe a adoção de protocolos operacionais padrões, protocolos clínicos assistenciais aceitos pelo Ministério da Saúde, programa de educação continuada dos servidores cedidos e colaboradores contratados pelo Instituto Alcance, além da adoção de uma solução informatizada de controle administrativo e prontuário eletrônico do paciente, reduzindo ao mínimo necessário a utilização de papel dentro da unidade.

2.5. Indicadores de impacto e ferramentas de modernização gerencial propostas

2.5.1. Indicadores de impacto

Indicadores são instrumentos para medir ou aferir determinada ação ou processo no intuito de orientar o gestor ou responsável pela área para a tomada de decisão visando manter, modificar ou corrigir a ação ou processo, no intuito de atingir uma meta anteriormente definida.

O contrato de gestão já apresenta alguns indicadores que servem para orientar a Administração na avaliação do cumprimento das metas pactuadas no contrato.

Além desses indicadores, o Instituto Alcance adota em sua gestão diversos indicadores gerenciais, que são agrupados por área e, mensalmente, apresentado em reunião envolvendo todos os líderes do projeto, no intuito de avaliar e discutir os

resultado, bem com fazer análise crítica dos resultados e apontar soluções para eventuais problemas constatados no período avaliado.

A seguir serão arrolados diversos indicadores que poderão ser utilizados durante a execução do contrato de gestão, conforme a necessidade e a complexidade do gerenciamento da UPA Dr. Jamil Sebba.

Indicadores de recursos humanos

- Número pessoas por área, pessoas por leito por área
- Índice de treinamento de pessoal administrativo e índice de treinamento de pessoal assistencial
- Turnover por área (%).
- Índice de absenteísmo por área (%).
- % acidentes do trabalho por área.
- % desvio em relação ao orçamento (R\$) por área/setor da unidade
- Acidentes com afastamento por área.

Indicadores administrativos e financeiros

- Custo por procedimento realizado
- Custo por atendimento realizado
- Custo por exame de SADT
- Análise do prazo médio de pagamento de fornecedores com sugestões de estratégias de negociação para ampliação.
- Desvio em relação ao orçamento (R\$) por área/setor da unidade
- Desvio em relação ao orçamento (R\$) por tipo de despesa.
- R\$ multas pagas por atraso de pagamentos a fornecedores /impostos/taxas
- Repasses do parceiro público pendentes (R\$)
- Saldo bancário (diário).
- Fluxo de Caixa (previsão de recebimentos e pagamentos de 30 dias futuros, por tipo de despesa/setor da unidade (diário).

- Revisão do Orçamento (trimestral) com análise das Despesas Operacionais e Resultado Financeiro.
- Títulos protestados (diário).
- Índice de prontuários entregues fora do prazo para o faturamento.
- Valor e número dos ajustes de estoques para mais e para menos, por família de material e curva ABC dentro das famílias.

Indicadores operacionais assistenciais

- Censo hospitalar:
 - pacientes em observação por setor (diário).
 - SADT (diário).
- Protocolos clínicos implantados (mensal).
- Dispensação de medicamentos (prazo médio em minutos entre recepção da solicitação e dispensação).
- Comissões obrigatórias
- Prazo médio de espera entre entrada na unidade e realização de AC&R
- Altas após 6 horas de observação (diário)
- Altas após 12 horas de observação (diário)
- Altas após 24 horas de observação (diário)
- Prazo médio de entrega de exames (por tipo de exame: laboratorial e imagem)
- Quantidade média de exames por atendimento
- Número e R\$ de aquisições avulsas de materiais e medicamentos (com justificativa)
- Tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de observação

Indicadores de produtividade

- Relação número de usuários atendidos por leito de observação
- Custo de pessoal por leito de observação
- Prazo médio de permanência do paciente conforme classificação da AC&R
- Tempo médio de espera entre a classificação da AC&R e o atendimento do paciente

Indicadores da garantia da qualidade

- Número de respostas às pesquisas de satisfação efetuadas no mês anterior (ativas e passivas)
- Relatório detalhado da pesquisa de satisfação do mês anterior
- Relatório das ações e resultados em relação aos relatórios anteriores ao do mês anterior
- Relatório de Indicadores dentro da meta (painel de controle). Índice geral de satisfação dos usuários
- Índice de satisfação dos usuários

Indicadores do jurídico e fiscal

- Quadro geral de certidões/alvarás/autorizações da unidade com previsão de vencimento e prazo de obtenção
- Quadro geral de processos em andamento, iniciais etc. com a avaliação de probabilidade de sucesso do corpo jurídico (provável, muito provável, pouco provável) e consequente estimativa de custos (comparado com os seguros contratados - a ser elaborado pela área administrativa e financeira)
- Acompanhamento de liminares
- Acompanhamento de bloqueios/resgates judiciais
- Acompanhamento de processos trabalhistas e risco de penalização.

2.5.2. Ferramentas e instrumentos de modernização gerencial

Como ferramentas e instrumento de modernização gerencial o Instituto Alcançar adotará o Ciclo PDCA para suas atividades de planejamento, execução e avaliação dessas e dos processos implementados.

O Ciclo PDCA é uma ferramenta de qualidade que facilita a tomada de decisões visando garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência dos estabelecimentos e, embora simples, representa um avanço sem limites para o planejamento eficaz. A sigla é formada pelas iniciais:

- P, de Plan – Planejar – estabelecer os objetivos e processos necessários para fornecer resultados de acordo com os requisitos e políticas pré-determinados.
- D, de Do – Fazer, executar – implementar as ações necessárias.
- C, de Check – Checar, verificar – monitorar e medir os processos e produtos em relação às políticas, aos objetivos e aos requisitos estabelecidos e relatar os resultados.
- A, de Act – Agir – executar ações para promover continuamente a melhoria dos processos.

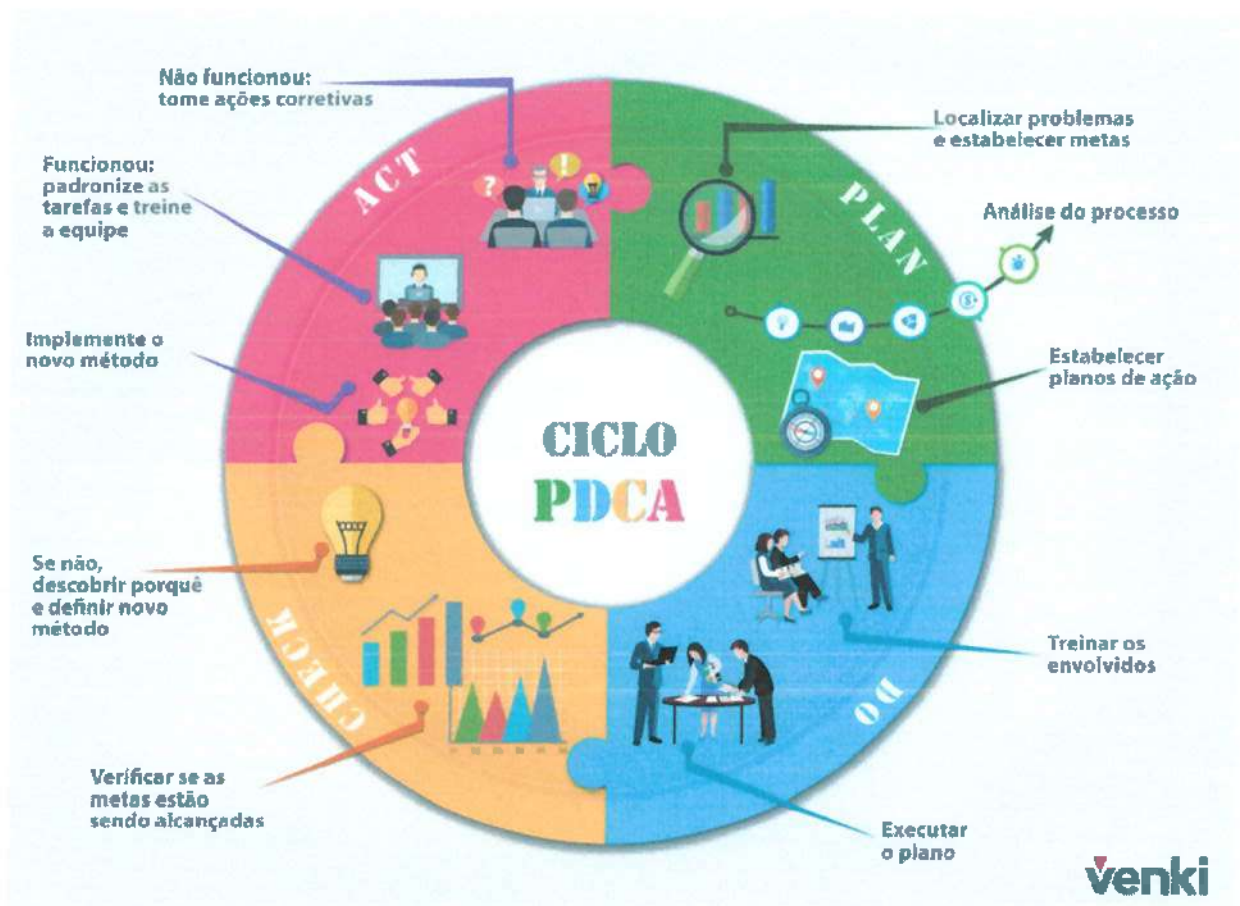
O ciclo PDCA foi desenvolvido por Walter A. Shewhart na década de 30 e consolidado por Willian E. Deming a partir da década de 50, quando foi empregado com sucesso nas empresas japonesas para aumentar a qualidade dos processos.

O ciclo PDCA é um conceito de gestão cujo objetivo é controlar e aprimorar os processos de uma organização de forma contínua, como um ciclo (Figura 2) sem começo ou fim para promoção de aprendizado e conhecimento visando melhorias constantes na gestão.

Fase	Descrição
Planejar	<p>O planejamento começa pela análise do processo. Várias atividades são realizadas para fazermos uma análise eficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento de fatos - Levantamento de dados - Elaboração do fluxo do processo - Identificação dos itens de controle - Elaboração de uma análise de causa e efeito - Colocação dos dados sobre os itens de controle - Análise dos dados - Estabelecimento dos objetivos <p>A partir daí, é possível iniciar a elaboração de procedimentos que garantirão a execução dos processos de forma eficiente e eficaz.</p>
Fazer, executar	<p>Nesta fase, colocam-se em prática o que os procedimentos determinam, mas para atingir sucesso, é preciso que as pessoas envolvidas sejam competentes. O treinamento vai habilitá-las a executar as atividades com eficácia.</p> <p>No contexto da melhoria da qualidade do atendimento, esses treinamentos podem acontecer em sessões grupais (na implantação ou reciclagem de um procedimento, por exemplo) ou no próprio posto de trabalho, ou seja, no local onde a atividade ou tarefa acontece.</p>
Checar, verificar	<p>É nesta fase que se verifica se os procedimentos foram claramente entendidos, se estão sendo corretamente executados e se a demonstração foi abstraída. Esta verificação deve ser contínua e pode ser efetuada tanto através de sua observação, quanto através do monitoramento dos índices de qualidade e produtividade. As auditorias internas de qualidade também são uma excelente ferramenta de verificação.</p>

<p>Agir</p>	<p>Se durante a checagem ou verificação for encontrada alguma anormalidade, este será o momento de agir corretivamente, atacando as causas que impediram que o procedimento fosse executado conforme planejado. Assim que elas forem localizadas, as contramedidas deverão ser adotadas, isto é, as ações que vão evitar que o erro ocorra novamente. Em alguns casos, essas medidas podem virar normas, novos procedimentos, padrões, etc</p>
--------------------	--

Figura 2 - Ciclo PDCA



Essa gestão da qualidade acontece diariamente para solucionar problemas e aprimorar continuamente os processos. Portanto, a participação e o comprometimento

de toda equipe de colaboradores, principalmente da alta direção, são essenciais para consolidar a qualidade como estratégia da organização.

Em resumo, as quatro etapas do ciclo PDCA integram um plano de ação para resolver um problema na organização através de planejamento, execução, checagem e ação. Após a ação, se houver necessidade, reinicia-se o plano até que se alcance o resultado desejado, configurando um ciclo contínuo de melhoria.

O Instituto Alcance poderá utilizar, ainda, outras ferramentas que entender cabíveis para a realidade da UPA, tais como:

- Balanced Scorecard - BSC
- A análise SWOT – Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças)
- Auditorias internas

2.6. Limites e responsabilidades que a entidade irá assumir

O Instituto Alcance, ao assumir o gerenciamento e operacionalização da UPA Dr. Jamil Sebba, tem ciência de que deverá cumprir todas as obrigações contratuais, bem com assumir a responsabilidade civil por atos causados por seus empregados, colaboradores e diretores no âmbito da unidade.

Com relação aos servidores cedidos, a responsabilidade primária pelos atos desses é da Administração e, eventualmente, poderá o Instituto Alcance responder solidariamente, dentro dos limites contratuais.

No tocante à responsabilidade sanitária, o Instituto Alcance, na qualidade de gerente da unidade de saúde, assim entendido conforme conceito da Norma Operacional Básica nº 01/96, a NOB/96, é responsável pelo atendimento dos usuários do SUS que utilizarem seus serviços, bem como do paciente em observação, dentro do nível de complexidade da unidade, qual seja, média complexidade.

Nesse nível de complexidade e dentro do perfil da unidade o Instituto Alcance é responsável por:

- realizar o acolhimento com classificação de risco dos usuários que procurarem a unidade, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento via Central de Regulação.

- realizar o primeiro atendimento mantendo o paciente em observação por até 24h e, não havendo possibilidade de alta, encaminha-lo à unidade de saúde para consequente internação;

- realizar o tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de observação;

- fornecer os serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de observação e que estejam disponíveis na UPA;

- fornecer os procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de atendimento e observação;

- fornecer alimentação para os pacientes que permaneçam em observação por mais de 6h;

- fornecer assistência por equipe médica, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar;

- fornecer material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

- permitir o ingresso de acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes, Lei nº 10.741 de 01/10/2003.

O Instituto Alcance ainda é responsável pela realização direta, ou por empresa terceirizada, dos exames de análises clínicas, eletrocardiograma e raio-x, mantendo equipe médica e de enfermagem qualificada e em quantitativo mínimo descrito no Edital de Chamamento par atender à demanda espontânea, dentro dos limites e volumes contratados, cabendo os demais exames serem feitos na rede referenciada.

Ainda é de responsabilidade do Instituto Alcance executar diretamente ou por meio de empresa terceirizada os serviços de lavanderia, nutrição e dietética, coleta de resíduos de saúde, segurança patrimonial e monitoramento eletrônico, faturamento, auditoria interna e Central de Materiais Esterilizados – CME.

2.7. Modelo de relacionamento entre a entidade, a SMS e demais órgãos do Poder Público

O Instituto Alcance é uma associação civil, sem fins lucrativo, qualificado com organização social pelo Município de Catalão, representada por seu Presidente, que é assistido diretamente pelo Superintendente Executivo.

A participação da comunidade no Instituto Alcance se dá por meio do Conselho de Administração, que possui representantes do Instituto, da sociedade civil organizada e de empregados e colaboradores da entidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Catalão é um órgão da administração direta do Município e é a autoridade sanitária no território do Município, tendo suas competências fixadas na Lei Orgânica do Município, na Lei nº 8.080/1990 e nas diversas portarias do Ministério da Saúde e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/GO.

O Município de Catalão aderiu ao Pacto pela Saúde por meio do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, homologado pela Portaria GM/MS nº 1.929/2008, e desde então o Secretário Municipal de Saúde é o gestor pleno sanitário do Município.

Sendo o Instituto Alcance uma organização social, o instrumento de relação com a Administração e o Secretário Municipal é o contrato de gestão, o qual fixa as obrigações de cada um dos parceiros, pois a relação jurídica que o Instituto Alcance manterá com a Administração possui caráter de colaboração, nos termos da Lei Municipal nº 4.021/20227.

Segundo o Ministro Gilmar Mendes, as Organizações Sociais, portanto, traduzem um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade para a consecução de interesses públicos comuns, com ampla participação da comunidade. De produtor direto de bens e serviços públicos o Estado passa a constituir o fomentador das atividades publicizadas, exercendo, ainda, um controle estratégico de resultados dessas atividades. O contrato

de gestão constitui o instrumento de fixação e controle de metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços o Social prestados à sociedade.

Além das obrigações típicas de um contato, existe ainda a questão da transparência das ações do Instituto Alcance, que deve prestar contas da aplicação do recursos públicos e dos resultados alcançados à sociedade civil organizada, ao cidadão e a seus representantes.

Desta forma, o relacionamento do Instituto Alcance com o Gestor Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde se dará em 3 níveis, a saber:

- Administrativo político
- Técnico sanitário
- Participação e controle social

Figura 3 - Níveis de interlocução



Em nível Administrativo político as relações são estritamente regidas pelo contrato de gestão, instrumento formal que fixa as metas, a forma de repasse de recursos financeiros, meio de monitoramento e avaliação, etc. Nesse nível as comunicações se darão entre o Secretário Municipal de Saúde e o Presidente ou Superintendente Executivo do Instituto Alcance.

Figura 4 - Nível político administrativo



Em nível Sanitário técnico as relações são regidas pelas normas sanitárias do SUS, neste ponto estão englobados as normas da regulação assistencial de acesso, da Vigilância Sanitária, dos sistemas de faturamento do SUS, etc. Nesse nível as comunicações se darão tanto pelo Secretário Municipal de Saúde e técnicos da SMS

com o Diretor Geral da UPA, com o Diretor Técnico e o responsável pelo Núcleo Interno de Regulação.

Figura 5 - Nível Técnico

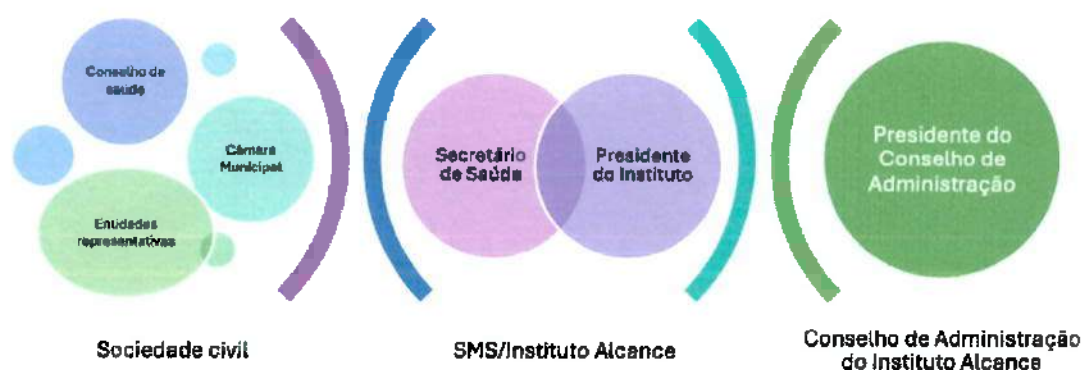


No âmbito da Participação e Controle Social as relações são regidas pelas normas de *accountability* em que o Instituto Alcance fará a prestação de contas de suas ações tanto ao Conselho de Administração quanto ao Conselho Municipal de Saúde, bem como a Câmara Municipal. Neste nível as comunicações se darão entre o Secretário Municipal de Saúde e o Presidente do Instituto Alcance, cada qual como

aglutinador das demandas, ou seja, o Conselho Municipal de Saúde e a Câmara Municipal encaminhará suas demandas ao Secretário Municipal de Saúde que as repassará ao Presidente do Instituto Alcance, e que fará a devolutiva ao Secretário.

As demandas do Conselho de Administração serão dirigidas ao Presidente do Instituto Alcance que as repassará ao Secretário de Saúde, a quem compete fazer as devolutivas.

Figura 6 - Nível de Participação e Controle Social



2.8. Descrição do modelo de regulação assistencial

2.8.1. Regulação de Acesso

A regulação no setor saúde deve estabelecer padrões de qualidade e segurança para garantir as condições mínimas na prestação de serviços, mas sobretudo uma concepção econômica centrado na organização do sistema de saúde, no mercado e nos recursos necessários para a prestação de serviços. A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstram que a proteção do Estado é necessária.

Considerando também que a prestação dos cuidados de saúde tem especificidades próprias, é necessário que os governos atuem em nome dos seus cidadãos para garantir as condições da adequada prestação de serviços no setor saúde. E isso requer que os governos assumam seu papel regulador.

A regulação do Sistema de Saúde só recentemente ganhou a relevância que o tema requer no âmbito do SUS, em parte, pelas dificuldades inerentes à compreensão dos conceitos que a fundamentam, pelas concepções e práticas para o pleno exercício dessa macrofunção de gestão, e em parte, também, pelas inúmeras demandas e vazios assistenciais que ocupam a agenda dos gestores.

De modo geral, os sistemas de saúde buscam como objetivos a serem alcançadas, a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta rápida às necessidades de saúde da população. Embora exista certa convergência nos objetivos, os sistemas de saúde têm se organizado de formas distintas para alcançá-los.

A função reguladora do Estado é fundamental para garantir a qualidade, bem como, em maior ou menor grau a equidade na distribuição e na alocação de bens e serviços de forma a garantir a oferta de ações e serviços de acordo com as necessidades da população. Quanto melhores e mais apropriados forem os mecanismos de regulação melhores serão os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.599/2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde a qual possui três dimensões:

- **Regulação de Sistemas de Saúde:** têm como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- **Regulação da Atenção à Saúde:** exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;
- **Regulação do Acesso à Assistência:** também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo operacionalizada através dos complexos reguladores. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos de classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação do Sistema de Saúde no âmbito do Estado de Goiás foi definida pela Comissão Intergestores Bipartite de Goiás - CIB/GO por meio da Resolução nº 88/2007-CIB, em que foram traçadas as diretrizes para a implantação do Sistema Estadual de Regulação e essa resolução foi sucessivamente atualizada.

A Regulação de Acesso, no âmbito do Município de Catalão, deverá ser exercida pelo Complexo Regulador Municipal, que atuará em conjunto com o Complexo

Regulador Regional, função atualmente exercida pela Regulação de Urgência do SAMU-192, e pelo Complexo Regulador Estadual, órgão da Secretaria de Estado da Saúde, bem como pela Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, conforme pactuação definida em CIB/GO.

No âmbito do Município, a relação da Regulação de Acesso se dará entre o Complexo Regulador Municipal e o Núcleo Interno de Regulação da UPA, observado o protocolo de regulação do município.

Na função de executante, não poderá a UPA promover ações de regulação, mas apenas receber pacientes reguladores, desde que haja vaga e esteja dentro do seu perfil, e solicitar vagas para encaminhamentos de pacientes internados ou recebidos na urgência e emergência da unidade.

As funções do Complexo Regulador Municipal são assim esboçadas:

Figura 7 - Funções do Complexo Regulador Municipal



2.8.2. Núcleo Interno de Regulação

O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos disponíveis de forma centralizada e servir de interface entre a

unidade e a Central de Regulação, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

O NIR também é responsável pela coordenação da agenda do ambulatório e do SADT, competindo ao NIR:

- Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação e Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos e do ambulatório;
- Atuar em consonância com os serviços ofertados pela UPA por meio do instrumento formal de contratualização;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.

2.9. Cronograma proposta para implantação e pleno funcionamento dos serviços

Tabela 8 - Cronograma de implantação e pleno funcionamento dos serviços

Ação/Atividade	Semana						
	1	2	3	4	5	6	7
Levantamento das necessidades de contratação, adequação de estruturas e disposição de ambientes	X						
Elaboração dos editais de contratação de serviços e de recursos humanos		X					
Publicação dos editais e contratação de serviços de implantação	X	X					
Execução de adequações nas instalações físicas			X	X			
Contratação do RH				X			
Treinamento e capacitação do RH					X		
Aquisição e abastecimento dos materiais, medicamentos e insumos				X	X		
Contratação dos serviços de apoio				X			
Adequação do Serviço de Acolhimento & Classificação de Risco				X			
Adequação do Serviço de Ouvidoria				X			
Adequação e/ou Implantação das comissões obrigatórias							
Operacionalização com 80% da capacidade	X	X	X	X			
Operacionalização com 90% da capacidade					X	X	
Operacionalização com a capacidade plena da unidade							X

3. Atividade

3.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera compreendendo: recepção, triagem, estabelecimento de prioridades de atendimento, orientações aos usuários e redirecionamento

3.1.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o acolhimento se traduz em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares de cada usuário que procura a unidade de saúde.

Assim, os pacientes que procurarem a UPA serão atendidos com respeito, atenção e profissionalismo. Os exames complementares solicitados pela equipe médica, com disponibilidade nas unidades, serão realizados tão rápido quanto necessário, mediante o pedido físico ou virtual.

Caso o exame solicitado não esteja disponível na UPA, porém esteja disponível na rede, este será encaminhado à regulação para agendamento ou receberá a solicitação médica para realizar após a alta.

O UPA tem como missão ser referência para o Município de Catalão, em conjunto com o Centro de Atendimento Médico Dr. Antônio Abadio, no atendimento às urgências e emergências clínicas (adulto e pediátrica), com atendimento médico 24 horas/dia.

O atendimento será realizado adotando-se o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (AC&R), uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos.

O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência. O objetivo desse fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.

Os fluxos voltados para as atividades na área da saúde, são definidos a partir do momento em que se define o perfil da unidade, por meio de suas atribuições e determinações nas mais importantes etapas no processo de uma unidade de pronto atendimento. São destacadas as unidades funcionais e os ambientes atribuídos à unidade para o estudo da setorização por fluxos.

Ao se tratar dos fluxos, dentro do ambiente das unidades, pode-se categorizá-los em dois grandes grupos: interfuncionais, que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais e intrafuncionais, que ocorrem dentro de uma única unidade funcional.

3.1.2. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento

Em relação ao fluxo em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado pelo responsável do setor, serão orientados quanto ao processo de higienização, às normas e procedimentos e os colaboradores será supervisionado em relação ao cumprimento das medidas restritivas.

Atendimento na Urgência/Emergência

Na área interna, os pacientes externos são aqueles que, pelo fluxo, buscam atendimento imediato (urgência/ emergência). A circulação destes pacientes é restrita às áreas em que são atendidos. Eles não podem circular em áreas reservadas aos colaboradores e de observação. Os pacientes em observação são caracterizados em fluxos devido ao regime de observação, dentro das unidades.

Paciente em Observação

Os pacientes que necessitarem permanecer em leitos de observação serão direcionados para essas áreas específicas. Considera-se, ainda, áreas restritas as salas vermelhas ou de estabilização, os ambientes em que há um alto risco de transmissão de infecção. O ambiente restrito é um local onde são realizados procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. O processo inicia com o prontuário do paciente para ficar em observação. A enfermagem solicita o encaminhamento à recepção e esta recebe o paciente. Os familiares são orientados pelo serviço social, quando necessário e a equipe multidisciplinar realiza o acompanhamento terapêutico

Acesso para visitantes nas unidades de saúde

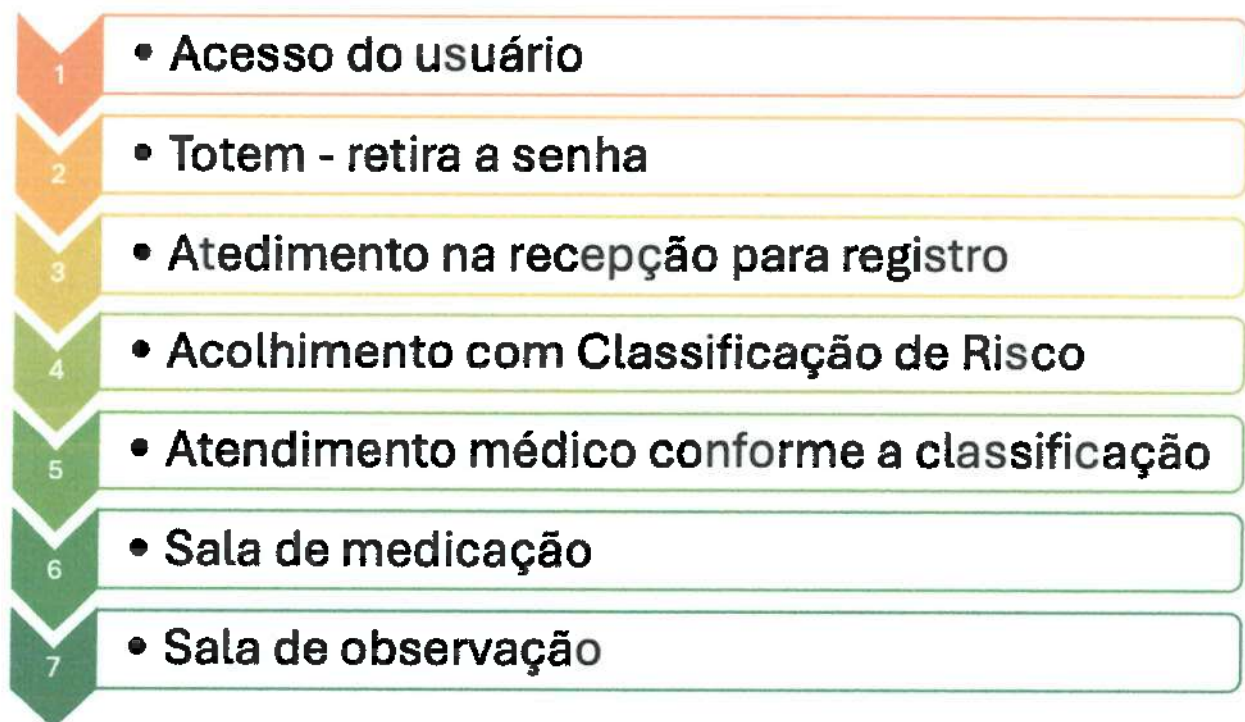
Os visitantes são demandas para a unidade hospitalar para as visitas aos pacientes em observação, ou atividades administrativas como serviços de terceiros, compras e outros. Situação em que o acompanhamento dos fluxos é de extrema importância tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, de acordo com a visita. Em específico às visitas a pacientes em observação, estas deverão ocorrer em horário pré-estabelecidos nas duas unidades, conforme os seus respectivos limites físicos e operacionais.

3.1.3. Proposta de fluxo para otimizar o atendimento

No cenário atual das unidades de Pronto Atendimento, a superlotação, a demora na regulação dos pacientes para leitos hospitalares e a ausência de ambiente adequado para os pacientes serem medicados e aguardarem a realização de exames destacam-se como os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e gestores. Em meio a esse contexto desafiador, é notório que o município de Catalão dispõe de uma rede de saúde estruturada, composta por equipamentos de diferentes complexidades, interligados por pactuações e articulados por um Complexo Regulador.

Apesar da ampla rede de serviços e dos esforços empreendidos pela gestão municipal de saúde, o Instituto Alcance reconhece a necessidade de aprimorar o sistema atual, tendo em vista a otimização da estrutura existente. Com esse propósito e buscando a eficiência na prestação dos serviços de saúde à população local, propõe-se o seguinte fluxo:

Figura 8 - Fluxo de atendimento ao usuário ao ingressar na UPA



O fluxo proposto acima é exemplificativo, pois as situações de emergência não passarão pela triagem, seguindo direto para as salas de emergências.

3.1.4. Atividades que comporão o fluxo de Atendimento

Recepção

Serviço de Recepção do Paciente, onde será realizado Cadastro de identificação com foto digital e/ou Atualização do usuário no Sistema de Tecnologia da Informação.

A recepção então deverá proceder ao preenchimento do cadastro eletrônico e indicação do Paciente conforme tipo de atuação em clínica médica, cirurgia geral, pediatria ou odontologia por meio de Chamada Eletrônica e Fila Eletrônica para a sala de Acolhimento e Classificação de Risco. Deverá prestar as orientações necessárias aos pacientes, dentro do seu escopo de atuação.

Triagem

O Sistema de Triagem de Manchester (com adaptações) é o protocolo a ser utilizado na UPA. Esse sistema muito é usado na União Européia e Reino Unido, majoritariamente operado por enfermeiros, que visa padronizar os atendimentos nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos.

De acordo com as necessidades de atendimento às urgências e emergências da UPA, o Instituto Alcance trabalhará com o Acolhimento com Classificação de Riscos (ACCR), quando, porta de entrada recepção, o paciente, ao chegar na Unidade pela Recepção Central, onde fará sua Ficha de Atendimento, após é realizada a estratificação de risco pelo enfermeiro que classificará o risco do paciente, determinando o tempo adequado e a prioridade para o atendimento médico.

O médico plantonista em consulta realiza o diagnóstico e determina o tipo de atendimento a ser prestado ao paciente dentro da Unidade.

O ACCR adotará o seguinte sistema de classificação por cores (Protocolo de Manchester com adaptações):

Figura 9 -Acolhimento com Classificação de Risco por cores



Na Classificação de Risco, por meio dos sinais e sintomas, o paciente recebe uma **identificação por cores que determina a sua condição e ordem de atendimento**. Dessa forma, os pacientes mais graves serão atendidos primeiro.

Figura 10 - Tempo de espera conforme a ACCR



Classificação Vermelho

- Atendimento nas salas de emergência, bloco de emergência, sala vermelha;
- São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato;
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede;
- Tempo de atendimento alvo: imediato.

Classificação Laranja

- Atendimento em consultório médico se condições e/ou sala de emergência, se necessário;
- São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico e assistência de enfermagem contínua;
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede;
- Tempo de atendimento alvo: 10 minutos.

Classificação Amarelo

- São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento por ordem de chegada;
- As medidas de promoção em saúde e prevenção de agravos deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da Rede;
- Tempo de atendimento alvo: 60 minutos.

Classificação Verde

- Por definição, são pacientes sem risco de agravo e serão atendidos por ordem de chegada;
- Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas, ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência;
- O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Tempo de atendimento alvo: 120 minutos

Classificação Azul

Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas, ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência;

Serão referenciados para as UBS para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento mediato em horários de não funcionamento da UBS;

Se gestante, caso não haja pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade;

Podem ser atendidos em consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada;

O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde;

Tempo de atendimento alvo: 24 minutos

Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde

Compete a Unidade de Urgência e Emergência dentro da UPA o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida.

Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Estabilização para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro, e posteriormente ser encaminhados aos leitos de observação caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem

serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no posto de enfermagem enquanto o paciente permanecer na Unidade.

3.1.5. Orientações ao usuário no Acolhimento com Classificação de Risco

Para orientação aos usuários e visitantes, o Instituto Alcance utilizará impresso denominado “Manual do Usuário”, que será entregue a todos que forem atendido nas unidades e a seus acompanhantes.

Além do impresso será alocado colaboradores para esclarecer eventuais dúvidas dos usuários e visitantes. Esses colaboradores estarão uniformizados com camisetas com a logomarca “Posso Atender?”, agindo ativamente com abordagem dos usuários e visitantes enquanto esses aguardam serem atendidos pela equipe das unidades.

O “Manual do Usuário” terá o seguinte conteúdo:



Caro usuário,

Seja bem-vindo (a) à UPA Dr. Jamil Sebba (UPA)!

Nossos colaboradores estão treinados para lhe proporcionar um acolhimento e atendimento dentro das normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e algumas orientações já foram feitas.

Enquanto aguarda seu atendimento, outros esclarecimentos devem ser feitos para uma melhor acolhida e entendimento de como funciona nossa unidade de saúde.

Esse manual foi desenvolvido no intuito de abordar todas as possíveis situações que poderão ocorrer na UPA. Em caso de dúvida ou maior esclarecimento, nossos colaboradores do “POSSO ATENDER?” irão lhe orientar da melhor maneira possível.



INFORMAÇÕES E PROCEDIMENTOS

O paciente deve estar acompanhado de um responsável por sua admissão, que deverá fornecer as informações solicitadas, bem como apresentar os próprios documentos (RG e CPF) e os do paciente. A admissão só poderá ser realizada sob a responsabilidade de um médico, devidamente cadastrado no corpo clínico do Pronto Atendimento.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O Corpo de Enfermagem da UPA possui profissionais altamente qualificados e em constante aperfeiçoamento de suas especialidades, composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que prestam assistência com qualidade técnica e administrativa. Nosso objetivo é individualizar o cuidado e atender as necessidades do paciente.

Ao necessitar de auxílio da enfermagem acione a campainha acima do leito. Em cada unidade dispomos de um enfermeiro responsável por cada plantão. Chame-o se for necessário.



ASSISTÊNCIA MÉDICA

As informações médicas sobre os pacientes são transmitidas somente pelo médico assistente, sempre pessoalmente. Apenas os médicos credenciados ou autorizados pela Diretoria deste Pronto Atendimento podem efetuar a admissão e acompanhar o respectivo tratamento do paciente. Se entender necessário a presença médica, solicite por meio da enfermagem.



ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

As refeições dos pacientes serão servidas nos leitos. Dispomos de uma equipe de nutricionistas responsáveis pela administração da dieta, para que este receba a mais adequada para ajudar em sua recuperação. Por isso, para maior segurança, solicitamos que não tragam alimentos de casa para o paciente, nem para consumo do acompanhante, pois além de não ser permitido, coloca em risco a recuperação do mesmo.

Caso esteja com dúvidas em relação à dieta fornecida, solicite ajuda à Unidade de Alimentação e Nutrição.



SERVIÇO SOCIAL

Assistentes Sociais são disponibilizados(as) e realizam visitas aos pacientes. Contatar familiares e acompanhantes de pacientes graves ou desacompanhados, intervir em situações de atendimento ao paciente desacompanhado, atender e orientar familiares em caso de óbito, são algumas das atividades realizadas pela nossa equipe. Ao necessitar deste serviço, favor solicitar a presença deste profissional à equipe.



VISITAÇÃO NO UPA

É permitida a entrada de apenas 2 (dois) visitantes com mais de 14 anos por período de visita. É importante lembrar que o objetivo da UPA é garantir conforto, tranquilidade e segurança ao seu familiar e também aos demais pacientes internados/em observação.



HORÁRIO PARA TROCA DE ACOMPANHANTE

A troca de acompanhantes deve ser feita na recepção nos seguintes horários:

1ª troca: das 07h às 08h

2ª troca: das 14h às 14h30

3ª troca: das 21h às 21h30

Observações: A troca de acompanhante será realizada durante o horário de visitas e será permitida a entrada de acompanhante fora dos horários estipulados apenas para pacientes transferidos do setor de emergência.



HORÁRIO DE VISITAS EMERGÊNCIA

Para pacientes em situações de emergência, os horários de visita são os seguintes:

1º horário: das 14h às 14h30min

2º horário: das 21h às 21h30min

Nos demais casos, os horários de visitas são:

1º horário: das 14h às 14h30min

2º horário: das 21h às 21h30min

Observações: Será permitida a entrada de apenas 2 (dois) visitantes com mais de 14 anos. É obrigatória a apresentação de documento com foto.



ACOMPANHANTES ESPECIAIS

Algumas pessoas têm direito a acompanhante durante o período de internação. São elas:

- Pessoas com idade inferior a 18 anos e igual ou superior a 60 anos;
- Pessoas com deficiência e pessoas com TEA (Transtorno do Espectro Autista).
- Pessoas acometidas por transtornos mentais.

Em casos especiais, a critério do Serviço Social, poderá ser oferecido ao paciente um tablet para que realize videochamadas para membros da família.



SOLICITAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

A solicitação de acompanhamento deve ser feita sempre por assistente social, enfermeira ou médico. É autorizado somente um acompanhante por paciente, que deve avisar sempre à equipe de enfermagem ao chegar e sair da enfermaria. Para este acompanhante será oferecida alimentação.

A entrada de acompanhantes com idade inferior a 18 anos é proibida, e não é aconselhável a entrada de acompanhantes com mais de 65 anos.

Os acompanhantes recebem informações sobre o estado clínico da pessoa internada/em observação e orientações sobre como poderão ajudar a equipe e o paciente. Não serão fornecidas informações dos pacientes via telefone.



FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE

O acompanhante desempenha um papel essencial na recuperação do paciente. Além de colaborar para o bom andamento do tratamento, o acompanhante deve:

- Informar à equipe multidisciplinar qualquer mudança inesperada no estado de saúde do paciente que possa interferir no tratamento;
- Fornecer informações precisas e completas sobre o histórico de saúde do paciente;

- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional;
- Respeitar os direitos de todos no PA;
- Zelar pelos bens e propriedades do PA;
- Participar do plano de tratamento e da alta hospitalar do paciente;
- Não se ausentar do leito do paciente ou sair do PA sem comunicar previamente à equipe multiprofissional.



HIGIENE E ACOMODAÇÕES

Os visitantes devem lavar as mãos e desinfetar com álcool 70% antes e depois de tocar o paciente. Não devem tocar nos aparelhos sem autorização da equipe médica ou de enfermagem e, jamais, sentar nas camas dos pacientes. Caso o paciente esteja em isolamento, é necessário buscar orientações da equipe de enfermagem.



O QUE LEVAR PARA O UPA?

Os visitantes devem levar apenas o necessário para cuidar do paciente, lembrando que a unidade não se responsabiliza pelos pertences dos acompanhantes.

É importante evitar a entrada de objetos e alimentos que possam causar contaminação, sendo proibida a entrada de cigarras na UPA.

Ressaltamos que são oferecidas refeições aos pacientes conforme prescrição médica e nutricional.

Para o setor de observação é necessário levar: sabonete líquido, hidratante corporal, escova de dentes, creme dental, enxaguante bucal, lenços umedecidos, desodorante, fraldas (caso o paciente necessite), pijama ou roupas confortáveis e chinelos de borracha.

Para o setor de emergência é necessário levar: sabonete líquido, hidratante corporal, enxaguante bucal, lenços umedecidos, desodorante e fraldas (caso o paciente necessite).





INFORMAÇÕES MÉDICAS

Informações sobre o estado clínico do paciente serão repassadas pelo médico durante o horário de visita. Por esse motivo, é necessário que o familiar ou responsável esteja presente para receber esclarecimentos sobre a saúde do paciente. Não serão fornecidas informações por telefone.



ALTA/TRANSFERÊNCIA DA UPA

Ao receber alta ou ser transferido para outro local de atendimento, é importante que o acompanhante recolha todos os seus pertences e do paciente antes de sair da UPA. A equipe de enfermagem fornecerá orientações médicas sobre os cuidados a serem tomados após a alta/transferência do paciente, garantindo assim uma continuidade segura do tratamento.



3.1.6. Encaminhamento do paciente para outras unidades

Após estabilização do quadro clínico do paciente e não havendo condições do mesmo de permanecer na unidade, dada a gravidade do caso, ou havendo necessidade de investigação diagnóstica e/ou tratamento complementar, o médico plantonista deverá inserir o paciente no sistema de regulação do Município, para que o Complexo Regulador efetue a regulação para o serviço de saúde adequado.

O transporte de usuários para outra unidade de saúde deverá ser realizado em ambulância sanitária, disponibilizada pelo Município, adequadas ao deslocamento de enfermos em atendimento na UPA.

A regulação por meio do SAMU-192 em será feito em casos de Urgência e Emergência.

Caberá ao Instituto Alcance planejar as atividades assistenciais, de informação oportuna sobre: o local da residência dos pacientes atendidos ou que eles sejam referenciados para atendimento, registrando o município e bairro onde reside e demais informações epidemiológicas solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.1.7. Alta com prescrição e orientações necessárias, permanência sob observação clínica e encaminhamento à unidade hospitalar referenciada

Alta com prescrição

A finalização do plano terapêutico requer a transição de cuidados, que deixarão de ser assistidos quando o indivíduo receber alta hospitalar ou institucional e passarão a ser de responsabilidade do próprio indivíduo ou familiares.

Essa transição será feita com a devida orientação multiprofissional uma vez que os períodos de convalescença podem se estender ou o indivíduo necessite utilizar cuidados preventivos para evitar novo evento da mesma condição clínica, complicação ou seqüela.

Ainda, a transição de cuidados é necessária dentro do próprio ambiente institucional, no caso hospitalar, nas condições de transferência interna, em que o indivíduo precisar de acolhimento em unidade de internação, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e serviços de diagnóstico e tratamento.

Em cada uma dessas situações fecha-se um ciclo do processo assistencial e se inicia um novo, retornando ao acolhimento, diagnóstico da nova situação e da situação

gressa, novo plano terapêutico a ser planejado, executado, avaliado e concluído, todos fazendo parte do macroprocesso do modelo assistencial assentado na excelência de execução de cada uma das fases.

Observação clínica

No período em que o paciente permanecer em observação, toda assistência disponível pela será prestada na UPA, bem como serão realizados os exames indicados pelo médico responsável.

Serão encaminhados à Observação todos os pacientes que apresentem instabilidade de sinais vitais fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos ou que justifiquem/necessitem de:

- monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR;
- instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação;
- monitoração constante de glicemia;
- observação do nível de consciência;
- observação para monitoração dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação;
- observação para investigação diagnóstica;
- observação pós-sedação;
- observação para acompanhamento da dor;
- observação por apresentarem agitação psicomotora;
- observação devido à intoxicação exógena;
- observação para monitoração de reações adversas;
- observação para monitoração e acompanhamento da pressão arterial;
- apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.

A observação clínica ocorrerá, conforme preconiza o Ministério da Saúde, num período máximo de permanência em observação pela equipe multidisciplinar de 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica.

Após este período, se for necessário a sua permanência, será providenciada a sua transferência para uma unidade de saúde de maior complexidade de acordo com a Central de Regulação, pois caracterizará internação hospitalar, o que não é o perfil da UPA.

A ocorrência da permanência do paciente por mais de 24h caracterizará internação hospitalar, não sendo esse o perfil de atendimento da UPA e todos os órgãos supervisores serão imediatamente informados da situação, evitando-se, assim, o desvio do perfil assistencial da unidade de saúde.

Encaminhamento à unidade hospitalar referenciada

Os pacientes críticos que chegarem serão avaliados e classificados como pacientes de alto risco (classificação de cor vermelha) deverão ser encaminhados para a Sala de Emergência, devido à necessidade de atendimento imediato. Em seguida, serão estabilizados e, posteriormente, a depender da gravidade ou tendo excedido o tempo de observação, serão encaminhados para internação em unidades hospitalares, conforme disponibilização de vaga pela Central de Regulação Municipal.

3.2. Fluxo operacional para material médico-hospitalar e medicamentos compreendendo a seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição

3.2.1. Diretrizes gerais

A Política de Gestão de Suprimentos a ser implementada pelo Instituto Alcance na UPA contemplará as normas para realização dos procedimentos de logística de insumos e gestão de contratos com a descrição detalhada dos processos e procedimentos administrativos desde o planejamento da aquisição, solicitação até a entrega do produto ou serviço ao usuário final.

3.2.2. Fluxo de seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares

O Instituto Alcance é responsável por assegurar a disponibilidade de todos os insumos da cadeia assistencial da UPA, assegurando a continuidade do cuidado e a qualidade destes insumos, conforme condições orçamentárias estabelecidas. O setor de Compras é responsável por executar as atividades inerentes ao abastecimento da unidade, mediante critérios técnicos e regras estabelecidas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços.

O Instituto Alcance adota alguns critérios na Logística de Suprimento como:

- planejamento da aquisição conforme critérios técnicos para padronização de produtos, seleção, compra de produtos não- padronizados e compra de emergência;
- estabelecimento de critérios técnicos e multidisciplinares para padronização suprimentos;
- disponibilização de suprimentos atendendo à necessidade dos processos;
- estabelece critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos.

Lista de verificação de recebimento:

- quantidade, dosagem;

- validade;
- condições do produto;
- lote do produto x lote da nota fiscal;
- temperatura para termolábeis;
- critérios para não-recebimento;
- critérios para quarentena;
- materiais (especialmente os críticos);
- medicamentos, produtos de nutrição e dietética, kits reagentes, produtos químicos, equipamentos, entre outros condutas junto ao fornecedor (avaliação de desempenho);
- estabelece mecanismos de rastreabilidade de materiais e medicamentos;
- avalia serviços terceirizados com base na política de fornecedores de serviços e produtos;
- define planos de contingência (emergências);
- faltas;
- indisponibilidade no mercado;
- suspensão;
- falhas em refrigerador de armazenamento de produtos;
- falhas no sistema de gerador;
- estabelece critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos, dentre outros.

O Instituto Alcance realiza a Gestão da Logística de Suprimentos por meio dos seguintes critérios:

- falta de materiais e medicamentos, estabelecendo plano de contingência, as compras de urgência e estabelece ação de melhoria;
- solicitações de compra de materiais e medicamentos não padronizados;
- estoques satélites buscando a segurança e eficiência da gestão.

O Instituto Alcance Identifica, analisa e trata os riscos relacionados à gestão de suprimentos com:

- controle de estoque (falta, compra de urgência, perda por validade);
- seleção (sempre perseguindo o melhor custo benefício);

- cotação e compra (compra acima do valor, atraso, compra de fornecedor não qualificado, empréstimo);
- recebimento (falha na inspeção, produto degradado, produto falsificado);
- fracionamento, etiquetagem e unitarização (controle de infecção, troca de produtos ou dose);
- armazenamento (umidade, vetores, área para produtos químicos, higiene);
- dispensação (atraso, indisponibilidade, contaminação, troca);
- devolução (excesso, materiais nos setores etc.).

Seleção de materiais e medicamentos

O objetivo da seleção e padronização de materiais e medicamentos é assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, obtendo o melhor efeito, com o menor número de produtos, durante um período mais curto e com o menor custo possível.

A aquisição dos materiais utilizados dentro de um hospital é definida por meio de uma boa gestão de estoques, e o principal método de previsão de demanda utilizada nos hospitais é a Média Aritmética Móvel, aliada aos parâmetros de reposição de estoques Curva ABC, Estoque de Segurança e Ponto de Ressuprimento.

Após a seleção dos itens padronizados, deve-se realizar o descritivo completo e objetivo de todos os insumos padronizados, além de efetuar a qualificação dos fornecedores que farão a reposição do estoque periodicamente e considerando que a cadeia de logística hospitalar vai desde a seleção da matéria-prima até o consumo final no leito do paciente, realizando a qualificação dos fabricantes e distribuidores aptos a fornecer os insumos hospitalares é fundamental para garantir a qualidade na assistência prestada.

A qualificação deve ser feita por meio de avaliação rigorosa pelos profissionais de saúde da unidade, com auditoria nos locais de fabricação e armazenamento dos produtos, considerando cada critério determinado em legislação vigente, como Boas Práticas de Fabricação e Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento.

Após a realização da especificação e qualificação dos fornecedores, a compra deverá ser realizada segundo as modalidades de aquisição definidas por cada Instituição, seja a licitação ou a aquisição por cotações. O modelo de gestão do Instituto Alcance permite que as compras sejam realizadas por meio de cotações.

O Instituto Alcance utilizará a lista padronizada de medicamentos do município - REMUME, para as prescrições de pacientes em alta hospitalar e saídas do pronto atendimento.

O Almojarifado que é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques da Instituição.

3.2.2.1. Competências da gestão de estoque

Compete a Gestão de Estoques:

Compras

- identificação, Qualificação e Cadastramento de Fornecedores;
- gestão de fornecedores;
- processamento de compras;
- negociação;
- gestão de desempenho.

Almojarifado

- receber materiais;
- guardar materiais;
- localizar materiais;

- assegurar materiais;
- preservar materiais;
- entregar materiais.

3.2.2.2. Procedimento Operacional Padrão

O processo de Compras de Material e Medicamentos das Unidades de Saúde será organizado conforme descrição seguinte:

Qualificação de Fornecedores

- a qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente na UPA, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com o Termo de Compromisso devidamente assinado pelos representantes legais e com firma reconhecida, posteriormente ao preenchimento dos campos obrigatórios da ficha cadastral, disponível no endereço eletrônico informado.

- os fornecedores já cadastrados deverão encaminhar a renovação do documento dentro de no máximo cinco (5) dias após a expiração da data de validade.

- CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato Social com as alterações;
- autorização de funcionamento;
- licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual);

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

- cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União;
- cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

- certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;
- Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual);
- Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) - desejável para fabricante e distribuidor;
- cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS.

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

- cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros);
- certificado de Boas Práticas de Fabricação, expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV.

Cadastramento do Fornecedor

O fornecedor quando qualificado pela área de Compras será automaticamente aprovado e o colaborador responsável indicado na ficha pré-cadastral receberá em seu e-mail a confirmação da aprovação do cadastro. A partir desse momento o Fornecedor torna-se apto a participar dos processos de cotação.

Cotação e Pedido de Compra

As cotações deverão ser respondidas dentro do prazo solicitado, informando obrigatoriamente a quantidade na caixa, valor unitário com os impostos inclusos, condições de pagamento, marca ou procedência do produto e prazo de entrega. No caso de entregas parciais, estas deverão ser informadas com previsão de entrega dos itens pendentes.

O não cumprimento dessas normas gerará uma notificação de não conformidade ao fornecedor e este será avaliado dentro dos critérios de pontuação da avaliação da entrega.

O contrato de fornecimento poderá ser celebrado sempre que a Instituto Alcance julgar conveniente sendo, da mesma forma, objeto resultante do processo de cotação.

Transporte e Entrega

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

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

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

Recebimento

A conferência deve ser feita no ato do recebimento, verificando se o produto entregue está em conformidade com os aspectos administrativos e as especificações técnicas. Essa conferência consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e o que foi recebido. Para tanto será preenchido o formulário de avaliação de entrega no momento da baixa do pedido de compra.

3.2.2.3. Especificações técnicas de recebimento de mercadorias recebimento de medicamentos e materiais

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

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

Todo medicamento e insumo correlato deverão estar acompanhados do certificado de análise do lote entregue. O número do lote dos produtos recebidos devem ser os mesmos constantes da nota fiscal.

Baseados nos artigos número 24, 25 e 26 da Portaria 344/98 que fazem referência às notas fiscais, determina-se que:

- as notas fiscais que contenham medicamentos controlados devem apresentar identificação dos mesmos com a referência da lista a quem pertencem na portaria 344/98 entre parênteses, em frente ao nome;
- medicamentos pertencentes à lista C3 e o medicamento Talidomida devem vir em nota fiscal separada dos pertencentes às outras listas;
- a nota fiscal, nota fiscal fatura de venda ou transferência de substâncias, deverá distinguir as listas ao qual cada medicamento faz parte, por meio de colocação entre parênteses, da letra indicativa da lista a que se refere, logo após o nome dele.

3.2.2.4. Qualificação do desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios de qualificação de fornecedores, definidos pela instituição

Avaliação e desqualificação de fornecedores

A avaliação dos fornecedores está condicionada ao desempenho das atividades identificadas na entrega dos pedidos. Os critérios de avaliação do fornecedor

determinam a sua classificação perante o cadastro de fornecedores da Unidade de Saúde, baseados nos seguintes requisitos:

- condições do veículo e entregador;
- condições ou estado de entrega do produto;
- divergência na nota fiscal;
- divergência com pedidos;
- atraso na entrega

Os requisitos apontados no formulário de entrega representam o conjunto de aspectos considerados como críticos. Os dados expressos por meio do preenchimento da avaliação geram uma pontuação (nota) e buscam revelar o status de atendimento do fornecedor, seu perfil e a sua capacidade em buscar as melhorias necessárias para adequar-se a esse contexto.

Será desclassificado o fornecedor que não atingir a pontuação mínima estabelecida. A desqualificação também poderá ocorrer no caso de não atendimento ou demora na entrega de documentos ou quando estes estiverem em desacordo com os requisitos legais relacionados à atividade. O fornecedor que for desqualificado poderá voltar a fornecer desde que comprove a melhoria nos processos identificados na avaliação ou a correção do item em questão.

3.3. Fluxos para registros de documentos de usuários e administrativos com a apresentação das ações definidas para a inserção de informações referentes ao paciente necessárias à realização dos atendimentos assistenciais em âmbito da UPA

O registro de documentos de usuários na UPA seguirá o fluxo de atendimento.

Ao dar entrada no serviço, conforme fluxo de referência do complexo regulador o paciente será admitido e aberto prontuário único, onde serão inseridos todos os registros médicos e da equipe multiprofissional, conforme atendimento recebido. Após encerrado o atendimento, com a saída do paciente, o prontuário será impresso e arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME.

O Instituto Alcance propõe na realização do Planejamento Estratégico definir prazos para implementar o Prontuário Eletrônico, com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética.

Conforme proposta de Gestão da Informação será utilizado sistema de prontuário eletrônico, documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo.

As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME.

Figura 11 - Fluxo para Registros de Documentos de Usuários

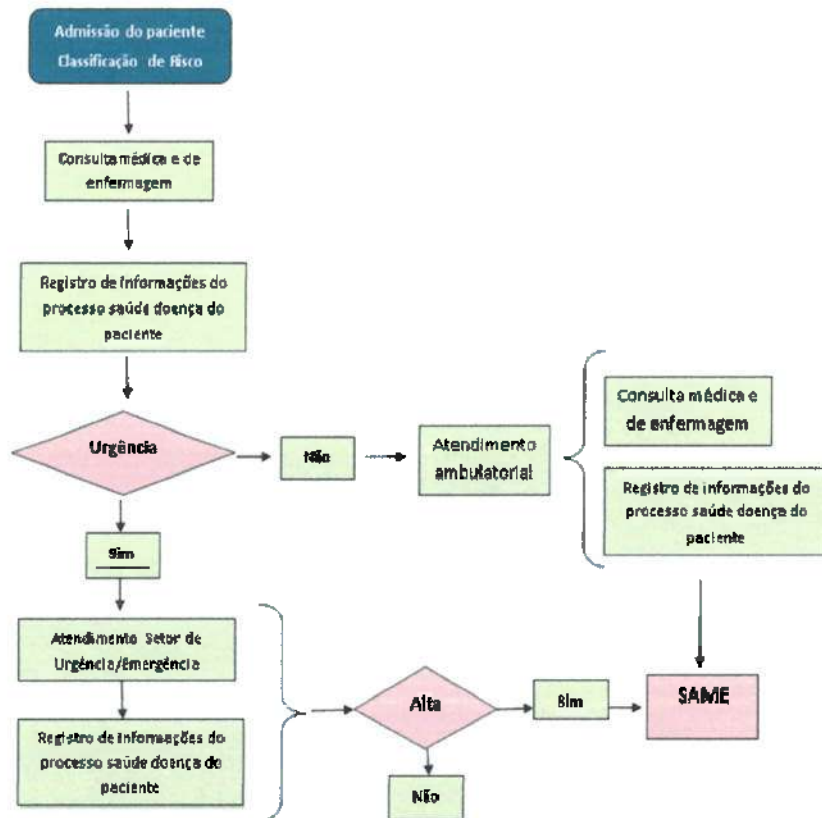
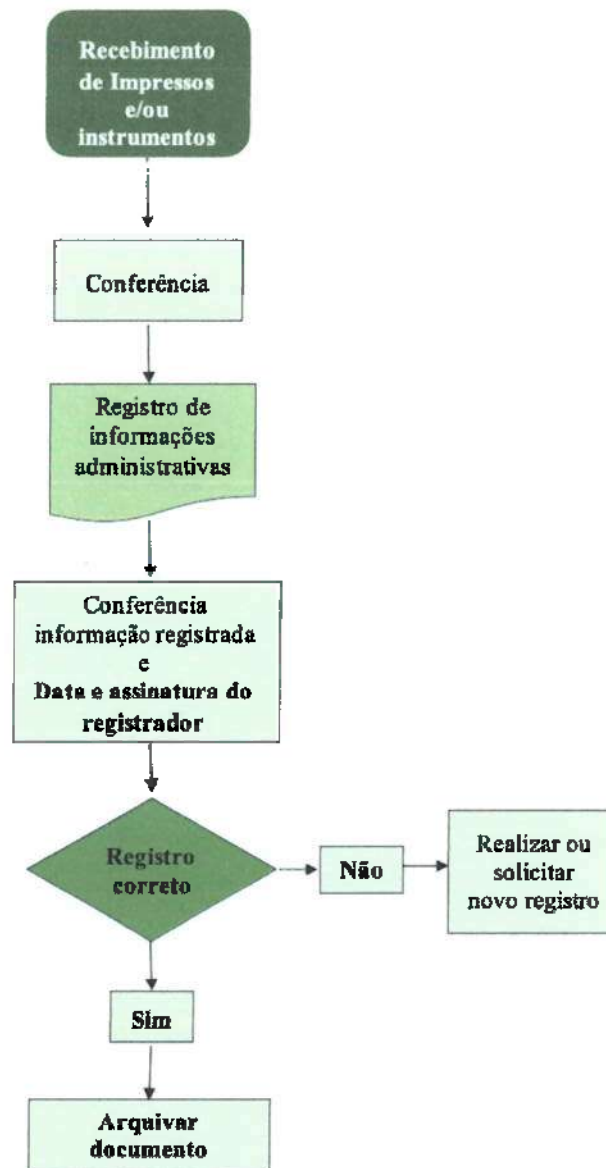


Figura 12 - Fluxo para Registro de Documentos Administrativos



3.4. Fluxo para resíduos de saúde definindo os aspectos intra e extra estabelecimento, prevendo as ações a geração até a disposição final dos resíduos

Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos da UPA será realizado a identificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade.

Figura 13 - Classificação dos resíduos na unidade



Figura 14 - Fluxo de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

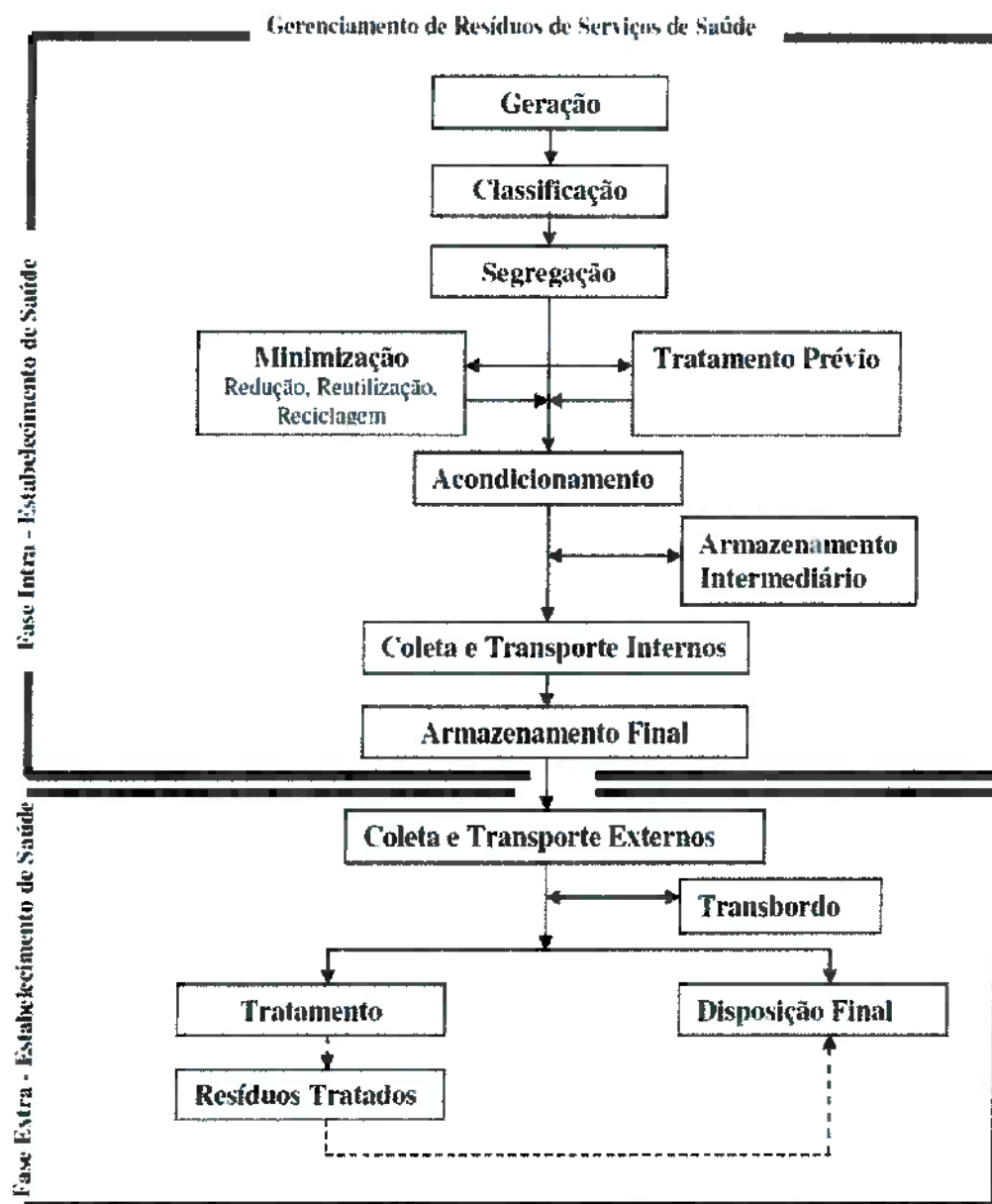
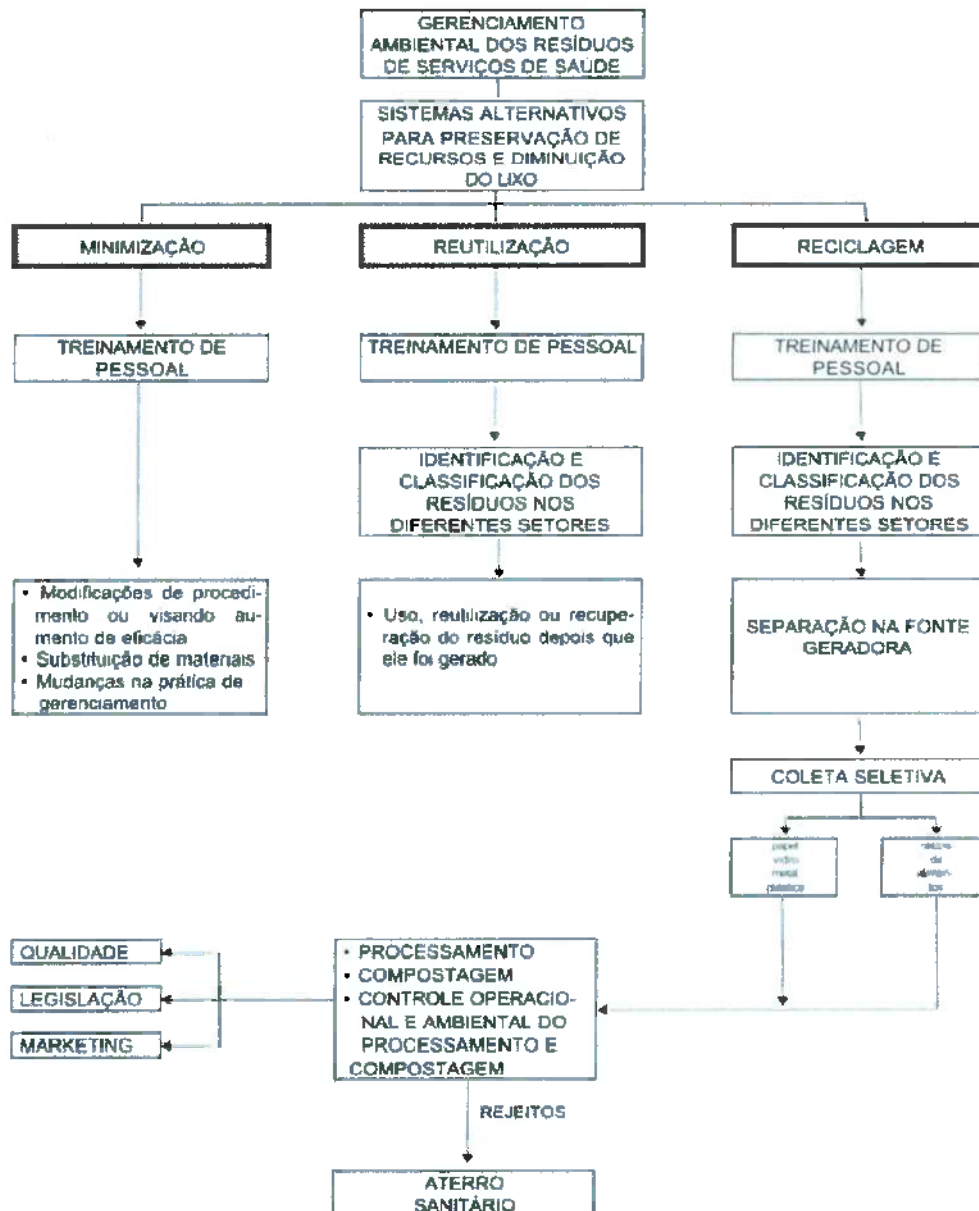


Figura 15 - Fluxo do gerenciamento ambiental proposto para os resíduos de serviços de saúde



3.4.1. Descrição do fluxo de resíduos

Coleta e Transporte Internos

- Os resíduos são coletados nas unidades geradoras pelos colaboradores do serviço de higienização e limpeza, encaminhados ao abrigo temporário de resíduos utilizando carro para transporte interno, com as seguintes especificações: fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos, possuem rodas e os recipientes com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno de fundo;
 - O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas;
 - Os carros de transporte deixam as unidades geradoras, passando pelos corredores até chegar ao abrigo externo.

Coleta e Transporte Externos

- A coleta e o transporte externos de RSS são realizados com definição de itinerários, frequência e horário de coleta, jornada de trabalho, equipe de coleta, tipo de veículo e contenedores necessários conforme rotina de cada empresa;
 - A balança para pesar os RSS está disposta no depósito de resíduo (armazenamento externo), sendo utilizada para pesagem dos RSS;
 - A coleta é realizada diariamente por tipo de resíduo, em horários diferentes;
 - Os veículos e contenedores utilizados pelas empresas devem estar conforme especificações dos órgãos reguladores e da ABNT NBR 12810, observando as instruções e especificações para o veículo:
 - Ter compartimento de carga resistente, estanque, com superfícies internas de material liso, lavável, de cantos arredondados para facilitar a descarga e a higienização;

- Ser dotado de descarga mecânica quando o veículo tiver capacidade de uma tonelada e manual quando o veículo tiver capacidade inferior;
- Ser provido de ventilação adequada quando o sistema de carga e descarga for manual;
- Ter altura de carga inferior a 1,20 metros sempre que a forma de carregamento for manual;
- Ser dotado de dispositivo hidráulico para basculamento de contenedores quando os mesmos forem exigidos;
- Operar de forma a não permitir vazamentos de líquidos ou rompimento dos recipientes quando possuir sistema de carga e descarga automática;
- Ser de cor branca;
- Possuir balança para conferir o peso por gerador;
- Possuir luzes de alerta no alto do veículo;
- Ter identificação em local visível com o tipo de veículo e de coleta especial conforme NBR 10004 com nome, número e telefone;
- Estar o veículo cadastrado na Secretaria de Meio Ambiente e na Vigilância Sanitária;
- Adotar coleta exclusiva por grupo de RSS coletando-o diretamente no abrigo externo de armazenamento final;
- Manter para os veículos e contenedores serviço de higienização por lavação com jato d'água preferencialmente quente sob pressão e de desinfecção simultânea diária, ao final de cada jornada de trabalho, direcionando o efluente líquido para a rede coletora e tratamento público de esgotos observados os padrões de lançamento estabelecidos;
- Manter serviço de lavação e desinfecção de uniformes e de equipamentos de proteção individual EPI;
- Capacitar a equipe de coleta inclusive quanto à segurança, à higiene e aos riscos ocupacionais;
- Submeter a equipe de coleta a exame médico Pré-admissional, exame médico periódico pelo menos duas vezes ao ano e vacinação adequada incluindo-se as vacinas contra tétano e difteria, hepatite B e tuberculose.

Transbordo dos Resíduos

- Realizar o transbordo somente em instalações apropriadas exclusivas, licenciadas pelos órgãos de saúde em conformidade com a legislação vigente;
- Executar a transferência dos RSS mantendo-se a integridade do acondicionamento que deve ser feita em embalagens rígidas resistentes à punção e a vazamentos, impermeável à unidade e resistente o suficiente para evitar rompimento durante o transbordo e transporte;
- Não permitir acumulação de RSS nas instalações que devem funcionar apenas para a transferência imediata de um sistema de transporte para outro.

Tratamento dos Resíduos

- Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final;
- Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Permitir a disposição de resíduo infectante na vala séptica somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;
- Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação;
- Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final;
- Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

Disposição Final

- Os RSS infectantes serão dispostos em vala séptica e quando necessário serão encaminhados para tratamento prévio em autoclave ou incinerador;
- Os resíduos químicos após tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação segundo exigências da Vigilância Sanitária serão dispostos em vala séptica;
- Os resíduos comuns serão dispostos na vala séptica, segundo processo sanitariamente correto previsto para resíduos domiciliares ou similares, desde que garantidas as condições previstas na legislação em vigor;
- Manter programa de controle, acompanhamento e monitoramento do sistema de geração, controle, tratamento e disposição final de RSS.

3.4.2. Classificação do resíduo

De acordo com a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise etc).

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitálicos, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc).

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de Medicina Nuclear e Radioterapia). Esses resíduos não são gerados na Unidade.

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos etc).

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.)

3.4.3. Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação

Grupo A3: As peças anatômicas serão registrados e encaminhadas para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição –peças anatômicas - guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição –peças anatômicas.

Grupo A4: Os resíduos do Grupo 4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Grupo A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, exclusivos para esses resíduos, guardados internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento, guardados internamente por sacos plásticos de cor azul.

D1: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do Município, em recipientes identificados com a inscrição-COMUM.

D2: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo:

Azul: papéis
Amarelo: metais
Verde: vidros
Vermelho: plástico
Marrom: resíduos orgânicos
Cinza: Não recicláveis

* Serão disponibilizados recipientes para coleta seletiva de resíduos recicláveis em pontos estratégicos de cada setor, de acordo com a demanda e tipo de resíduo gerado.

Grupo E - Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição - PERFUROCORTANTE - e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97, da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas acompanhadas das seringas, sendo **PROIBIDO** o reencape ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

Fechamento dos sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza da Unidade.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

Coleta e transporte interno

O transporte interno consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Esse transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos colaboradores e da população.

A coleta será realizada pela equipe do Setor de Higienização e Limpeza devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A3: Serão coletados de acordo com a demanda. Após a coleta dos cestos, os resíduos serão transportados em carros conforme especificações: tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido com cantos arredondados e dotados de tampas com sistema de abertura sem contato manual.

O transporte interno de resíduos será realizado de acordo com o fluxo definido pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza.

Serão padronizados, para o transporte, recipientes separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

Grupo A: resíduo potencialmente infectante - carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante.

Grupo B: resíduo químico - carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico.

Grupo D: resíduo comum - carro marrom.

Tratamento prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5, receberão tratamento prévio.

Armazenamento externo

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores.

Os Resíduos Recicláveis Grupo D - D2 serão armazenados em depósito apropriado até serem revendido.

Coleta e transporte externo

A Coleta e o Transporte externo consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos

Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis, é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos, sendo:

- Grupos A, B e E: realizada a cada dois dias, de segunda à sábado, às 10:00h.
- Grupo D: Resíduo Comum: realizado às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, às 22h.

Disposição final

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA n°. 237/97.

3.5. Fluxo unidirecional de materiais da CME

O Instituto Alcance, após assumir a UPA, se necessário, realizará as adequações na estrutura física da CME, proposto à Secretaria Municipal de Saúde, a aquisição de novos equipamentos, se necessário.

Após as adequações a estrutura física da CME disporá:

- Área suja: recepção e limpeza;
- Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Área suja

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza da CME antes de sua desinfecção ou esterilização.

Os horários para entrega de material contaminado na CME são padronizados da seguinte forma:

- Manhã: 7h 30min às 10h30min
- Tarde: 13h 30min às 15h 30min
- Noite: 19h 30min às 21h 30min

OBS: A padronização de horários não se aplica em situações de alta, transferência e óbito de paciente, bem como materiais considerados de urgência, como materiais de assistência ventilatória e instrumentais cirúrgicos.

No tocante às almotolias, onde são distribuídas soluções devidamente fracionadas de alguns produtos para uso na saúde, o horário para sua entrega se restringe ao período da manhã, mediante a entrega das almotolias vazias para reposição.

Durante o recebimento, todo o material, seja termossensível, seja instrumental cirúrgico, entregue nesta área, deve ser conferido confrontando-o com o checklist padronizado pela instituição e descrito no livro de registro bem como na comanda (quando se tratar de materiais termossensíveis).

Outro ponto relevante no tocante ao recebimento desses materiais, é a verificação da utilização de pré-lavagem (conforme POP de uso de pré-lavagem) do material entregue, quando aplicado a realização da mesma. Em relação aos materiais de OPME - Órtese, Prótese e Materiais Especiais - ao serem repassados do centro cirúrgico deverá ser conferido mediante a presença da ficha de controle de consumo de OPME, a qual deverá estar preenchida de forma completa e acompanhada da descrição cirúrgica.

Ao ser identificado inconformidade do checklist com o material entregue pela unidade, durante a conferência, deve-se questionar ao colaborador que trouxe o material o motivo da ausência do item, bem como notificar e comunicar ao enfermeiro da CME para que o mesmo comunique a chefia responsável pela unidade para que a melhor conduta seja tomada. Os desinfetantes utilizados na área suja que são normatizados pela instituição consistem em: detergente enzimático, ácido peracético e ortoftaldeído.

- **Detergente enzimático:** Utilizado para todos os artigos termossensíveis e instrumentais cirúrgicos.
- **Ácido Peracético:** Utilizado somente para os termossensíveis.
- **Ortoftaldeído:** Utilizado somente para os Endoscópios e Broncoscópio.

O colaborador escalado na área suja, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

Áreas de preparo e esterilização

Consiste em uma área destinada a inspecionar, revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza, bem como preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados e encaminhá-los para esterilização devidamente identificado pelo profissional que os preparou.

Do Preparo do Material

Ao receber a caixa proveniente do expurgo, deve ser identificada o tipo de caixa e prepará-la de acordo com o checklist correspondente. Ao preparar o material, deve ser colocado o integrador químico com identificação no verso do colaborador responsável pelo preparo, data e tipo de caixa, pois o mesmo será anexado ao prontuário do paciente. Quando se tratar de caixas de implantes de OPME, a mesma só deve ser esterilizada após conferência da Enfermeira ou técnica da OPME.

Das Embalagens para Esterilização

As embalagens utilizadas pela instituição constituem: papel grau cirúrgico, tyvec, tecido de algodão e manta de SMS. As escolhas das embalagens devem ser feitas de acordo com tipo de esterilização, quais sejam: esterilização por vapor saturado e esterilização por peróxido de hidrogênio. São utilizadas na esterilização por vapor saturado o papel grau cirúrgico, tecido de algodão e manta de SMS, em contrapartida são utilizados na esterilização por peróxido de hidrogênio o tyvec e a manta de SMS.

A validade das embalagens padronizados pela instituição segue da seguinte forma:

- Papel Grau Cirúrgico: 3 meses
- Tecido de algodão: 8 dias
- Manta de SMS: 6 meses
- Tyvec: 6 meses 4.2.3

Da limpeza dos Equipamentos e Áreas Físicas

Outro ponto relevante no tocante a área do preparo e esterilização é a limpeza das autoclaves e STERRAD. A limpeza da autoclave deve ser realizada todos os dias pelas colaboradoras escaladas para autoclave, com um pano úmido com água, e a cada quinze dias aplicar o desincrustante. A limpeza da STERRAD deve ser feita todos os dias com a retirada do prato de depósito de peróxido utilizando compressa umedecida com água. Além da limpeza, deve ser retirado os cassetes da caixa coletora de desprezá-los em lixo contaminado, a cada 20 cassetes utilizados. Caso a caixa coletora esteja danificada, trocá-la. Realizar a limpeza das bancadas diariamente com álcool a 70% a cada término do plantão. Realizar a limpeza terminal toda sexta-feira (paredes, vidros, chão e teto)

4.2.4 Controle de Temperatura

O colaborador escalado preparo, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

Dos Cuidados Especiais

- Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade, ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos; caso identifique alguma alteração, sinalizar para enfermeira da CME providenciar a troca;
- Arrumar os instrumentais com as peças mais leves e menores sobre os maiores e mais pesados;
- Pinças curvas com a curvatura voltada para a tampa da caixa ou parte plastificada do papel grau cirúrgico;
- Priorizar os monopolares, bipolares, capa de stryker, óticas, pinças da videolaparoscopia e manoplas na esterilização por peróxido de hidrogênio;

- Cabos dos instrumentais voltados para a abertura de selamento do papel grau cirúrgico;
- Selecionar a embalagem de acordo com o processo: desinfecção (saco plástico), esterilização (papel grau cirúrgico, tyvec, tecido de algodão ou manta de SMS);
- Avaliar a necessidade de utilização de embalagem dupla (materiais pesados ou pontiagudos);
- Realizar o ajuste das embalagens duplas, verificando se elas não apresentam dobras internas e se estão acomodadas às partes externas;
- Selar a embalagem – deixar 3cm de borda. Para selagem do papel grau cirúrgico, a temperatura da seladora deve estar em 220°C e para a selagem do tyvec em 140°C.
- Identificar as embalagens com o nome do profissional que preparou, por extenso, a especificação do material, a data do preparo e a validade.
- A diarista deve realizar o fracionamento diário das almotolias para as unidades com as seguintes soluções: éter, PVPI, Clorexidina alcóolica, Clorexidina 2%, água oxigenada e benjoim. Ao entregar as unidades registrar em livro a dispensação;
- Todo início de plantão abrir o livro de registro da equipe do plantão, bem como registrar as intercorrências ocorridas no plantão.

Área de monitoramento do processo de esterilização

O controle do monitoramento da qualidade da esterilização é realizado através dos indicadores químicos e biológicos. Os indicadores químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Em contrapartida os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

Dos Indicadores Químicos

Os indicadores químicos padronizados neste HU são os de Classe I - fita zebra - indicador externo que distingue materiais processados de não-processados, o de classe II - teste de Bowie&Dick - indicador para uso em testes específicos usado em situações relevantes ao equipamento, como o teste da eficácia da bomba de vácuo e o indicador Classe V - integrador - indicador interno que monitora todos os parâmetros críticos do processo de esterilização.

O teste de Bowie&Dick deve ser realizado todos os dias pela manhã antes do primeiro ciclo, com a autoclave vazia e após sua realização, observar o impresso e caso não identifique nenhuma alteração, registrar no livro. Caso observe que o teste apresentou alteração, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica, e essa possa identificar e solucionar o problema. A autoclave somente deve ser liberada para uso após avaliação do teste Bowie&Dick.

Todo pacote ou caixa de instrumental esterilizados devem ser identificados com um indicador químico de classe I (Fita Zebra), que deverá ser examinado após a esterilização e antes da embalagem ser aberta para uso.

Todas as caixas cirúrgicas devem conter um indicador classe V, o que sinalizará que a caixa está em condições satisfatórias de esterilização. Os mesmos devem ser verificados antes do uso do instrumental e anexado ao prontuário do paciente.

Dos Indicadores Biológicos

Da Autoclave: O teste do indicador biológico da autoclave deve ser realizado todos os dias no plantão noturno a partir das 00:00h. Após realização do teste, as cargas só poderão ser liberadas com o resultado satisfatório após incubação de 3 horas da ampola do biológico e registrado seu resultado no livro. Em caso de alteração do teste, não liberar as cargas e comunicar a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica.



Da STERRAD: O teste do indicador biológico da STERRAD deverá ser realizado todos os dias com base no horário realizado nas 24 horas anteriores. Durante a realização do teste biológico associar a um indicador químico. Após leitura, caso não tenha nenhuma alteração anexar a etiqueta e tampa da ampola em livro de registro. Caso identifique alguma alteração na leitura comunicar a enfermeira da CME para que possa contactar com a engenharia clínica.

Cuidados Especiais:

- Realizar manutenções preventivas das autoclaves pela engenharia clínica;
- Realizar manutenção corretiva das autoclaves, por meio da engenharia clínica, sempre que identificar algum problema no funcionamento.

Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados

Após passar por processo de esterilização e ou desinfecção química os artigos devem ser armazenados no arsenal. Durante o armazenamento seguir criteriosamente o local de cada material.

Durante a dispensação dos materiais cirúrgicos registrar em livro cada tipo de material e quantidade dispensada.

Para a dispensação de materiais termossensíveis, o colaborador da CME deverá conferir a comanda, que foi preenchida no expurgo, juntamente com o profissional da unidade responsável pelo recebimento, e em seguida arquivar em pasta, classificada por unidade assistencial.

Durante a passagem do estribo, registrar em livro específico com os dados do paciente que irá utilizá-lo (data, nome, prontuário e setor) e assinatura do profissional responsável pelo recebimento.

As caixas de OPME são enumeradas na sequência por tipo e quantidade de cada credenciada. Durante a dispensação dessas caixas deve ser respeitado criteriosamente o rodízio da sequência enumerada e registrado em livro o tipo de caixa, sala cirúrgica, responsável pela entrega e pelo recebimento.

Ao dispensar a caixa de OPME, a mesma deve ser acompanhada de duas cópias de sua ficha de controle equivalente ao tipo de caixa.

Ao se tratar da dispensação de placas especiais, a mesma deverá ser registrada no livro de controle específico, e entregue juntamente com a caixa da empresa correspondente. Além do registro em livro, preencher o impresso correspondente ao controle de entrega de placas especiais.

Durante a passagem de material da neurocirurgia, todo material entregue deverá ser registrado em livro e constar assinaturas do colaborador da CME que dispensou e do centro cirúrgico que recebeu. Além do registro em livro, preencher a comanda de controle de entrega de material da neurocirurgia.

O colaborador escalado no arsenal, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

O colaborador responsável pelo arsenal, deverá realizar limpeza das estantes, bancada e cestos aramados, semanalmente.

Inventário

O inventário de instrumental cirúrgico deve ser feito anualmente e registrado em planilha de acordo com o tipo e quantidade de caixas por especialidade.

O inventário de campos cirúrgicos deve ser feito a cada 3 meses. Dessa forma certificar a necessidade de reposições e acréscimos de cada tipo de campo cirúrgico.

O recebimento e dispensação de campos cirúrgicos devem ser registrados diariamente em planilha e censo.

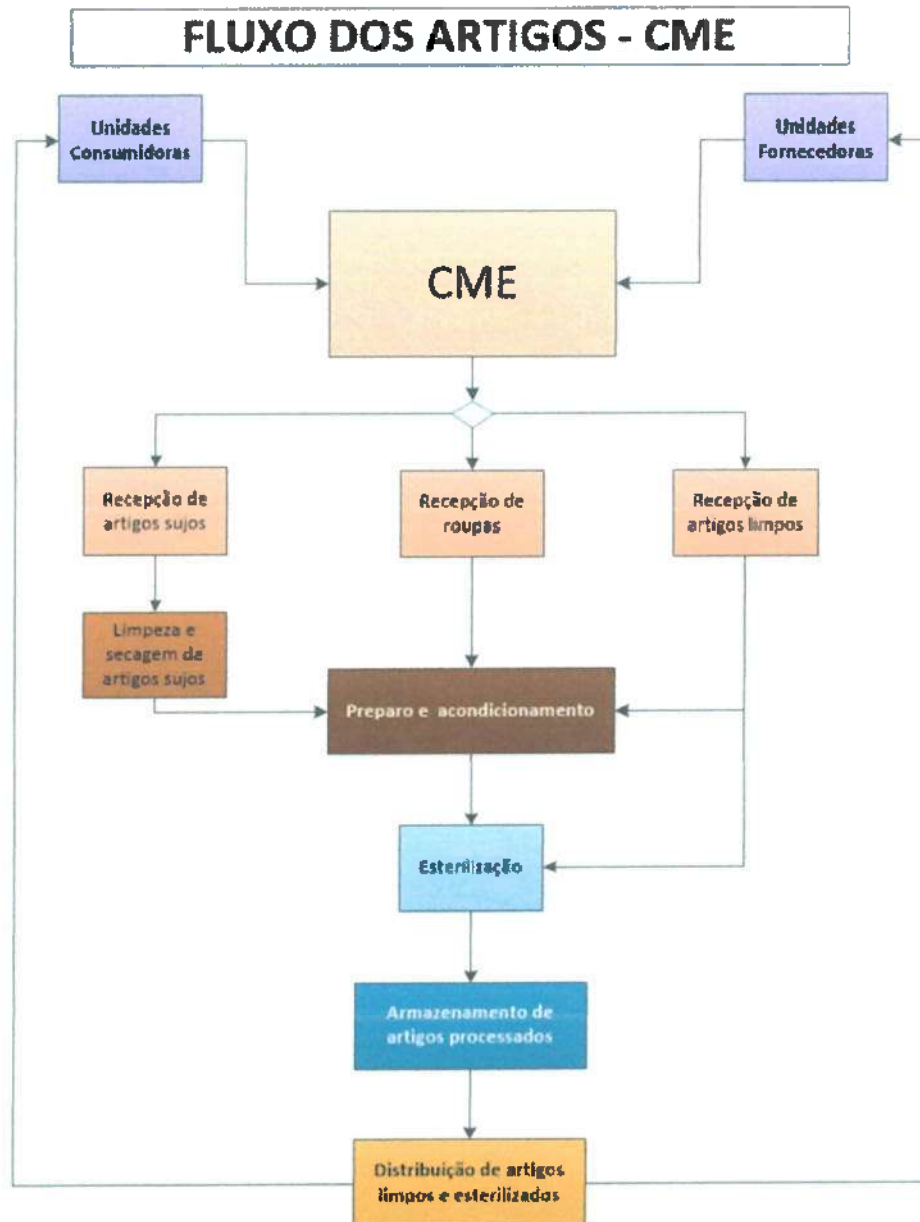
3.5.1. Fluxo para materiais esterilizados

A qualidade dos serviços da CME está vinculada ao controle eficiente de infecções. Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

- Estrutura física adequada;
- Equipamentos adequados e operacionais;
- Materiais adequados;
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;
- Capacitação e supervisão contínua dos colaboradores da CME;
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;
- Acesso restrito aos colaboradores da CME, sempre devidamente paramentados;
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.
- Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME.

A seguir é apresentando o Fluxo de Artigos da CME:

Figura 15 - Fluxo de artigos da CME



3.6. Proposta de regimento interno para a UPA

O Instituto Alcance propõe a adoração do seguinte modelo de regimento interno para a UPA Dr. Jamil Sebba:

Capítulo I - Conceituação

Art. 1º - Este Regimento representa a estrutura de funcionamento da UPA Dr. Jamil Sebba (UPA), compondo a gestão e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Capítulo II - Dos objetivos

Art. 2º - A UPA terá como objetivos, entre outros:

I. Assegurar a qualidade e a segurança das práticas assistenciais, assim como legitimar e padronizar as ações executadas nesta unidade de saúde.

II. Prestar assistência à saúde nos atendimentos aos usuários do SUS, conforme perfil, mecanismo de regulação de acesso e serviços definidos, sem distinção de nacionalidade, raça, credo, opinião política ou qualquer outra condição;

III. Estar disponível para servir de campo de aprendizagem nas atividades relacionadas à assistência em urgência e emergência.

Capítulo III - Da abrangência

Art. 3º - Este Regime Interno abrange todos os colaboradores da UPA, independente da forma ou modalidade de contratação.

Capítulo IV - Do funcionamento

Art. 4º - O serviço assistencial da UPA deve funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana e oferece atendimento de urgência e emergência.

Art. 5º - O setor administrativo deve funcionar 8 horas por dia de segunda à sexta-feira.

Art. 6º O atendimento assistencial deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos servidores.

Capítulo V - Dos conceitos

Art. 7º - Para fins deste regime interno, considera-se:

I - Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário;

II - Classificação de Risco: critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada;

III - Emergência: qualquer situação que represente risco imediato de vida ou de comprometimento de órgão ou função, exigindo interferência imediata para que seja preservada a integridade da pessoa afetada. A existência de risco imediato é reconhecida pela equipe de saúde responsável pelo atendimento, com base na avaliação clínica da condição mórbida apresentada pelo paciente;

IV - Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário/paciente ou profissional da saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais;

V - Usuário/paciente: é qualquer pessoa que se submete a tratamento terapêutico e confia sua saúde a um profissional de saúde;

VI - Urgência: situação de risco de comprometimento de órgão ou função, estabelecido com base em critérios clínicos e no modo de apresentação da queixa, que, embora não exija interferência imediata, deve ser abordada no prazo máximo de algumas horas, seja por procedimentos diagnósticos complementares, seja por intervenção terapêutica.

Capítulo VI - Das competências

Artigo 8º - Sobre as competências dos serviços da UPA:

- I. Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento no PA;
- II. Garantir a qualidade e segurança das práticas assistenciais;
- III. Registrar em prontuário os dados cadastrais de cada usuário como: nome, endereço, telefone contato, identidade e CPF, além de orientar quanto ao local de espera para classificação de risco.
- IV. Estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- V. Estratificar o risco de cada usuário, conforme a queixa por meio de escuta qualificada, aferindo os sinais vitais e avaliação primária com exame físico. É utilizado o protocolo SUS para estratificação onde os riscos são divididos em:
 - Azul: Atendimento compatível com atenção primária, sendo redirecionado para unidade de atenção primária conforme endereço (onde ser atendido) ou atendimento por ordem de chegada por apresentar baixa complexidade;
 - Verde: Atendimento médico em até 120 minutos;
 - Amarelo: Prioridade, atendimento em até 30 minutos, ou atendimento imediato na sala de observação.
 - Laranja: Muito urgente, atendimento em até 10 minutos.
 - Vermelho: Atendimento imediato na sala de estabilização.
- VI. Articular-se com a Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária de Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de

referência por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;

VII. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Primária de Saúde;

VIII. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

IX. Contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento;

X. Requerer retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassem a capacidade instalada da Unidade;

XI. Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade;

XII. Apresentar equipe interdisciplinar compatível com seu porte

Capítulo VII - Da composição

Art. 9º - A UPA apresenta a seguinte estrutura organizacional gestora:

- I. Diretor Geral
- II. Diretor Técnico Médico;
- III. Gerente Administrativo;
- IV. Gerente de Enfermagem;
- V. Corpo Clínico; e
- VI. Enfermeiro assistencial.

Parágrafo Único. A competência do Diretor Geral será fixada por meio de portaria a editada pelo Presidente do Instituto Alcance.

Art. 10 - O Coordenador / Responsável Técnico Médico compete:

I. Responsabilizar-se tecnicamente junto aos Conselhos Federal e Regional de Medicina e representar a UPA junto às autoridades e perante o juízo, conforme legislação vigente, nos casos em que não puder ser feito pelo Diretor Geral;

II. Convocar e presidir as reuniões do Corpo Clínico;

III. Colaborar com as atividades da Comissão de Ética;

IV. Tomar conhecimento e encaminhar os pleitos do Corpo Clínico adotando as providências cabíveis;

V. Encaminhar à direção geral da UPA as sugestões e pedidos do Corpo Clínico e vice-versa;

VI. Cientificar a direção geral de irregularidade que se observem em relação à ordem, ao desempenho ético – técnico, ao asseio e a disciplina nos diversos serviços;

VII. Organizar as equipes e/ou escalas para atendimentos médicos;

VIII. Proibir a utilização de prontuários médicos salvo para fins legais e científicos;

IX. Disciplinar a liberação de informação médica ao público e à justiça, ouvindo-se necessário a Comissão de Ética;

X. Apresentar relatório anual das atividades do Corpo Clínico à Direção Geral;

XI. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da UPA, o Regimento do Corpo Clínico e ao código de ética médica do CFM.

Art. 11 - Compete ao Gerente Administrativo:

I. Coordenar e supervisionar o funcionamento da unidade;

II. Zelar pela qualidade dos serviços prestados;

III. Monitorar e executar o planejamento das atividades da UPA;

IV. Supervisionar as escalas de trabalho mensal e diário das equipes;

V. Definir as políticas administrativas e assistenciais garantindo o bom funcionamento da unidade e o cumprimento de sua funcionalidade.

Art. 12 - Compete ao Gerente de Enfermagem:

I. Responsabilizar-se tecnicamente junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem;

II. Coordena os serviços assistenciais de enfermagem;

III. Monitora o processo de trabalho para o cumprimento das normas técnicas, administrativas e legais;

IV. Supervisiona as equipes, realizando a distribuição e controle das atividades;

V. Elabora escala de trabalho mensal e diário das equipes;

VI. Participa da elaboração das ações de enfermagem na padronização de Normas e Procedimentos e protocolos, visando garantir a qualidade da assistência aos pacientes e familiares;

VII. Realização do acompanhamento da manutenção dos equipamentos médicos hospitalares e demais recursos da UPA.

Art. 13 - Ao Corpo Clínico compete:

- I. Prestar assistência médica aos pacientes sob seus cuidados, respeitando a finalidade deste e encaminhando a médico de outro Serviço os casos que assim merecerem;
- II. Prestar assistência médica aos pacientes, independentemente de cor, raça, religião, situação social ou política;
- III. Decidir a respeito da admissão e demissão de médico ao Corpo Clínico, na forma deste Regimento, por meio da participação na Comissão de Credenciais;
- IV. Decidir sobre punição de médico, depois de receber os resultados da respectiva sindicância realizada pela Comissão de Ética, na forma deste Regimento;
- V. Realizar Assembleias e Reuniões Científicas;
- VI. Cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;
- VII. Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;
- VIII. Participar na educação sanitária da população;
- IX. Colaborar nos programas de treinamento do pessoal da instituição;
- X. Contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais;

Art. 14 - Compete ao Enfermeiro Assistencial:

- I. Acatar às solicitações da Gerência de Enfermagem;
- II. Evoluir diariamente os pacientes assistidos pela UPA;
- III. Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;
- IV. Oferecer assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;
- V. Participar das atividades da Educação Permanente;

Capítulo VIII - Das Reuniões Gerais

Art. 15 - As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 16 - As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada noventa dias, sob a presidência do Diretor Geral.

Art. 17 - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenado Geral.

Art. 18 - As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Capítulo IX - Das Considerações finais

Art. 19 - O UPA deve funcionar em estrita observância às normativas técnicas assistenciais e administrativas.

Art. 20 - Os profissionais e colaboradores não poderão receber qualquer tipo de pagamento de pacientes e/ou familiares referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art. 21 - Todos os colaboradores deverão apresentar-se ao trabalho no horário estipulado, conforme escala, devidamente uniformizado, relacionando-se com cortesia e gentilmente com os colegas de trabalho e pacientes.

Art. 22 - Os colaboradores deverão portar o crachá de identificação em local visível que permita sua identificação por parte do paciente.

Art. 23 - Todas as normativas técnicas complementares a este Regimento são elaboradas em obediência às especificidades técnicas e ao perfil assistencial.

3.7. Apresentar as rotinas de recursos humanos a ser implementada na UPA, contendo o dimensionamento do RH, proposta de regulamento próprio de Recrutamento e seleção; e métodos de avaliação

3.7.1. Introdução

As rotinas apresentadas a seguir servem de parâmetro na gestão de pessoal do Instituto Alcance no gerenciamento e operacionalização da UPA, bem como o detalhamento da relação empregatícia da entidade, envolvendo:

- Regras claras de recrutamento, procedimento e seleção de colaboradores, que observem a impessoalidade e a utilização de critérios técnicos na seleção.
- Os direitos e deveres dos colaboradores.
- A formação e treinamento de pessoal.
- O regime disciplinar, as normas de apuração de responsabilidade e as respectivas penalidades.

É imprescindível que todos os colaboradores estejam cientes quanto às normas estabelecidas pelo Instituto de Alcance para o bom desempenho da entidade no gerenciamento e operacionalização da UPA.

A Gestão de Recursos Humanos é caracterizada pela participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento do capital humano, buscando sempre o firme cumprimento dos seus direitos e deveres e igualdade de oportunidades.

Para tal, o Instituto Alcance adota as seguintes premissas:

- Reconhecimento do potencial humano como o recurso estratégico mais importante para o desenvolvimento e sucesso institucional;
- Envolvimento e comprometimento de todos os colaboradores no desenvolvimento dos trabalhos;
- Capacitação e profissionalização dos colaboradores;
- Respeito à dignidade do colaborador;

- Comunicação aberta e transparente, fornecendo informações regulares, confiáveis e relevantes a todos os colaboradores, através de canais de comunicação.

Com essa postura, o Instituto Alcance espera que todos os colaboradores estejam cientes de que suas ações devem se respaldar nos seguintes princípios:

- Observância às normas e procedimentos estabelecidos;
- Desenvolvimento responsável e ético de suas atividades;
- Capacidade de trabalhar em equipe e de forma flexível;
- Conhecimento da missão e dos objetivos da organização.

3.7.2. Rotinas de Recursos Humanos

3.7.2.1. Recrutamento

Definição

Conjunto de procedimentos que visa a atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

Critérios e requisitos

O recrutamento e seleção de pessoal deverá sempre respeitar os princípios da impessoalidade e publicidade.

Os processos seletivos serão realizados mediante ampla divulgação dos critérios de seleção, através de publicação no site do Instituto Alcance e nos sites da UPA, a depender de onde será disputada a vaga, ou por outros meios considerados necessários pela Diretoria, visando o atingimento do público alvo desejado.

O aviso de processo de seleção e recrutamento deverá conter as seguintes informações:

- Número de vagas e área de preenchimento;
- Requisitos para o preenchimento da(s) vaga(s), tais como experiência prévia, qualificações acadêmicas, cursos extracurriculares do candidato;
- Os tipos de provas que serão objeto do procedimento de seleção (provas escritas em alternativas e/ou dissertativas, prova oral, entrevista com o candidato, dentre outras);
- Descrição das atividades e seus pré-requisitos, de acordo com o perfil do cargo definido no Plano de Cargos, Salários e Benefícios da entidade;
- Período e condições de inscrição.

O recrutamento será feito interna e externamente, de forma concomitante, garantindo-se igualdade de condições de participação no processo seletivo a todos os candidatos inscritos. Em caso de empate, será dada preferência na contratação de candidatos internos.

Qualquer pessoa interessada em integrar o quadro de colaboradores do Instituto Alcance poderá, a qualquer tempo, realizar cadastro de seu currículo no site da OS.

Os resultados dos processos seletivos, com ordem de classificação, serão divulgados no site eletrônico do Instituto Alcance e no site da UPA, a depender de onde foi disputada a vaga.

As exigências previstas no processo de recrutamento e seleção não se aplicam à contratação de serviços técnicos especializados e aos cargos de confiança.

O Instituto Alcance pode deixar de convocar os candidatos aprovados por razões supervenientes de interesse interno, bem como poderá revogar o processo seletivo em qualquer etapa, sem que tais decisões impliquem, em nenhuma hipótese, direito a qualquer ressarcimento.

Procedimentos

Compete ao Núcleo Solicitante:

- Emitir o formulário "Solicitação de Pessoal – (SP)", em via única, especificando as funções a serem exercidas e a justificativa da vaga solicitada, consultado previamente a Diretoria competente.
- Encaminhar a SP ao Núcleo de Recursos Humanos para aprovação.
- Realizar a entrevista técnica do candidato e recepcioná-lo, no caso de aprovação no processo.

Compete ao Núcleo de Recursos Humanos:

- Verificar o tipo de movimentação (substituição ou aumento de quadro), e se há recursos financeiros para a contratação pretendida.
- Verificar o perfil profissional para a vaga a ser preenchida, analisar e adequar de acordo com a especificação de cargo estabelecida no Plano de Cargos, Salários e Benefícios da entidade.
- Submeter a SP a aprovação do Gerente Administrativo e do Diretor Geral.
- Dar início ao procedimento de recrutamento.
- Encaminhar candidatos ao Núcleo Solicitante para aplicação das provas de seleção, visando medir o grau de conhecimento e habilidades dos candidatos.
- Analisar os "currículos" e selecionar os candidatos que obtiverem melhor colocação e/ou perfil para o cargo a ser ocupado e encaminhá-los para entrevista técnica junto ao Núcleo Solicitante.

3.7.2.2. Admissão de colaborador

Definição

Trata-se da contratação de profissional para compor o Quadro de Pessoal do Instituto Alcance, observados os critérios e requisitos estabelecidos no processo de recrutamento e seleção.

Crêterios e requisitos

Todo colaborador deverá ser admitido, preferencialmente, com salário no início da faixa salarial estabelecida para o seu cargo, de acordo com o Plano de Cargos, Salários e Benefícios. Excepcionalmente, o salário de admissão poderá ser estabelecido acima desse limite, em fun o do grau de qualifica o e do nível de experiência exigidos do candidato ou por contingência de mercado.

O prazo legal para registro de colaborador é de 48 horas. A Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS deverá ser devolvida respeitando esse prazo e as cópias de documentos após utiliza o no prazo máximo de cinco dias.

Os candidatos admitidos deverão assinar contrato de experiência, sendo certo que o prazo máximo deste é de 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogáveis por uma única vez, por igual período.

Os documentos necessários para o processo de admissão são:

- CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Ficha de Admissão;
- Atestado de Exame Médico Admissional;
- Foto 3x4 (Uma);
- Cópia da cédula de identidade;
- Cópia do Cartão de Identifica o do Contribuinte - CPF;
- Cópia do Título de Eleitor;
- Cópia do Certificado de Alistamento Militar ou Reservista;
- Cópia da Certidão de Casamento;
- Cópia Certidões de Nascimento dos filhos e dependentes;
- Cópia do Cartão de Criança dos filhos menores de 14 anos;
- Rela o de dependentes identificados pelo nome, grau de parentesco e idade;
- Carteira de Vacina o dos filhos e Atestado de frequência às aulas.

Procedimentos

Compete ao Núcleo de Recursos Humanos:

- Encaminhar o candidato aprovado para a realização de exame médico admissional.
- Providenciar a assinatura do contrato de trabalho.
- Solicitar ao colaborador a assinatura do “Termo de Confidencialidade e de Propriedade Intelectual” junto ao Contrato de Trabalho.
- Providenciar a confecção do crachá de identificação funcional.
- Informar ao recém-admitido sobre o rol de competências e comportamentos sob o qual será avaliado antes do final do período de experiência, bem como entregar-lhe 01 (uma) via do Plano de Cargos, Salários e Benefícios da OS e do Programa de Integridade.

Compete ao Núcleo Solicitante

- Orientar o colaborador quanto aos seus direitos e deveres, bem como do uso de equipamento de proteção individual, quando o cargo exigir.
- Proceder a integração do recém-contratado na UPA.

3.7.2.3. Direitos e deveres dos colaboradores

Direitos dos colaboradores

São direitos dos colaboradores do Instituto Alcance todos os assegurados pela CLT, bem como as disposições previstas em convenções coletivas de trabalho das respectivas categorias de colaboradores.

Deveres dos colaboradores

São deveres dos colaboradores do Instituto Alcance:



- Realizar sua função de acordo com os deveres de diligência, prioridade, confidencialidade e não concorrência;
- Realizar os trabalhos técnicos necessários, elaborar documentos, respostas a consultas, providências práticas e administrativas, dentre outros;
- Ser assíduo e pontual;
- Relacionar-se com seus pares de forma cordial e amistosa;
- Observar as regras constantes no Regimento Interno, no Programa de Integridade e no Manual de RH;
- Tratar com confidencialidade todas as informações obtidas em razão do trabalho no Instituto Alcance ou da função que ocupa;
- Responsabilizar-se pela supervisão de estagiários e aprendizes e comprometer-se com a formação dos mesmos;
- Executar de forma diligente e imediata todos os serviços concernentes ao bom e correto desempenho de sua função e atender com presteza o público;
- Comunicar eventuais abusos de autoridade, tratamento desrespeitoso ou outro assunto concernente às relações de trabalho, ao Núcleo de Recursos Humanos;
- Portar crachá de identificação e usar uniforme, ambos fornecidos pela entidade, no exercício de suas funções.

3.7.2.4. Jornada de trabalho

Definição

Trata-se do período durante o qual o colaborador está a disposição do Instituto Alcance para realizar as atividades inerentes ao seu cargo.

O controle de frequência visa identificar as variações ocorridas dentro da jornada de trabalho do empregado, sendo considerado:

- **Ausência:** o não comparecimento do colaborador durante parte da jornada diária de trabalho.
- **Falta:** o não comparecimento do colaborador durante um ou mais dias de trabalho.

- Atraso: o comparecimento do colaborador depois do horário inicial de trabalho, limitado ao máximo de 02 (duas) horas.

Critérios e requisitos

A jornada de trabalho dos colaboradores deve observar o seguinte:

a) O Instituto Alcance terá seu expediente normal de segunda a sexta no horário de 9h00 às 18h00, com intervalo de 60 (sessenta) minutos para almoço. Poderão ser estabelecidos horários diferenciados para o funcionamento de determinada área ou atividade tendo em vista o horário definido para a visitação público para cada um dos equipamentos culturais administrados pelo Instituto Alcance.

b) As alterações da jornada de trabalho deverão ser esporádicas e comunicadas formalmente ao Núcleo de Recursos Humanos, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

c) Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada pelo Núcleo de Recursos Humanos, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.

d) De acordo com as características específicas de trabalho, em uma mesma área poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Coordenador/Gerente da Área em conjunto com o Gerente Administrativo.

e) Para os colaboradores que possuem jornada de trabalho superior a 06 (seis) horas por dia, o intervalo para repouso ou alimentação deverá ser, de no mínimo, 01 (uma) hora. Esse intervalo não poderá ser menor mesmo com autorização expressa do colaborador.

f) Para os colaboradores que executam atividades diretamente relacionadas ao funcionamento do Instituto Alcance, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.

g) O registro de frequência será diário, por meio eletrônico, com autenticação biométrica digital, e obrigatória a todos os colaboradores nos horários determinados pelo Instituto Alcance, inclusive naqueles destinados à refeição.

h) No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo colaborador.

i) A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Diretor da área e ratificada pelo Gerente Administrativo.

j) Eventuais atrasos serão tolerados no limite máximo diário de quinze minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.

k) É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 minutos do início da jornada de trabalho e após 14 minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias.

l) A critério do Gerente Administrativo, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias ponte de feriado, exceto nas Áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de 02 (duas) horas diárias, em período previamente definido.

m) Não é permitido ao colaborador permanecer no local de trabalho, antes ou após seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.

n) A frequência será apurada mensalmente e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.

o) As ocorrências na frequência dos colaboradores estarão sujeitas à deliberação do respectivo Coordenador de Núcleo.

p) São consideradas ausências/faltas justificadas as amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.

q) São consideradas faltas injustificadas, aquelas que o Coordenador de Núcleo, analisando os motivos apresentados pelo colaborador, considera as razões apresentadas insuficientes para justificar o seu não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.

r) Quando o colaborador se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao seu Coordenador de Núcleo, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.

s) Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas a aplicação das sanções cabíveis.

t) O trabalho em regime de horas extras somente ocorrerá em casos de extrema necessidade, de forma excepcional e com autorização prévia e exclusiva do Diretor da Área, mediante e-mail enviado para o Núcleo de Recursos Humanos. Autorização deverá ser ratificada pelo Gerente Administrativo.

u) O trabalho na folga e feriado é considerado hora extra, devendo tal prática ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devidamente aprovada pelo Diretor da Área,

v) O pagamento das horas extras será efetuado conforme estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho.

w) A jornada diária de trabalho, incluídas as horas extras, não poderá ultrapassar a dez horas, salvo nos casos em situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizados pelo Diretor da Área.

x) os casos omissos serão decididos pelo Diretor da Área em conjunto com o Gerente Administrativo, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.

Procedimentos

Compete ao Funcionário:

- Registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pelo Instituto Alcance, observando os critérios e requisitos estabelecidos neste Manual.
- Comunicar, de imediato, ao Coordenador de Núcleo, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência.
- Apresentar no retorno ao trabalho, nos casos de ausências ou faltas, o respectivo comprovante, quando houver.

Compete ao Coordenador de Núcleo:

- Analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, dando o encaminhamento conforme "Tabela das Ocorrências no Registro da Frequência" (Anexo III).
- Emitir parecer sobre os relatórios de ocorrência de frequência de seus colaboradores e anexar os respectivos comprovantes de ausência.

Compete ao Núcleo de Recursos Humanos:

- Efetuar a apuração da frequência diária dos colaboradores, por meio do sistema de controle eletrônico.
- Encaminhar, mensalmente, aos Coordenadores de Núcleo, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus colaboradores, para análise e justificativas.

- Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização pelo Ministério do Trabalho.

- Adotar ações no sentido de garantir que todas as pessoas que acessem as áreas administrativas do Instituto Alcance o façam, obrigatoriamente, por meio da utilização de crachá, bem como prestar esclarecimentos e orientações necessárias aos visitantes.

Ausências justificadas

São faltas justificadas as previstas no art. 473 da CLT e estipuladas em convenção coletiva, conforme a “Tabela das Ocorrências no Registro da Frequência” (Anexo II)

Para os casos de afastamento até 15 dias por motivos médicos ou odontológicos, o colaborador deverá informar ao Diretor ou ao Coordenador de Núcleo sobre a ausência com antecedência ou no primeiro dia de afastamento, conforme o caso.

Na impossibilidade do colaborador, a comunicação poderá ser feita por familiares ou testemunhas.

O atestado médico deverá conter:

- nome completo do colaborador;
- data da consulta;
- período de afastamento;
- data da alta médica, em caso de afastamento superior a 5 dias;
- assinatura e carimbo do médico ou dentista, com número de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM ou Conselho Regional de Odontologia – CRO;

3.7.2.5. Afastamentos

Definição

É o período em que o colaborador está contraindicado para exercer suas atividades laborais por mais 15 (quinze) dias consecutivos ou intercalados, dentro de um período de 60 dias, e, neste último caso, quando o motivo decorrer da mesma patologia.

Critérios e requisitos

Os colaboradores, ao se afastarem do serviço, deverão observar o seguinte:

a) Nos afastamentos superiores a 15 dias consecutivos, ou intercalados dentro de um período de 60 dias, quando o motivo for decorrente da mesma patologia, o colaborador deverá adotar as providências para requerer o benefício previdenciário de Auxílio Doença, junto ao INSS.

b) Nos afastamentos intercalados superiores a 15 dias, dentro do período de 60 dias, no 16º dia de atestado o colaborador deverá ser submetido à avaliação do médico do trabalho, o qual poderá solicitar relatório do médico ou dentista.

c) O colaborador que obtiver alta do benefício previdenciário de Auxílio Doença e que apresentar novo atestado num período de 60 dias após a data da alta, independente do número de dias, deverá ser encaminhado para avaliação do médico do trabalho.

d) O colaborador que não retomar ao trabalho após a alta do Auxílio Doença e protocolar recurso junto ao INSS terá sua frequência apontada como falta até a decisão favorável do INSS.

e) No caso de indeferimento do recurso, o colaborador terá o desconto dos dias em que esteve ausente e deverá retornar às suas atividades, após avaliação do médico do trabalho.

f) Somente será concedida a complementação salarial sobre o benefício previdenciário de Auxílio Doença, nos termos do estabelecido na Convenção Coletiva de

Trabalho, após a apresentação pelo colaborador da Carta Concessória emitida pelo INSS.

g) O colaborador afastado por motivos médicos ou odontológicos terá suas férias suspensas e reprogramadas após a alta médica.

h) Os atestados de períodos superiores a 15 dias devem ser entregues pelo colaborador, diretamente, ao Núcleo de Recursos Humanos.

Procedimentos

Compete ao Funcionário:

- Providenciar atestado médico ou odontológico, conforme item 6.4, e relatório médico de encaminhamento ao INSS.

- Informar ao Núcleo de Recursos Humanos, até o 10º dia de afastamento, o período em que ficará afastado, para receber as orientações quanto ao requerimento do Benefício Previdenciário de Auxílio Doença junto ao INSS.

- Apresentar ao Núcleo de Recursos Humanos a Comunicação do Resultado da Avaliação da Incapacidade - CRAI, juntamente com uma cópia do relatório médico e submeter-se a avaliação do médico do trabalho.

- Apresentar ao Núcleo de Recursos Humanos uma cópia da Carta Concessionária do Benefício, assim que recebê-la do INSS, e a CTPS para os devidos registros.

- Com a alta do Auxílio Doença, comunicar de imediato o Núcleo Recursos Humanos sobre o ocorrido.

- Com a alta do Auxílio Doença, submeter-se a avaliação do médico do trabalho, no primeiro dia da volta ao trabalho, para realização de exame de retorno, munido da CRAI de alta e do relatório médico.

- Com a alta do Auxílio Doença, receber o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO de retorno ao trabalho, emitida pelo médico do trabalho, em duas vias, quando o afastamento for igual ou superior a 30 dias ou relatório médico no caso de períodos inferiores.

- Entregar ao Núcleo de Recursos Humanos a primeira via da ASO, mantendo a segunda via em arquivo próprio, e a CTPS para os devidos registros.

- Manter o Núcleo de Recursos Humanos informado, no caso de protocolo de Recursos, e informar todas as decisões do INSS.

Compete ao Núcleo de Recursos Humanos:

- Providenciar os devidos registros na CTPS.

3.7.2.6. Férias

Definição

Período anual de descanso remunerado com duração máxima de 30 dias, proporcional ao número de faltas ao serviço.

Critérios e requisitos

Sobre as férias dos colaboradores, os seguintes parâmetros devem ser observados:

a) Para o primeiro período aquisitivo ao direito de gozar férias, serão exigidos doze meses de exercício efetivo.

b) As férias poderão ser concedidas em dois períodos, sendo que um dos quais não poderá ser inferior a 10 (dez) dias corridos. Aos menores de 18 (dezoito) anos e os maiores de 50 (cinquenta) anos de idade, as férias serão sempre concedidas em uma só vez.

c) O gozo de férias deverá obedecer à programação previamente elaborada em cada Coordenadoria de Núcleo e devidamente aprovada pelo Diretor da Área e Diretor Administrativo-Financeiro.

d) As férias já programadas nos Avisos de Férias, somente poderão ser alteradas desde que aceita a justificativa pela supervisão imediata, e com antecedência de 30 dias da data prevista para gozo, devendo ser emitido novo Aviso.

e) As férias deverão ser gozadas durante o período concessivo, não podendo ser acumuladas mais do que dois períodos.

f) Conforme disposto na CLT, é facultado ao empregado converter 1/3 (um terço) do período de férias a que tiver direito em abono pecuniário, no valor da remuneração que lhe seria devida nos dias correspondentes. O abono das férias deverá ser requerido até 15 (quinze) dias antes do término do período aquisitivo.

g) Será pago ao colaborador, por ocasião das férias, um adicional correspondente a 1/3 (um terço) da remuneração do período de férias.

h) O pagamento deverá ser efetuado em até 5 (cinco) dias antes do início das férias.

i) Não terá direito a férias, o colaborador que, no decorrer do período aquisitivo:

i. Faltar injustificadamente por mais de 32 dias consecutivos ou alternados.

ii. Ausentar-se por auxílio-doença ou acidente do trabalho por mais de 180 dias, dentro do período aquisitivo.

k) Terá seus dias de férias reduzidos, o colaborador que faltar injustificadamente nas seguintes proporções:

Faltas	Férias
De 6 a 14 dias	24 dias
De 15 a 33 dias	18 dias
De 24 a 32 dias	12 dias
Acoma de 32 dias	Não terá direito a férias

Procedimentos

Compete ao Funcionário:

- Informar ao Coordenador de Núcleo de sua preferência quanto ao período de férias, para fins de avaliação e elaboração da escala de férias.

- Receber, assinar e devolver, no ato, uma via do Recibo de Férias ao Coordenador de Núcleo.

Compete ao Coordenador de Núcleo:

- Elaborar, anualmente, a escala de férias de seus subordinados e encaminhar ao Núcleo de Recursos Humanos até o dia 30 do mês de setembro.

Compete ao Núcleo de Recursos Humanos:

- Encaminhar os Recibos de Férias para os Coordenadores de Núcleo e receber uma via assinada pelo colaborador.

3.7.2.7. Treinamento e desenvolvimento profissional

Definição

Visa proporcionar o atendimento das necessidades de formação, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos colaboradores do Instituto Alcance, capacitando-os para o desempenho das competências e a prática dos comportamentos necessários à melhoria da qualidade dos serviços.

Crítérios e requisitos

a) Para os fins de aperfeiçoamento profissional, duas categorias de desenvolvimento serão consideradas pelo Instituto Alcance:

i. Categoria de desenvolvimento técnico: direcionada à formação, aprimoramento e reciclagem dos colaboradores, diretamente relacionadas com sua área de atuação; e,

ii. Categoria de desenvolvimento comportamental: de alcance geral e/ou específico, voltado à assimilação e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas com o trabalho, bem como a aprendizagem de novos conceitos, diretrizes e políticas adotadas pelo Instituto Alcance.

b) Como modalidades de Treinamento e Desenvolvimento, o Instituto Alcance trabalhará com:

i. Programas Internos: constituídos de cursos palestras, seminários, estágios em outras áreas, rodízio de funções, reuniões de trabalho e workshops, realizados com recursos humanos, materiais e tecnológicos do Instituto Alcance; e,

ii. Programas Externos: constituídos de cursos técnicos de curta duração, cursos de pós-graduação e MBA, palestras, seminários, convenções, viagens e visitas programadas, participação em grupos ou associações de profissionais de RH e de outras áreas.

c) Deverão ser mantidos pelo Instituto Alcance, em caráter prioritário, os programas "In Company" e mistos "In Company e Out Company" previstos no Programa Anual de Treinamento e Desenvolvimento - PDA.

d) Na escolha da modalidade de Treinamento e Desenvolvimento a ser adotada deverão ser consideradas as necessidades de qualificação dos colaboradores, devendo ser dada preferência, sempre que possível, aos Programas Internos.

e) O levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento deverá ser realizado anualmente, junto com o planejamento dos programas de treinamento dos colaboradores, a cargo do Núcleo de Recursos Humanos.

f) Para todo treinamento realizado deverá ser feita a "Avaliação de Reação" pelo colaborador.

g) Sempre que possível será previsto um montante para as despesas relativas à realização dos Programas de Treinamento e Desenvolvimento, previstas no orçamento anual do Instituto Alcance distribuído proporcionalmente ao número de colaboradores subordinados a cada um dos Diretores.

h) O Instituto Alcance manterá, sempre que possível, bolsa incentivo à educação, de caráter parcial, extensiva a todos os colaboradores interessados, para cursos técnicos especializados, ministrados por instituições previamente credenciadas, devidamente reconhecidas pelos órgãos de educação competentes.

i) Os eventos internacionais deverão, obrigatoriamente, ser aprovados pela Diretoria.

Procedimentos

Coordenador de Núcleo

- Levantar, anualmente, as necessidades de treinamento de seus colaboradores.
- Emitir o formulário "Levantamento das Necessidades de Treinamento - LNT" e encaminhar ao Núcleo de Recursos Humanos.

Núcleo de Recursos Humanos

- Analisar e uniformizar as informações enviadas pelos Coordenadores de Núcleo, quanto às necessidades de treinamento de pessoal, para estruturação do Programa Anual de Treinamento e Desenvolvimento - PDA.
- Submeter o "PDA" à aprovação da Diretoria e, posteriormente, efetuar sua implantação.
- Receber e tabular os dados constantes da "Avaliação de Reação", nos casos de treinamentos internos promovidos pelo Instituto Alcance.

Funcionário

- Participar efetivamente dos programas, no horário, data e local estabelecidos, preencher e encaminhar a "Avaliação de Reação" e a cópia do certificado ao Núcleo de Recursos Humanos.
- Atuar como agente multiplicador na divulgação dos conhecimentos e tecnologias adquiridos.

3.7.2.8. Do regime disciplinar

Definição

É o poder diretivo praticado pelo Instituto Alcance junto a seus colaboradores, quando constatada transgressão de obrigações legais, contratuais, inseridas no Programa de Integridade da entidade e no Manual de Recursos Humanos, podendo ser:

- Advertência Verbal: medida disciplinar de caráter orientativo, aplicada com objetivo de alertar o colaborador quanto à infração disciplinar praticada.
- Advertência Escrita: medida disciplinar de caráter orientativo e punitivo, aplicado devido à reincidência ou não da infração disciplinar.
- Suspensão do contrato de trabalho por, no máximo, 30 dias corridos: medida disciplinar de caráter orientativo e punitivo, devendo ser aplicada de acordo com as reincidências ou como primeira medida, conforme a gravidade do ato faltoso, com a perda proporcional de vencimentos.
- Dispensa por justa causa.

Critérios e requisitos

- a) A aplicação da penalidade deverá ser, além de imediata, proporcional, razoável e dentro do espírito de justiça, equidade e igualdade.
- b) Considera-se como atenuante para efeito de aplicação de medida disciplinar o período de 24 meses de comportamento adequado e regular por parte do colaborador.
- c) O ressarcimento de danos causados pelo colaborador não exime a aplicação de medida disciplinar.

d) A aplicação de medida disciplinar deve ser feita, sempre, em particular.

Procedimentos

Funcionário

- Tomar ciência da aplicação da medida disciplinar e assinar as duas vias do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar” (Anexo IV);

Coordenador de Núcleo

- Avaliar as circunstâncias da ocorrência da falta disciplinar, identificando com clareza a autoria e a responsabilidade pela mesma, de forma sistemática, coerente e imparcial, juntando provas, sempre que possível, considerando para tanto:

- i. a gravidade da infração;
- ii. o contexto da situação;
- iii. as condições de trabalho;
- iv. os danos causados e seus reflexos;
- v. o histórico funcional do colaborador;
- vi. a reincidência da infração disciplinar quando for da mesma natureza;
- vii. o tempo transcorrido desde a última infração disciplinar;
- viii. a prática simultânea de duas ou mais infrações;
- ix. outros fatores atenuantes ou agravantes, que podem acarretar acréscimo ou decréscimo de peso na aplicação da medida disciplinar, em função do contexto histórico do fato e/ou colaborador.

- Emitir o formulário “Aplicação de Medida Disciplinar”, concluída a apuração, em duas vias, indicando a medida disciplinar cabível à espécie, juntando as provas levantadas, quando houver; salvo na hipótese de “advertência verbal”, caso em que o registro da ocorrência será restrito à Coordenadoria.

- Convocar o colaborador, orientá-lo e cientificá-lo da medida disciplinar, colhendo sua assinatura nas duas vias do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar” e, no caso de sua recusa, convocar dois colaboradores para assinar como testemunhas.

- Entregar a 1ª via do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar” ao colaborador e encaminhar, de imediato, a 2ª. via ao Núcleo de Recursos Humanos, para guarda no registro funcional.

Núcleo de Recursos Humanos

- Receber a segunda via do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar” e manter no arquivo funcional.

- Manter o histórico funcional de registro de medidas disciplinares do colaborador organizado e atualizado.

3.7.2.9. Saúde e segurança do trabalho

3.7.2.9.1. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO

Definição

Programa de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde, de natureza subclínica, visando constatar existência de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do colaborador, especialmente no âmbito coletivo.

Critérios e requisitos

a) O planejamento do PCMSO deverá ser elaborado por médico do trabalho ou empresa especializada, com base nos riscos existentes à saúde dos colaboradores de acordo com as atividades exercidas, considerando as avaliações previstas nas NR - Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.

b) Os exames complementares deverão ser realizados em entidades (laboratórios, clínicas, hospitais) indicados pelo Instituto Alcance.

c) Todo colaborador deverá ser submetido a exame médico periódico, no mínimo, uma vez ao ano.

d) A periodicidade da realização dos exames deverá ser definida com base no cargo e nas condições do local do trabalho do colaborador.

e) O Coordenador de Núcleo deve liberar seus colaboradores para realizar exame médico periódico e revisão psicológica, quando convocados, bem como os exames complementares solicitados pelo médico do trabalho.

f) O colaborador somente poderá atuar em suas atividades próprias do cargo e posto de trabalho se estiver com o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO de apto vigente.

g) O colaborador afastado por motivo de doença por período superior a 15 (quinze) dias, por ocasião da alta médica deverá ser submetido a exame médico de retorno ao trabalho, obrigatoriamente, antes do início do trabalho.

h) Todo candidato, antes de ser admitido no Instituto Alcance, deverá ser submetido a exame médico admissional.

i) Todo colaborador, antes de ser desligado do Instituto Alcance, deverá ser submetido a exame médico demissional, caso o último exame periódico tenha ocorrido a mais de 90 (noventa) dias.

j) O colaborador enquadrado em um novo cargo deverá ser submetido a exame médico para mudança de função, antes de iniciar as novas atividades, caso exija a nova função.

k) O não comparecimento do colaborador para a realização do exame médico poderá acarretar na aplicação de medidas disciplinares.

l) O Coordenador de Núcleo, em caso de justificada necessidade e excepcionalmente, poderá solicitar alterações na programação de exames médicos periódicos proposta pelo Núcleo de Recursos Humanos, até o dia 15 de cada mês que antecede ao da realização do exame. Após essa data não serão processadas alterações.

m) Os dados referentes a doenças ocupacionais ou sinais/sintomas detectados na avaliação médica, bem como informações sobre possíveis agentes agressivos à saúde, decorrentes da avaliação médica e/ou inspeção no local de trabalho, deverão ser utilizados no planejamento do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA.

3.7.2.9.2. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA

Definição

O PPRA é parte integrante das iniciativas do Instituto Alcance com intuito de preservar a saúde e a integridade física dos colaboradores, por meio da antecipação, reconhecimento e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham existir no ambiente de trabalho.

Critérios e requisitos

a) O PPRA será planejado, implantado e coordenado por profissionais qualificados ou empresa especializada, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas NR - Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.

b) O PPRA deverá estar articulado com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e também com as demais Normas Regulamentadoras.

c) As medidas de ação propostas no PPRA serão discutidas com os respectivos Coordenadores de Núcleo e membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, que definirão o planejamento da implementação das ações.

d) A priorização da implantação das ações planejadas deverá levar em conta a classificação dos resultados de análise quantitativa dos riscos ambientais. Deverão ser adotadas prioritariamente medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho.

e) Os Coordenadores de Núcleo são responsáveis pelas verificações das condições ambientais adequadas em suas respectivas áreas de trabalho e deverão adotar medidas necessárias para implementação das ações e medidas de controle previstas no planejamento do PPRA.

f) Os Coordenadores de Núcleo poderão solicitar reavaliações ambientais em suas áreas de trabalho, sempre que considerarem necessário em decorrência de alterações de métodos, local ou processos de trabalho.

g) Novos projetos de instalações, sistemas ou equipamentos devem prever dispositivos de proteção coletiva, para a preservação da saúde e segurança dos colaboradores nos respectivos ambientes ocupacionais.

h) Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI deverão ser utilizados, considerando as Normas Legais e Administrativas em vigor, como complemento de segurança dos colaboradores, e até que as medidas no âmbito coletivo estejam implantadas.

i) Os colaboradores deverão colaborar com os processos de implantação e execução do PPRA.

j) Deverá ser realizado anualmente o treinamento dos colaboradores nos procedimentos do PPRA.

3.7.2.10. Demissão

Definição

É a rescisão do Contrato de Trabalho, aprovada pelo Superintendente Executivo, ocorrendo por:

- Iniciativa do Instituto Alcance

- a) por justa causa;
- b) sem justa causa;
- c) término do contrato de experiência;
- d) rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

- Iniciativa do Funcionário

- a) a pedido;
- b) aposentadoria por tempo de serviço e idade;
- c) término do contrato de experiência; ou
- d) rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

- Outras Formas

- a) invalidez temporária;
- b) falecimento; ou
- c) decisão judicial.

Critérios e requisitos

- Desligamento por Justa Causa



Será considerada Justa Causa somente o ato cometido que se enquadrar no disposto na CLT e neste Manual.

- Desligamento sem Justa Causa

O Instituto Alcance, por meio das respectivas Coordenadorias de Núcleo, poderá desligar o colaborador Sem Justa Causa, expondo ao mesmo os motivos da demissão.

O colaborador poderá ser dispensado do Aviso Prévio, o qual será indenizado, devendo ser comunicado por escrito, obtendo-se sua ciência.

Antes de realizar o desligamento, deverá ser verificado se o colaborador possui estabilidade garantida pela CLT.

- Desligamento por Iniciativa do Funcionário

O colaborador deverá apresentar ao respectivo Coordenador de Núcleo, carta escrita sem conter o logotipo do Instituto Alcance solicitando a demissão e dispensa ou não do cumprimento do "Aviso Prévio".

A data do desligamento será a do último dia do "Aviso Prévio", após a qual deverão ser emitidos os documentos necessários.

3.7.3. Minuta de Regulamento Próprio de Seleção para Admissão de Pessoal

REGULAMENTO PRÓPRIO DO PROCESSO DE SELEÇÃO PARA ADMISSÃO DE PESSOAL DO INSTITUTO ALCANCE



CAPÍTULO I DAS NORMAS GERAIS

Art. 1º. Este Regulamento estabelece normas gerais sobre processo de recrutamento e de seleção para admissão de pessoal, no âmbito do Instituto Alcance.

Art. 2º. O pessoal do Instituto Alcance será contratado por qualquer modalidade de contratação admitido na legislação brasileira, podendo ser celetista, por meio de pessoa jurídica interposta, terceirização de mão-de-obra ou outsourcing, cabendo à Diretoria Executiva ou a Presidência deliberar sobre a modalidade no momento da abertura do processo seletivo.

Art. 3º. O processo seletivo será público e deverá atender aos princípios da publicidade, da igualdade, da impessoalidade, da moralidade, da economicidade e da eficiência, devidamente compatibilizado com a natureza privada do Instituto Alcance, nos termos da lei civil, em conformidade com os padrões de mercado e a necessidade de serviço, devendo ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal.

Parágrafo único. É vedada, em obediência aos princípios da moralidade e impessoalidade, a ocorrência de práticas como nepotismo, tráfico de influência, apadrinhamento, troca de favores ou discriminação relacionada a etnia, cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, origem geográfica, condição socioeconômica e crença.

Art. 4º. Toda contratação de pessoal será precedida de processo seletivo, ressalvadas as hipóteses previstas neste Regulamento.

Art. 5º. O processo seletivo será composto de uma fase de recrutamento e outra de seleção de profissionais, dentro de padrões compatíveis com o mercado de trabalho e segundo o perfil exigido para o emprego.

CAPÍTULO II DO RECRUTAMENTO

Art. 6º. O recrutamento é a fase do processo em que se buscam candidatos com determinado perfil, por meio de publicação de edital no sítio da unidade gerenciado pelo Instituto Alcance na rede mundial de computadores ou anúncio em jornal de grande circulação ou no Diário Oficial da unidade gerenciada, podendo, ainda, utilizar-se, de outros meios complementares nesse processo, como a divulgação por meio de disseminação de anúncio em instituições de ensino, entidades de classe, utilização de cadastros de agências especializadas em recrutamento de recursos humanos, de consultoria especializada, de avisos internos, ou, ainda, em sítios na rede mundial de computadores especializados em recrutamento.

§ 1º. O Instituto Alcance manterá, no sítio eletrônico da unidade gerenciada, espaço destinado a cadastro de currículos, com objetivo de serem analisados para o processo de recrutamento.

§ 2º. O recrutamento poderá ser amplo ou interno:

I - o recrutamento amplo ocorre quando a busca dos candidatos é realizada para todos os interessados em igualdade de condições, sem prejuízo do disposto no art. 10;

II - o recrutamento interno ocorre quando a busca dos candidatos é realizada dentro do âmbito do quadro de pessoal do Instituto Alcance, observadas as condições do art. 13, § 2º deste Regulamento; e

§ 3º. No edital do processo seletivo, deverá constar a quantidade de vagas a serem preenchidas, a remuneração e os benefícios previstos, as condições para inscrição, o local de trabalho, a descrição das atividades a serem desempenhadas, as responsabilidades, além dos requisitos, regime e prazo de contratação.

CAPÍTULO III DA INSCRIÇÃO

Art. 7º. O processo seletivo contemplará um período mínimo de 05 (cinco) dias úteis para inscrição dos candidatos, no sítio eletrônico da unidade ou em outro especificado no edital.

Art. 8º. O procedimento para efetivação da inscrição consistirá de preenchimento de formulário via Internet, de forma gratuita, exceto em casos de excepcionalidade justificada e, eventualmente, apresentação dos documentos digitalizados previstos no edital de convocação.

CAPITULO IV DA SELEÇÃO

Art. 9º. A seleção é a fase do processo referente às avaliações específicas das competências dos candidatos, consistindo em duas, ou mais, das seguintes etapas:

- I. análise curricular;
- II. testes de conhecimentos;
- III. provas gerais;
- IV. provas técnicas;
- V. provas orais;
- VI. provas práticas;
- VII. testes psicológicos;
- VIII. dinâmica de grupo;
- IX. entrevistas; ou
- X. outras metodologias de seleção.

§ 1º. As etapas previstas nos incisos de I a X poderão ter caráter eliminatória ou classificatória de acordo com o processo de seleção.

§ 2º. Os procedimentos, etapas e os critérios de avaliação deverão ser adequados ao perfil exigido pelo cargo e previamente informados no edital de processo seletivo.

§ 3º. Quando o processo de seleção envolver provas gerais, provas técnicas, provas orais e/ou provas práticas, sendo todas especializadas e vinculadas ao exercício da atividade, deverá haver um prazo mínimo de 15 (quinze) dias entre o término do prazo de inscrição no processo seletivo e a realização da(s) prova(s).

Art. 10. Poderá ser adotado como um dos critérios de desempate no processo seletivo amplo, desde que previsto no edital, a existência de vínculo com o Instituto Alcance, observados os requisitos previstos no § 2º do art. 13, desde que os candidatos estejam participando do processo de recrutamento e seleção, em iguais condições, pontuações e qualificações com candidato externo.

CAPÍTULO V DAS CONTRATAÇÕES ESPECIAIS

Art. 11. O processo seletivo poderá ser dispensado, observado o perfil requerido e os requisitos técnicos para exercício da atividade:

I. nas contratações destinadas a preencher posições de direção, assessoramento, gerência, supervisão ou outra forma de chefia que, por natureza, são de livre nomeação e exoneração;

II. nos contratos de trabalho por prazo determinado de até 12 (doze) meses, para atividades transitórias ou projetos específicos, vedada a prorrogação e a recontração por prazo determinado nos seis meses subsequentes, independentemente do interstício de inatividade, observada a CLT em seus arts. 443 e seguintes;

III. nos casos de urgência, para o atendimento de situações imprevistas, sem tempo hábil para a realização do processo seletivo, ficando esse contrato limitado a 6 (seis) meses de duração ou até a conclusão de processo seletivo, o que ocorrer primeiro;

IV. na contratação de profissional de notória especialização, assim entendido aquele cujo conhecimento específico de organizações sociais ou do terceiro setor, ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, permita inferir que o seu trabalho é o necessário ao pleno desempenho das funções a serem exercidas;

V. nos casos de contratações para atendimento a plantões extras e de sobreaviso, caso não haja disponibilidade do pessoal próprio do Instituto Alcance para garantir a completude de escalas específicas; e

VI. quando não acudirem interessados ao recrutamento, ou não houver candidatos aprovados na fase de seleção, e o processo seletivo não possa ser repetido sem prejuízo para o Instituto Alcance ou a operacionalização da unidade gerenciada.

§ 1º. As contratações com dispensa de processo seletivo previstas nos incisos I ao VI serão precedidas de solicitação circunstanciadamente justificada e autorizada pela Diretoria Executiva ou, na ausência dessa, da Presidência.

§ 2º. No caso do inciso V, prioritariamente, deve-se-á consultar o cadastro de currículos previsto no § 1º do art. 6º e/ou os candidatos não aproveitados de processo seletivo de que trata o art. 17.

§ 3º. O presente regulamento não se aplica à contratação de serviços técnicos profissionais especializados e às locações de serviços, que serão conduzidas com base no Regulamento de Compras e Contratações de Obras e Serviços do Instituto Alcance.

CAPÍTULO VI DO PROCEDIMENTO

Art. 12. O processo seletivo será iniciado a partir de solicitação da área demandante da contratação que deverá justificar a sua necessidade e descrever o perfil exigido e, em consonância com a área responsável pelo recrutamento e seleção, propor os métodos do processo seletivo que serão utilizados, dentro dos previstos neste regulamento.

§ 1º. A descrição do perfil deverá contemplar as seguintes informações:

- I. escolaridade exigida;
- II. experiência profissional;
- III. conhecimentos específicos;
- IV. principais atividades a serem desempenhadas pelo profissional e suas responsabilidades.

§ 2º. Autorizada a contratação pela Diretoria Executiva, proceder-se-á ao recrutamento e seleção na forma e métodos em que foram aprovados.

Art. 13. No recrutamento interno, além dos requisitos do art. 12, deverá haver justificativa da escolha, sendo admissível sua utilização quando preenchidas as seguintes condições:

- I. o perfil exigido mostrar-se aderente ao quadro de pessoal e ao plano de carreira do Instituto Alcance;
- II. houver demanda interna dos profissionais por vagas específicas; e
- III. mostrar-se um processo com maior possibilidade de agilidade e economicidade para o Instituto Alcance.

§ 2º. Poderão participar do processo seletivo interno os candidatos que atendam às seguintes condições, cumulativamente:

I. contar com, no mínimo, 1 (um) ano de vínculo com Instituto Alcance na data do início do processo seletivo;

II. ter perfil adequado à vaga; e

III. ter resultado satisfatório na avaliação de desempenho individual, quando for o caso.

§ 3º. No caso de recrutamento interno, o procedimento converter-se-á, automaticamente, em recrutamento amplo quando não se apresentarem, no mínimo, 2 (dois) candidatos que atendam às condições do parágrafo anterior para cada vaga ofertada.

Art. 14. A relação do(s) candidato(s) aprovado(s) será divulgada no sítio eletrônico da unidade gerenciada na rede mundial de computadores.

CAPÍTULO VII DA HABILITAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO

Art. 15. Para a habilitação no processo seletivo exigir-se-á dos interessados documentação compatível com a natureza do cargo pretendido.

Art. 16. A documentação relativa à qualificação técnica do candidato deverá comprovar sua aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com as características do emprego objeto do processo seletivo, tais como, mas não somente, diplomas, certificados, títulos ou outros documentos comprobatórios.

Art. 17. Os candidatos que participaram num processo seletivo encerrado, em prazo não superior a 12 (doze) meses, poderão, a critério da Diretoria Executiva, ser aproveitados para preenchimento de nova vaga na qual seja exigido perfil semelhante ou compatível, observada a ordem de classificação.

CAPÍTULO VIII DOS RECURSOS

Art. 18. Os candidatos poderão apresentar recurso, nos prazos e condições estabelecidos no edital do processo seletivo.

CAPÍTULO IX DA CONTRATAÇÃO

Art. 19. Os candidatos serão convocados por ordem de classificação, pela área responsável pelo recrutamento e seleção, por meio de e-mail, telefone, mensagem de texto ou correspondência.

Art. 20. A inobservância, por parte do candidato, de qualquer prazo estabelecido para sua contratação, referente à entrega de documentos e realização do exame médico admissional, implicará exclusão do processo de seleção e admissão.

Art. 21. Os candidatos que foram aprovados serão contratados por um por um período de experiência de 90 (noventa) dias.

Art. 22. É vedada a recontração de empregado demitido por justa causa, no prazo de 5 (cinco) anos da demissão.

Art. 23. Para os candidatos aprovados que já façam parte do quadro de pessoal do Instituto Alcance, as novas funções serão assumidas no prazo de 30 (trinta) dias, período em que serão promovidas as devidas alterações no contrato de trabalho ou prestação de serviços, bem como demais registros acessórios.

Art. 24. O candidato, no procedimento de contratação, assinará DECLARAÇÃO em que conste a inexistência de qualquer impedimento no cumprimento da jornada de trabalho estabelecida pelo Instituto Alcance.

Parágrafo único. Os profissionais de saúde que tiverem outros vínculos de trabalho poderão acumular um ou mais cargos com o do Instituto Alcance, desde que haja compatibilidade de horários e que a soma da jornada de trabalho semanal de todos os vínculos não ultrapasse a 60 (sessenta) horas semanais, ressalvados plantões extras e escalas de sobreaviso.

Art. 25. O candidato que tiver vínculo empregatício com outra empresa, entidade ou órgão somente poderá ser contratado pelo Instituto Alcance se houver compatibilidade de horário, devendo apresentar declaração emitida pelo outro empregador, informando jornada e horário de trabalho.

CAPÍTULO X DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A elaboração, organização e execução do processo seletivo poderá ser realizada por empresa ou entidade especializada, desde que respeitados os preceitos deste Regulamento.

Art. 27. A Diretoria Executiva poderá expedir instruções sobre procedimentos operacionais para execução do processo de seleção para admissão de pessoal previstos neste Regulamento.

Art. 28. As autorizações e deliberações da Diretoria Executiva será suprida pela Presidência na ausência do Superintendente Executivo ou quando esse cargo estiver vago.

Art. 29. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva do Instituto de Gestão Por Resultados - Instituto Alcance.

Art. 30. O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração do Instituto Alcance.

3.7.4. Avaliação de desempenho

3.7.4.1. Definição

A Avaliação de Desempenho é uma ferramenta da área de gestão de pessoas que busca avaliar sistematicamente o desempenho de um funcionário conforme os resultados dele esperados. O colaborador deve ser avaliado em relação a certo intervalo de tempo, tendo em vista o cargo ocupado, suas responsabilidades, atividades e tarefas atribuídas.

Por meio da Avaliação de Desempenho é possível fornecer feedbacks aos funcionários sobre seu trabalho, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, estimular a produtividade das pessoas e equipes, e um meio para tornar mais justas as decisões da área de recursos humanos (demissões, promoções, entre outros).

3.7.4.2. Objetivo

O principal objetivo da Avaliação de Desempenho é avaliar periodicamente as competências de um funcionário ou de um grupo conforme os resultados deles esperados, estimulando o desenvolvimento dos colaboradores e da Instituição.

3.7.4.3. Quem será avaliado

A Avaliação de Desempenho será realizada entre superiores e os liderados, respeitando a hierarquia existente da Instituição. O programa considerará quatro classes de colaboradores: Diretor, Gerência, Chefes de Setor e Funcionários.

Cada colaborador será avaliado da seguinte forma:

Figura 16 - Modalidades de avaliação



Figura 17 - Quem fará a avaliação

Diretor	Gerente	Chefe de Setor	Funcionário
<ul style="list-style-type: none"> •Fará Autoavaliação; •Avaliará cada Gerente de sua equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> •Fará Autoavaliação; •Avaliará o Diretor imediato; •Avaliará cada Chefe de Setor de sua equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> •Fará Autoavaliação; •Avaliará o Gerente imediato; •Avaliará cada Funcionário de sua equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> •Fará Autoavaliação; •Avaliará o Chefe de Setor imediato.

Na auto avaliação, todos os colaboradores do quadro deverão preencher informações sobre sua escolaridade e capacitações. Essas informações serão importantes para subsidiar um banco de dados com o perfil de todo o quadro de pessoal da Instituição.

A

A nota final para progressão dos trabalhadores englobará a avaliação do superior imediato, auto avaliação e avaliação dos liderados diretos.

3.7.4.4. Responsabilidades do avaliador

São responsabilidades do avaliador:

- Evitar que dificuldades de relacionamento pessoal interfiram na análise do desempenho do funcionário. O que está sendo avaliado é o desempenho.
- Procurar ser objetivo e imparcial, focando a análise no desempenho do funcionário durante o período avaliado.
- Fundamentar adequadamente a nota dada em todos os fatores, buscando ser claro e objetivo, sempre com base em fatos concretos referentes ao ciclo avaliativo.
- Reunir-se com o avaliado a fim de prover retorno sobre o desempenho de suas atividades, e conseqüentemente, sobre o resultado da Avaliação de Desempenho, buscando reconhecer o bom desempenho e orientar no desenvolvimento de aspectos que merecem aprimoramento.
- Cumprir os prazos determinados para Avaliação de Desempenho. O não cumprimento do prazo prejudica o funcionário avaliado.

3.7.4.5. Responsabilidades do avaliado

São responsabilidades do avaliado:

- Ao receber a avaliação, analisá-la como incentivadora ao aperfeiçoamento, partilhando com o avaliador as suas expectativas com o trabalho, bem como os problemas e dificuldades que encontra.
- Procurar gerir o seu desempenho, assumindo a responsabilidade pelo seu trabalho e pela identificação e sugestão dos recursos e meios necessários para realizá-lo.
- Ao receber feedback, tentar não agir defensivamente. Refletir sobre o assunto abordado e tentar, em conjunto com o avaliador, encontrar as melhores soluções e alternativas para atingir os resultados esperados.

- Cumprir os prazos determinados para Avaliação de Desempenho. O não cumprimento do prazo irá prejudicá-lo quando do envio das informações para a realização da análise de progressão.

3.7.4.6. Plano de Desenvolvimento Individual

Depois de finalizada a avaliação de cada colaborador, o Superior imediato deverá construir um PDI para cada liderado de sua equipe. O PDI é um processo que sistematiza uma série de ações para que o trabalhador alcance um desenvolvimento pessoal e profissional desejado.

Sendo assim, o PDI é constituído de um roteiro ações, para que o funcionário avaliado alcance determinadas metas e/ou mudanças comportamentais em certo período de tempo. Antes de mais nada, o PDI é um compromisso com o desenvolvimento de cada funcionário.

Para a construção do PDI, os líderes deverão ter como base dados objetivos, entre eles, a nota da Avaliação de Desempenho do funcionário. Sendo assim, o PDI só poderá ser construído pelo Superior depois que a nota final da Avaliação de Desempenho do funcionário estiver finalizada e disponível.

3.7.4.7. Periodicidade da avaliação

A Avaliação de Desempenho do quadro de colaboradores ocorrerá por ciclos. Cada colaborador será incluído em um ciclo de acordo com a data do seu aniversário de admissão. Os superiores receberão em cada ciclo um Memorando Interno (MI), que informará sobre os funcionários que deverão participar do processo de Avaliação de Desempenho no ciclo correspondente.

Cada ciclo será composto por uma data de início e término. Durante o seu ciclo, caberá ao funcionário e ao chefe executar todas as avaliações de sua competência (autoavaliação, avaliação do líder e avaliação dos liderados).

3.7.4.8. Modalidades de progressão

O Plano de Cargos da UPA prevê critérios de Movimentação que permitem aos trabalhadores o crescimento na carreira, em termos salariais (horizontal) e de mudança de cargo (vertical). A progressão do colaborador é feita mediante:

Progressão Vertical

A inclusão do colaborador em outro cargo devido a sua qualificação e formação profissional no exercício de suas atividades, comprovado pela sua formação escolar e aprovação em Processo Seletivo Interno, desde que a vaga esteja autorizada para contratação pela Diretoria da UPA e atendendo aos interesses da Instituição.

Progressão Horizontal

O colaborador continuará ocupando o mesmo cargo, mas com um grau remuneratório superior àquele em que se encontrava. A progressão horizontal acontecerá de forma alternada, ora antiguidade, ora por mérito.

Progressão por Antiguidade

A progressão por antiguidade é obtida pelo tempo de permanência na empresa e ocorrerá sempre nos anos Impares. A progressão por antiguidade é um direito de todo colaborador e obedecerá aos critérios estabelecidos no Plano de Cargos.

Se o colaborador respeitar todos os critérios para progressão por antiguidade, a progressão salarial ocorrerá automaticamente no ano ímpar, de acordo com o dia e mês de sua admissão.

Progressão Horizontal por Mérito

A progressão horizontal por mérito é obtida pela nota da Avaliação de Desempenho e ocorrerá sempre nos anos Pares. A progressão por merecimento ocorrerá por meio de Avaliação de Desempenho, obedecendo os critérios estabelecidos no Plano de Cargos.

3.7.4.9. Colaboradores afastados

Os colaboradores que estejam com afastamentos superiores à 6 (seis) meses não participarão do processo de avaliação de desempenho, e conseqüentemente não obterá a progressão salarial, seja ela por mérito ou por antiguidade. Ao término deste impedimento, o mesmo ao retornar a Instituição, participará do próximo ciclo de avaliação, após o cumprimento de 12 (doze) meses de trabalho.

3.7.4.10. Mudança de lotação/setor

Colaboradores que passaram por mudança de lotação só serão avaliados no novo setor e pela nova chefia, após 90 (noventa) dias de efetiva atuação em sua nova área de trabalho.

3.8. Apresentar Instrução/manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos

3.8.1. Introdução

O setor de Faturamento é um setor que está diretamente ligado a área administrativa, tendo como responsabilidade a alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, conforme as características de cada unidade de atenção à saúde, fornecendo dados sobre os atendimentos realizados nos serviços. Compete ao setor registrar em sistemas próprios da unidade ou diretamente nos sistemas do Ministério da Saúde as informações sobre tais atendimentos realizados, que podem ser ambulatoriais e/ou hospitalares.

O UPA possuirá um Setor de Faturamento de Contas, com a função de realizar o faturamento de ambas as unidades, alimentando os sistemas oficiais do Ministério da Saúde. Por se tratar de Pronto Atendimento, não haverá faturamento de internação hospitalar.

3.8.2. Estrutura

Os recursos humanos são as bases essenciais dos Serviços de Faturamento, pelo que a dotação destes Serviços em meios humanos adequados, quer em número, quer em qualidade, assume especial relevo no contexto da informação dentro do âmbito hospitalar.

O setor de faturamento da UPA será composto por Faturista e Auxiliar de Faturamento e estará subordinado diretamente à Diretoria Financeira, com funcionamento em horário administrativo, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Atividades do Setor de Faturamento

- Confecção das contas de todos os pacientes que adentram/são atendidos nas Unidades de Saúde;
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição;
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS;
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito;
- Analisar todos os prontuários de pacientes;
- Codificar todos os procedimentos realizados, analisando prontuários de alta, óbito e transferências;
- Codificar atendimentos ambulatoriais e emergências;
- Digitar contas médicas nos sistemas preconizados SUS – DATASUS;
- Fechar mensalmente produção realizada nas Unidades;
- Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;
- Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para desenvolvimento das Unidades.
- Atribuições Orgânicas;
- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes;

- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

3.8.4. Sistemas de Informação / MS

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 pelo MS, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção. Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado.

Assim, o setor de faturamento da UPA deverá alimentar o SIA - Sistema de Informação Ambulatorial SIA-SUS, Boletim de produção ambulatorial - BPA, Ficha de Programação Orçamentária - FPO.

3.8.5. Fluxo para faturamento dos serviços

O Setor de Faturamento da UPA, a partir do levantamento de procedimentos realizados registrados nas Fichas de Atendimento/Prontuário, registrará mensalmente todos os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados na UPA; deste modo, será processada a produção com dados sobre o número de atendimentos realizados, tipo de procedimento.

O SIA recebe então a transcrição de produção dos documentos BPA, consolida e valida através do sistema FPO - Ficha de Programação Orçamentária, que contém os parâmetros orçamentários estipulados para na UPA.

A partir da alimentação dos dados no SIA, será feita a devida exportação aos setores pertinentes conforme fluxo estabelecido pela SMS. Mensalmente, será realizado monitoramento dos dados gerados através deste Sistema, possibilitando a qualificação da informação transmitida através da visualização e acompanhamento de relatórios;

3.8.5.1. Faturamento ambulatorial (BPA/BPAi)

BPA magnético

O BPA Magnético é o aplicativo utilizado para registro dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde, que permite o registro da produção ambulatorial de duas formas:

- **BPA Consolidado:** a digitação da produção obedece às mesmas regras do BPA antigo. Campos existentes: CNES do estabelecimento, Mês/ Ano da produção, número da folha, código do procedimento, CBO do profissional, Idade do paciente (apenas para consultas médicas e primeira consulta programática de odontologia) e quantidade de procedimentos realizados.

- **BPA Individualizado:** nova forma de digitação da produção ambulatorial, criada para utilização após a implantação da tabela unificada. É um tipo de BPA que solicita a digitação de dados do paciente (CNS, nome, data de nascimento, sexo, raça/cor, município de residência) bem como do procedimento realizado (data atendimento, código, quantidade, CID, caráter de atendimento e número de autorização). Os procedimentos que passam a ser digitados no BPA Individualizado são: tomografia, ressonância magnética, cintilografia, fisioterapia, cirurgias eletivas, deslocamento e acompanhamento de pacientes, ajuda de custo, assistência domiciliar.

Observações Importantes:

- Permanecem em APAC: procedimentos de Alta Complexidade, CN- RAC, Transplantes, Saúde Auditiva, Medicamentos, Queimados, Ortodontia e Hemodiálise.

- O BPA Individualizado não é uma “nova opção” de digitação de produção. Para os procedimentos citados acima, ele é de uso OBRIGATÓRIO.

- O SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela do SUS) traz relatórios que permitem ao usuário identificar os procedimentos que devem ser digitados em cada aplicativo.

- Tanto o BPA Consolidado quanto o BPA Individualizado trazem mensagens de erro que informam o usuário quando ele tenta digitar o procedimento no instrumento errado.

Instalação do aplicativo

- Antes de instalar o BPA, é necessário ter instalado na máquina o gerenciador de banco de dados Firebird. Buscar a versão 1.5 no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>), em Serviços, Recebimento de Arquivos (Download), Instalador Firebird.

- Entrar na página do Datasus (www.datasus.gov.br), na MS-BBS, efetuar login. Buscar e salvar a versão mais recente do BPA dentro de uma pasta própria.

- Descompactar o arquivo. Nele são encontrados: aplicativo BPA Magnético, manual BPA, layout do BPA, arquivos DBF.

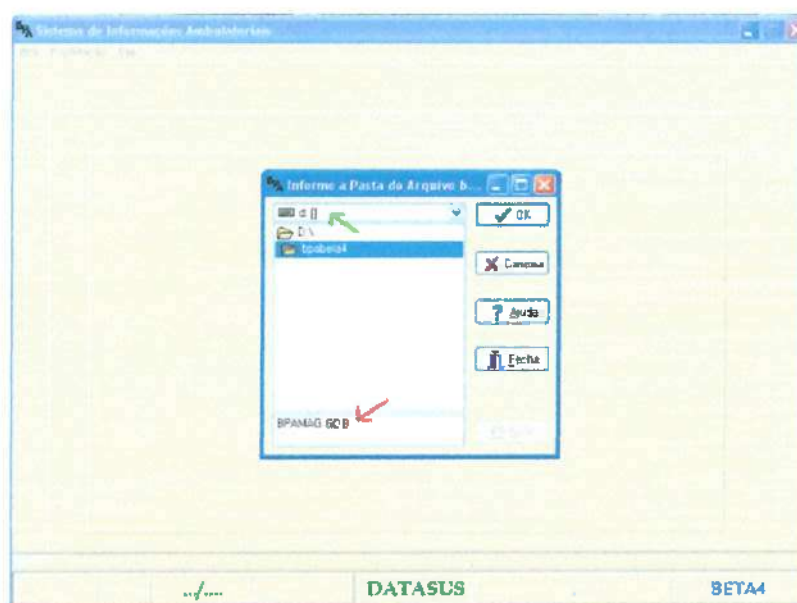
Obs.: a primeira versão oficial do BPA para utilização na digitação da produção ambulatorial é a BPA0100.exe. As mudanças de versão devem ser acompanhadas diariamente através do site www.datasus.gov.br

Primeira atualização do BPA magnético

- Abrir o aplicativo BPAMAG.

- Criar o Banco de Dados do BPA Magnético. Assim que aparecer a janela conforme ilustração abaixo, deverá ser selecionado o caminho onde o Banco de Dados será criado (veja seta verde). Clicar no botão "Novo". Aparecerá no canto inferior esquerdo (veja seta vermelha) o nome do Banco de Dados criado (BPAMAG.GDB). Clicar em "OK". (Ver figura 01) Deverá aparecer a mensagem: "Conexão corretal"

- Inserir usuário: MESTRE; senha: A (padrão)



Passo a passo antes da produção

1 - Alteração da competência/gestor

- No Menu OPERAÇÃO, clicar em "Alterar Competência". Selecionar a competência e o ano em andamento, clicar em "Gravar".
- No Menu OPERAÇÃO, clicar em "Gestor". Preencher a tela com os dados da sua secretaria, clicar em "Gravar".
- OBS.: Sem o cadastro do gestor não é possível realizar a exportação da produção.

2 - Importação das tabelas do SIA

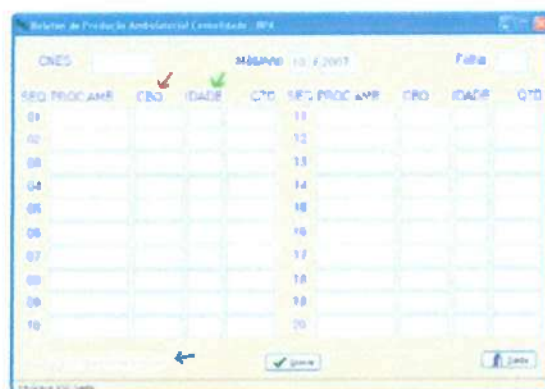
- No Menu OPERAÇÃO, clicar em “Importar tabelas nacionais do SIA”, estas tabelas são DBF que estão no próprio BPA.

Obs.: No aplicativo OFICIAL que será utilizado depois da implantação da tabela unificada, essas tabelas devem ser importadas de dentro da pasta do BPA.

Digitação da produção ambulatorial

1 - BPA consolidado

- No Menu BPA, clicar em “Produção Consolidada”
- Na janela que se abre, clicar no botão “Inclusão”
- Digitar o CNES do estabelecimento, o Mês/Ano e o número da folha.
- Digitar normalmente a produção
- Gravar a produção digitada.

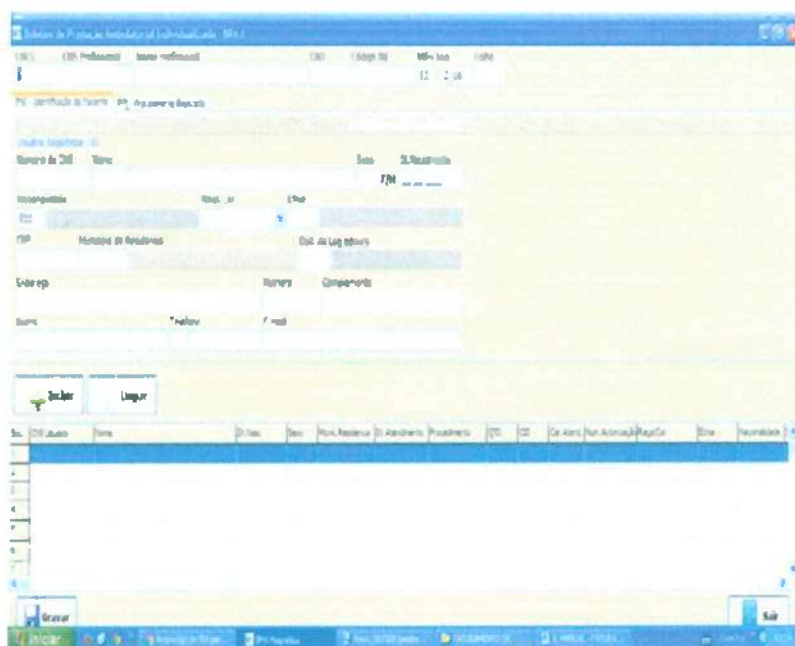


SEQ. PROC. AMB.	CBO	IDADE	QTD	SEQ. PROC. AMB.	CBO	IDADE	QTD
01				11			
02				12			
03				13			
04				14			
05				15			
06				16			
07				17			
08				18			
09				19			
10				20			

BPA Individualizado

- No Menu BPA, clicar em “Produção Individualizada”
- Na janela que se abre, clicar no botão “Inclusão”

- Digitar o CNES do estabelecimento, o CNS do profissional, o CBO do profissional, o Mês/Ano e a folha.
- Clicar duas vezes na primeira linha da seqüência.
- Ao abrir a janela, conforme figura, preencher todas as informações solicitadas, referentes ao atendimento realizado.



- Digitar a produção de cada paciente de um determinado profissional e gravar.
- Observar que para cada estabelecimento, cada profissional deverá ter uma página, contendo todos os atendimentos que ele realizou.
- Gravar a produção digitada

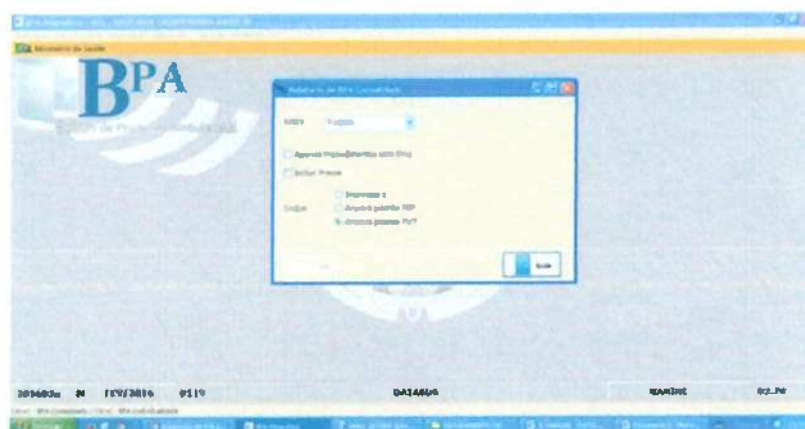
Geração de relatórios de produção

1 - Produção consolidada

- No Menu RELATÓRIOS, clicar em “Produção Consolidada”
- Na janela que se abre, selecionar um CNES ou todos, para emitir o relatório de produção, conforme Figura 04.
- Clicar em “OK”
- Será gerado um relatório de nome BPA_CONS.TXT na pasta onde está instalado o BPA.

2 - Produção individualizada

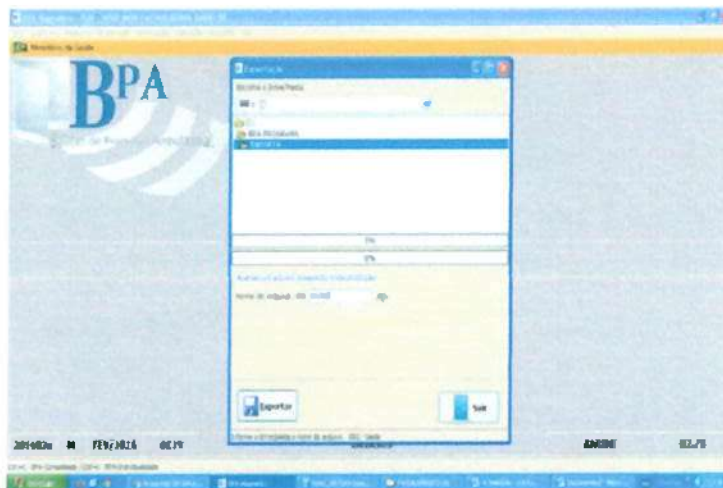
- No Menu RELATÓRIOS, clicar em “Produção Individual”
- Na janela que se abre, selecionar um CNES ou todos, para emitir o relatório de produção, conforme Figura 04.
- Clicar em “OK”
- Será gerado um relatório de nome BPI_CONS.TXT na pasta onde está instalado o BPA.



Obs.: Na mesma janela, há a opção de gerar um relatório contendo apenas os procedimentos que apresentam erro (seta vermelha), para facilitar análises e correções.

Exportação da produção para o SIA/SUS

- No Menu EXPORTAÇÃO, clicar em "Exportação para o SIA/SUS"
- Ao abrir a janela, selecionar a pasta onde será gerado o arquivo de exportação. Padrão: pasta EXPORTA, que fica dentro da pasta onde o BPA está instalado.
- Nomear o arquivo de exportação como de costume, no local sinalizado pela seta vermelha (Figura 05)
- Após nomear o arquivo, clicar em "OK"
- Após aparecer a mensagem "exportação concluída!", o arquivo já pode ser visualizado na pasta EXPORTA.
- O relatório de controle de remessa será gravado dentro da pasta EXPORTA com o nome de RELEX.PRN.



3.8.6. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES

Além do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, o Setor de Faturamento da UPA também será responsável pela alimentação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, visto que este é a base cadastral para operacionalização dos Sistemas de Informações do SUS, sendo utilizado para manter atualizado o cadastro da unidade, bem como dos profissionais, equipamentos e serviços existentes.

- A equipe de colaboradores do setor de faturamento da UPA realizará a digitação no aplicativo disponibilizado pelo DATASUS, dos seguintes dados: profissionais com carga horária, CBO, vínculos dos profissionais, equipamentos, serviços disponíveis, dentre outros.

- Todos os profissionais de saúde vinculados à UPA deverão preencher ficha cadastral CNES tão logo sejam admitidos.

- O Instituto adotará um fluxo contínuo para atualização do sistema, através do preenchimento do conjunto de fichas cadastrais de modelos diversos (incluindo fichas "Módulo Básico", Instalações Físicas, Serviços de Apoio, Serviços Especializados, Equipamentos, Leitos, Profissionais e outros).

- Serão também efetuadas pela equipe de colaboradores do setor de faturamento vinculados à UPA: as exclusões e/ou alterações, após o desligamento de colaborador; a inclusão, exclusão e/ou alteração de dados referentes ao Serviço (equipamentos, Serviços, etc.).

- As atualizações do SCNES serão remetidas à SMS, conforme fluxo estabelecido pelo setor de cadastro, serão mantidas cópias dos instrumentos enviados.

3.8.7. Ações para otimizar o serviço de faturamento

Os altos custos nos serviços de saúde têm trazido aos gestores e profissionais de área a necessidade de obter mais conhecimento sobre estes problemas. A busca por medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros, a competência na reserva destes e o aumento de resultados no faturamento hospitalar fazem parte das vantagens obtidas.

Sozinha, a tecnologia, não resolve os problemas enfrentados pelos funcionários. Neste sentido, além de um sistema de controle financeiro tecnológico, o Instituto propõe a operação das seguintes medidas para otimizar o faturamento da UPA:

- Criação de uma infraestrutura digital para as contas;
- Utilização de um software - sistema de prontuário eletrônico - que integre todos os setores da UPA digitalmente, melhorando significativamente a comunicação entre eles.
- Reavaliação de rotinas (gerenciamento de processos);
- Treinamento de pessoal;
- Reanálise de glosas;
- Padronização dos lançamentos do que deve ser cobrado, por meio de checklist automatizado, de forma a estabelecer um padrão a partir do que foi feito e definir o que será cobrado. Dessa forma, acabam as variações de lançamento nas contas*;

**Se o procedimento está baseado em protocolo (no caso de procedimentos médicos) ou em POP (procedimentos de outros profissionais assistenciais), o que foi utilizado deve ser cobrado, a não ser que os registros estejam incorretos.*

3.9. Apresentar Instrução/manual de rotinas administrativas o almoxarifado (exceto medicamentos e materiais médico-hospitalares), patrimônio e financeiro

3.9.1. Conceito Básico

Patrimônio Público: O Conselho Federal de Contabilidade define patrimônio público pela Norma Brasileira de Contabilidade Técnica 16.2 aprovada sob resolução nº 1129/2008 como: “O conjunto de direitos e bens, tangíveis ou intangíveis, onerados ou não, adquiridos, formados, produzidos, recebidos, mantidos ou utilizados pelas entidades do setor público, que seja portador ou represente um fluxo de benefícios, presente ou futuro, inerente à prestação de serviços públicos ou à exploração econômica por entidades do setor público e suas obrigações”.

3.9.2. Ativo Imobilizado

Item tangível mantido para uso na produção ou fornecimento de bens ou serviços, ou para fins administrativos, inclusive decorrentes de operações que transfiram para a entidade os benefícios, riscos e controle desses bens.

3.9.2.1. Aplicação

Os procedimentos deste manual aplicam-se a ativo imobilizado. Os métodos de reconhecimento e mensuração de ativos imobilizados devem ser aplicados também para bens de patrimônio cultural, caso a entidade os possua. Exemplo: um prédio histórico usado como escritório.

A apuração da depreciação, amortização e exaustão deve ser feita mensalmente, enquanto o item do ativo estiver em condições de uso. Ao fim da depreciação, o valor líquido contábil deve ser igual ao valor residual.

3.9.2.2. Reconhecimento

3.8.2.2.1. Princípio

A entidade deverá estabelecer o princípio geral de reconhecimento para todos os ativos imobilizados no momento em que os custos são incorridos, incluindo os custos iniciais e os subsequentes. Antes de efetuar a avaliação ou mensuração de ativos, faz-se necessário o reconhecimento do bem como ativo.

○ ativo imobilizado, incluindo os gastos adicionais ou complementares são reconhecidos inicialmente com base no valor de aquisição, produção ou construção.

○ custo de um item do imobilizado deve ser reconhecido como ativo sempre que for provável que benefícios econômicos futuros ou potencial de serviços associados ao item fluirão para a entidade; e se o custo ou valor justo do item puder ser mensurado com segurança.

3.9.2.2.2. Critério do valor do conjunto

A Entidade pode apropriar itens individualmente insignificantes, como periféricos de computadores e/ou outros equipamentos. Ao aplicar o critério do valor do conjunto, a entidade deve avaliar todos os seus custos de ativos imobilizados no momento em que ocorrem. Incluem-se nesses custos os incorridos para adquirir ou construir um item do ativo imobilizado e, também os custos posteriores para renovar e substituir suas partes para a continuidade de seu uso.

3.9.2.2.3. Ativos imobilizados obtidos a título gratuito

Quando se tratar de ativos imobilizados obtidos a título gratuito, estes devem ser registrados pelo valor justo da data de sua aquisição, sendo que deverá ser considerado o valor resultante da avaliação obtida com base em procedimentos técnicos ou valor patrimonial definido nos termos da doação.

3.9.3. Classificação dos Bens

Os bens obedecem basicamente a três critérios de classificação: quanto ao seu domínio, à sua natureza e ao seu estado físico. Lembrando que todos esses critérios têm reflexo no valor evidenciado no balanço patrimonial.

3.9.3.1. Critérios de Classificação

3.9.3.1.1. Quanto ao domínio

3.9.3.1.1.1 Bens da Entidade (próprios)

São os bens incorporados ao patrimônio, e que recebem um número de tombamento. As modalidades de incorporação podem ser por aquisição através de empenho, doação, transferência, permuta, fabricação.

3.9.3.1.1.2. Bens de Terceiros

São os bens recebidos em comodato, empréstimo ou locação e que não integram o patrimônio da instituição. Mesmo assim, o registro é obrigatório no sistema de gestão do patrimônio com propósito de identificar os bens e acompanhar sua utilização enquanto localizados no interior das unidades administrativas da entidade.

3.9.3.1.2. Quanto a natureza

3.9.3.1.2.1. Bens Tangíveis

Divide-se em bens móveis e imóveis.

Bens Móveis

São os bens permanentes e de consumo, compreende o valor da aquisição ou incorporação de bens corpóreos, que têm existência material e que podem ser transportados por movimento próprio ou removidos por força alheia sem alteração da

substância ou da destinação econômico-social, para a produção de outros bens ou serviços.

Como exemplo de bens móveis temos as máquinas, aparelhos, equipamentos, ferramentas, bens de informática e processamento de dados, móveis, utensílios, materiais culturais, de comunicação, veículos, entre outros.

Bens Permanentes

São aqueles cuja característica, em razão de sua utilidade, apresentam durabilidade superior a dois anos de uso. A Lei 4320/64 especifica essa característica no seu art. 15 § 2, assim como a Portaria 448/02, art. 3º da Secretaria do Tesouro Nacional define critérios como durabilidade, fragilidade, perecibilidade, incorporabilidade, transformabilidade e finalidade para classificar um bem como permanente.

Bens de Consumo

São aqueles que com o uso corrente perdem suas características em tempo menor a dois anos e, portanto sua vida útil é limitada a período inferior a esse prazo. A Lei 4320/64 e a Portaria 448/02 da STN expressam esses detalhes.

Bens Imóveis

Compreende o valor dos bens vinculados ao terreno, edificações que não podem ser transportadas ou retiradas sem o estrago ou prejuízo. Como exemplo temos imóveis residenciais, edifícios, terrenos, aeroportos, pontes, viadutos, hospitais, unidades de saúde, escolas, creches ou centros de educação infantil, obras em andamento.

3.9.3.1.3. Quanto à utilização

Assim como os bens móveis, os imóveis podem ser de uso especial, de uso comum, bens dominicais.

Bens de Uso Especial

Compreendem os destinados a serviço ou estabelecimento da administração federal, estadual ou municipal, com finalidade específica e de utilização permanente. Exemplo: Hospitais, escolas, unidade de saúde, aeroportos, museus, terrenos.

Bens de Uso Comum

Correspondem aos bens destinados ao uso da comunidade, individual ou coletivamente, sejam constituídos natural ou artificialmente, como estradas, ruas e praças. Podem ser encontrados em duas classes de ativos: de infraestrutura e bens do patrimônio cultural.

Os bens de uso comum denominados de infraestrutura são formados por sistemas de esgoto, sistemas de abastecimento de água e energia e rede de comunicação.

Os bens de uso comum caracterizados como bens do patrimônio cultural possuem essa classificação devido sua importância histórica, cultural ou ambiental. Incluem monumentos e prédios históricos, sítios arqueológicos, áreas de conservação e reservas naturais.

Bens Dominicais

Representam aqueles que não possuem uma destinação definida, possuem características diferentes, podem ser utilizados em qualquer fim. Caso a administração julgar conveniente, podem ser alienados.

Bens Intangíveis

Constituem o patrimônio não físico, ou seja, expressam valor sem ser por suas características físicas. Marcas e patentes constituem bom exemplo dessa espécie de bens.

3.9,3.1.4 Quanto ao estado físico

Os bens podem apresentar-se fisicamente como servíveis, inservíveis, obsoletos, ociosos, antieconômicos, irrecuperáveis ou outras classificações.

Bens Servíveis

Constituem-se por bens móveis e imóveis, cuja utilização se faz necessária pela administração para o desempenho à prestação dos serviços públicos. Ainda, admite classificação pelo seu estado de conservação podendo ser bom, ótimo, regular.

Bens Inservíveis

São bens que deixaram de ser utilizados, dessa forma, torna-se inviável permanecerem no patrimônio da instituição, devolvendo-lhes ao depósito para futura alienação. Apresentam subdivisões.

Bens Obsoletos

São bens que ficaram em desuso devido às inovações tecnológicas.

Bens Ociosos

São bens em bom estado de conservação, mas não utilizados pela administração pública.

Bens Antieconômicos

São aqueles na qual a manutenção se torna muito caro para a administração e, os resultados apresentados pelo seu uso após o conserto é pouco perceptível ou nulo devido ao seu desgaste.

Bens Irrecuperáveis

São os bens que perderam sua utilização vinculada às suas características físicas, ou seja, ficam impossibilitados para o uso adequado com a finalidade de sua aquisição.

Outras Classificações de Bens

Ainda podemos relatar bens que se enquadram classificados como recuperáveis, regulares, ruins e danificados.

3.9.4. Destinação dos materiais conforme seu estado físico

- Estado do Bem
- Destinação/Utilização
- Servível
- Normal
- Obsoleto
- Redistribuir/Aliengar
- Ocioso
- Redistribuir
- Antieconômico
- Aliengar

- Irrecuperável
- Alienar
- Outros
- Alienar
- Contaminado
- Inutilizar

3.9.5. Sistema de Controle do Patrimônio

O Sistema de Controle de Patrimônio exhibe-se como uma ferramenta de gestão e controle e que oferece a possibilidade de analisar quantitativa e qualitativamente os bens permanentes em uso de uma entidade e, registrar o controle desse patrimônio, no caso o público.

Para o controle correto, os bens devem ser registrados adequadamente, sejam móveis, imóveis ou intangíveis no patrimônio, pois são bens adquiridos com o uso dos recursos públicos e não públicos e ficam à disposição da instituição para realizar as atividades vinculadas a ele.

Para um sistema eficiente de controle patrimonial são necessárias constantes atualizações dos registros de forma que permitam acompanhar toda a vida útil do bem, com registros de entrada, movimentações internas e saída da instituição.

A entrada de um bem no patrimônio ocorre através do tombamento, as alocações são realizadas pelas transferências e movimentações e a saída ocorre pela baixa do bem.

O processo de tombamento ocorre quando o bem já está na administração, dessa forma o tombamento deve conter um conjunto de informações sobre sua identificação, classificação, local de sua vinculação, responsável pelo bem, valor de aquisição caso adquirido com recursos orçamentários, número de empenho, nota fiscal, fornecedor, data de aquisição e a plaqueta que o identifica.

A numeração da plaqueta é única e exclusivamente utilizada para um único bem. Jamais poderá ser usada em outro bem.

3.9.5.1. Instrumentos utilizados para controle do patrimônio

São os caminhos que a administração emprega através do setor responsável pelo patrimônio para controlar os bens móveis e imóveis.

Todo servidor tem a responsabilidade pelo acervo patrimonial pertencente à sua unidade de trabalho. Ressalta-se ainda que, independente da delegação, todo servidor usuário dos bens é corresponsável assumindo obrigações de zelar, guardar, conservar, utilizar de forma adequada, informar qualquer movimentação, irregularidade ou a baixa do bem. São atividades operacionais simples e que contribuem bastante para checar a situação do patrimônio público.

Entre elas citamos:

Etiqueta de identificação

Trata-se da plaqueta anexa ao bem com o número de seu registro. Através desse número pode-se colher as informações sobre o bem.

Termo de responsabilidade

É o apontamento que identifica o responsável pelo bem. Sugere ainda no termo a evidenciação da localidade em que o bem se encontra. O termo de responsabilidade será emitido sempre que ocorrer: tombamento de bens, mudança de responsável pela guarda de bens, mudança de localização de bens e renovação anual.

Termo de transferência

Neste documento estão as informações de movimentação do bem entre as unidades ou órgãos da instituição pública.

Termo de doação

É o meio pelo qual se formaliza uma doação de um bem pela entidade. Para o recebimento, documentos fiscais do bem são necessários, assim como para a entrega a outra instituição.

Termo de vistoria de veículo

Documento que relata o estado físico dos veículos. Ao movimentar um veículo de um setor para outro é interessante que se faça vistoria para se precaver de problemas futuros.

Termo de baixa

Ao dar a saída do bem, emite-se um documento informado o motivo da baixa pelo setor onde está alocado ao setor de patrimônio.

3.9.5.2. Sistema eletrônico de patrimônio

O próprio sistema de gestão utilizado pela entidade, nele registra-se todas as informações tratadas acima bem como outras que se julgarem necessárias para um efetivo controle patrimonial.

3.9.5.3. Organização documental do setor de patrimônio

Deverá o setor de patrimônio arquivar as vias originais dos seguintes documentos: termos de responsabilidade, termo de movimentação de bens, laudo e relatórios específicos para baixa, avaliação e reavaliação.

Ainda, para fins de controle, cópias de notas fiscais de bens incorporados, termo de registro de bens e cópia de empenho. As etiquetas de bens em processo de

desfazimento ou alienação deverão ser arquivadas em conjunto com seus respectivos processos de baixa.

3.9.6. Classificação de Materiais Permanentes

A Administração, com base em tudo o que foi apresentado acima e para melhor adequação conforme as necessidades internas de mensuração no patrimônio e controle deste, propõe alguns critérios para classificar materiais permanentes e consequentemente na categoria bens móveis no patrimônio da entidade prefeitura. Isso não significa que os materiais sem tombamento ficarão sem controle. O controle será realizado na forma de relação de materiais sob responsabilidade do setor ao qual for destinado.

Há um processo de controle pouco mais flexível para estes, que não levarão a plaqueta na sua estrutura física. O bem é controlado pelo setor de patrimônio através de um controle como relação de materiais do setor.

Outros bens que devido sua estrutura física impossibilitem a plaqueta ficar afixada no bem ou cause dificuldade de manuseio ou operacionalidade das funções a que se destina, a plaqueta poderá ficar guardada e direcionada para ele. As características, descrição, forma de aquisição referente àquele bem serão registradas no sistema de gestão.

Para os bens que supostamente tem sua durabilidade em média aos dois anos de uso como os descritos pela Lei 4320/64, art. 15, § 2, mas que na prática acabam perdendo suas características por danos ou outros motivos, a administração os defende como materiais de consumo ou o não tombamento.

3.9.7. Setor de Almoxarifado

3.9.7.1. Comissão de Recebimento de Material

Fica a Comissão encarregada pelo recebimento, conferência, distribuição e outras providências acerca dos materiais recebidos pelo almoxarifado.

Recebimento e aceitação de material

A entrega de material deve ocorrer no(s) almoxarifado(s) das unidades gestoras (secretarias) que os adquiriu, Saúde e Educação, as demais secretarias sugere-se um almoxarifado único. O registro de entrada de material é de total responsabilidade do setor de almoxarifado.

No ato de recebimento do material, o(s) servidor(es) designado(s) para esse fim, deve conferir os documentos: nota fiscal, fatura, termo de cessão, termo de doação ou permuta, termo de transferência ou outros documentos conforme a maneira de entrada do material no almoxarifado.

Alguns cuidados devem ser tomados para a conferência do material a ser recebido como: dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante, especificação do material, peso, qualidade e quantidade, preço unitário e total, prazo de entrega, condições de pagamento.

Encontrado divergência quanto à qualidade do material, falta ou defeito, o responsável pelo recebimento deve providenciar a regularização do material imediatamente junto ao fornecedor e comunicar o fato ao setor solicitante da pela compra.

O material recebido ficará sob a guarda e conservação do responsável pelo almoxarifado. No entanto, material que venha a ser recebido diretamente nas unidades, o setor de almoxarifado exime-se de toda e qualquer responsabilidade pela falta das constatações que devem ser observadas.

Registro de entrega de material

O registro da movimentação (entrada/saída) do material recebido pelo almoxarifado é de responsabilidade do setor de almoxarifado, através de ficha de controle de material, repasse ou listagens processadas no computador, com base nos documentos que acompanham o material.

No caso de utilizar fichas para controle, estas devem ser preenchidas adequadamente sem rasuras, emendas ou ressalvas que venham a gerar dúvidas pela identidade do material, quantidade, qualidade e valores discriminados.

Os lançamentos impróprios ou indevidos devem ser estornados imediatamente, sendo o material devolvido ao setor de almoxarifado, devidamente assinados pelo setor requisitante e pelo almoxarifado.

O material recebido por doação, cessão ou permuta somente poderá ser incluído no almoxarifado mediante documento de entrega que identifique o ato, um termo por exemplo.

Na gestão de material de almoxarifado inclui-se o controle financeiro sobre os estoques, possibilitando um registro eficiente sobre os custos dos materiais adquiridos.

Todos os materiais devem ser objetos de registro do almoxarifado.

Distribuição de material

A distribuição de material pelas diversas unidades integrantes da estrutura organizacional da entidade deve ser feita por requisição de material contendo algumas anotações como data de emissão, unidade requisitante, código do material (se houver), quantidade solicitada, unidade de consumo, assinatura e matrícula do funcionário requisitante do material.

O almoxarifado deve proceder a entrega de material de forma ordenada, para que seja efetuada a conferência adequada, observando-se assim as características necessárias do material e do procedimento adotado.

A baixa de responsabilidade pelo material estocado no almoxarifado em decorrência de sua transferência por cessão, permuta, doação, obsolescimento, furto ou roubo somente pode ser processado com base em documentos comprobatórios e de acordo com normas legais vigentes.

Toda movimentação de material, mesmo de um almoxarifado para outro, deve ser registrada para um efetivo organismo de controle, com a apresentação do documento que autoriza a movimentação.

Controle de estoque

O setor de almoxarifado deve desempenhar um eficaz controle do seu estoque, com registros atualizados, de forma a permitir o acesso a informações confiáveis.

O almoxarifado deve realizar inventários periódicos de seu estoque, a partir da contagem física confrontando com as entradas/saídas dos registros escriturais.

O almoxarifado jamais poderá receber material sem a devida documentação exigida para legalidade do procedimento.

Ocorrendo extravio, furto ou roubo de material, o setor de almoxarifado deve comunicar imediatamente o fato ao responsável pela Unidade Gestora que vai adotar as medidas administrativas cabíveis.

Caso a entidade venha a manter almoxarifados descentralizados, a transferência de material será concretizada mediante documento de transferência de material. O responsável pelo almoxarifado descentralizado deve assinar o recebimento do material para controlar a movimentação do material. O controle físico/financeiro do material transferido é de responsabilidade do setor de almoxarifado.

3.9.8. Depreciação

De acordo com MCASP – Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, a entidade pública deve evidenciar ao longo de um período de utilização dos bens tombados, o desgaste do seu ativo imobilizado através de operações patrimoniais de variação diminutiva de depreciação, amortização ou exaustão.

Para o registro da depreciação, amortização e exaustão devem ser abordados os seguintes aspectos ou critérios:

-Obrigatoriedade do seu reconhecimento;

-Valor da parcela que deve ser reconhecida como variação passiva independente da execução orçamentária;

- Circunstâncias que podem influenciar seu registro.

Esses registros devem observar o princípio da competência, que reconhece as transações e os eventos aos períodos a que se referem. Portanto, os fatos que afetam o patrimônio público devem ser contabilizados por competência.

Um desses fatos é a depreciação, definida no MCASP como “a redução do valor dos bens pelo desgaste ou perda de utilidade por uso, ação da natureza ou obsolescência”.

O manual sugere ainda que, na falta de taxas de depreciação estabelecidas para a entidade do setor público, pode-se seguir os percentuais estipulados pela SRF através das Instruções Normativas 162/98 e 130/99.

No setor público, a NBC T 16.9, editada pelo CFC, estabelece conceitos, regras e metodologias de cálculo para depreciação que são: das quotas constantes, da soma dos dígitos e o das unidades produzidas.

A apuração da depreciação, amortização ou exaustão deve ser contabilizada mensalmente e com o item componente do ativo em condições de uso. Ao final de cada exercício financeiro, a entidade deve revisar a vida útil e o valor residual do item do ativo.

A depreciação se inicia no momento em que o item do ativo está disponível para uso, ou seja, na aquisição logo após o tombamento do bem, que é a forma mais abrangente da entrada de bens no patrimônio da entidade. Como resultado final da depreciação, o valor líquido apurado do bem deve ser o mesmo do valor residual.

A entidade pode estipular que determinados bens sejam depreciados a taxas diferentes de acordo com suas particularidades e características diferenciadas que assim o exijam.

3.9.8.1. Depreciação Acelerada

Refere-se à diminuição acelerada do valor de bens móveis usados com maior frequência que o normal. Como exemplo, os veículos/máquinas que prestam serviços sem interrupção ou poucas horas de inutilização. Nestes casos, calcula-se o número diário de horas de produção e aplica-se coeficientes de depreciação sobre as taxas adotadas.

Algumas taxas a serem utilizadas:

1,0 – para turnos de 8 horas de operação;

1,5 – para dois turnos de 8 horas de operação; 2,0 – para três turnos de 8 horas de operação.

Nessas condições, um bem cuja taxa normal de depreciação seja de 10% ao ano poderá ser depreciado em 15% ao ano se operar 16 horas por dia por exemplo.

3.9.9. Reavaliação

Método de mensuração que visa adequar o valor contábil de um ativo com o seu valor justo. Caso o valor justo do bem seja superior ao valor líquido contábil deve-se realizar a sua reavaliação. Ou seja, entende-se por reavaliação o procedimento de atualização dos valores de bens de uma instituição, onde a diferença de valores encontrada deve-se registrar no patrimônio.

E, para os bens móveis com valores significativos de mercado e que apresentem distorção evidente de valor registrado contabilmente, adotar-se-á o mesmo procedimento. Durante a elaboração dos inventários deve ocorrer a reavaliação dos bens integrantes do patrimônio.

Para os bens recebidos por doação ou transferência, a reavaliação deve ocorrer imediatamente ao ingresso no patrimônio da Entidade.

A entidade deve observar que, quando um item do ativo imobilizado é reavaliado, a depreciação acumulada na data da reavaliação deve ser eliminada contra o valor contábil bruto do ativo, atualizando-se o seu valor líquido pelo valor reavaliado.

Esse valor ajustado decorrente da atualização ou da eliminação da depreciação acumulada faz parte do aumento ou da diminuição no valor contábil registrado.

É necessário evidenciar que quando um item do ativo imobilizado for reavaliado, todo o grupo ou a classe de contas à qual ele pertence deve incidir o mesmo procedimento.

A Lei 4.320/64 em seu artigo 106, § 3º faculta a reavaliação de bens móveis e imóveis para que a Administração Pública possa proceder tal reavaliação, pois, em dadas circunstâncias, o patrimônio público pode configurar valor maior que o real da entidade.

A reavaliação será realizada por Comissões Internas ou por empresa especializada, devendo emitir Relatório de Vistoria e Avaliação do Bem. Para a reavaliação, alguns fatores devem ser observados como o estado físico do bem, o período de vida útil futura ou remanescente e o período de utilização do bem.

O laudo técnico ou relatório de avaliação deve especificar as seguintes informações:

- Documentação com a descrição detalhada referente a cada bem que esteja sendo avaliado;

- Identificação contábil do bem (conta, classe);
- Critérios utilizados para a avaliação e sua fundamentação;
- Data de avaliação; e
- Identificação do(s) responsável(is) pela reavaliação.

Caso seja impossível estabelecer o valor de mercado do ativo, pode-se definir um parâmetro de referência que considere um bem com características, circunstâncias e localizações semelhantes.

3.10. Apresentar proposta de regulamento próprio de compras, contratação de obras e serviços, com manual de compras a ser adotado

CAPÍTULO I FINALIDADE

Art. 1º. Este regulamento estabelece os critérios, adotados pelo Instituto, na contratação de obras, bens e serviços, que se regerá pelos princípios da publicidade, da impessoalidade, da moralidade, da economicidade, da competitividade, da eficiência, do julgamento objetivo e da vinculação aos critérios fixados no Ato Convocatório.

CAPÍTULO II DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 2º. A contratação de obras, bens e serviços, efetuar-se-ão mediante Seleção de Fornecedores, ressalvadas as hipóteses previstas neste regulamento.

§ 1º. Caberá à unidade solicitante diretamente interessada na contratação de obras, bens e serviços a adoção de todas as providências preliminares a sua efetivação, entendendo-se como tal o fornecimento ao setor de compras pela realização da Seleção de Fornecedores do Termo de Referência ou descritivo mínimo do objeto da contratação.

§ 2º. Na Seleção de Fornecedores de âmbito nacional, poderão participar pessoas naturais e jurídicas brasileiras ou estrangeiras legalmente autorizadas a funcionar no Brasil.

§ 3º. A participação em Seleção de Fornecedores implica aceitação integral e irretroatável dos termos do Ato Convocatório, do Termo de Referência fornecidas aos interessados, e observará este regulamento e normas técnicas aplicáveis, gerais ou especiais do Instituto Alcance

§ 4º. A realização de Seleção de Fornecedores não obriga o Instituto Alcance a formalizar o contrato, podendo a Seleção ser anulada, revogada ou cassada a qualquer tempo, por determinação do Presidente ou do diretor que autorizou a Seleção, sem direito dos participantes de pleitear qualquer indenização.

§ 5º A escolha da modalidade de Seleção de Fornecedores será feita pela estimativa de valor, estando subordinada aos valores fixados no Capítulo IV.

Art. 3º. Para os fins deste regulamento, entende-se por:

I. Compra - aquisição remunerada de bens, materiais, equipamentos, gêneros alimentícios, móveis, imóveis e semoventes, para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

II. Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação e ampliação de bem imóvel e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;

III. Demais Serviços - prestação de qualquer trabalho, intelectual ou manual, quando não integrantes de execução de obra ou serviço de engenharia;

IV. Seleção de Fornecedores - processo para contratação de obras, bens e serviços realizado mediante critérios definidos para convocação, julgamento e escolha de participantes;

V. Convocação Geral - modalidade de Seleção de Fornecedores, na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas no Ato Convocatório, observado o Capítulo IV;

VI. Pedido de Cotação - modalidade de Seleção de Fornecedores dirigida a pelo menos 3 (três) fornecedores, observado o Capítulo IV;

VII. Mercado Eletrônico - modalidade de Seleção de Fornecedores, por meio eletrônico, em sistema próprio ou de terceiros, na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas no Ato Convocatório, observado o Capítulo IV;

VIII. Cotação Eletrônica - modalidade de Seleção de Fornecedores, por meio eletrônico, em sistema próprio ou de terceiros, dirigidos a fornecedores previamente cadastrados, observado o Capítulo IV;

IX. Registro de Preço - procedimento, precedido de Convocação Geral ou de Mercado Eletrônico, adotado para cadastrar o menor preço obtido para determinado bem ou serviços definidos nos incisos I e III deste artigo, no prazo e condições estabelecidos no respectivo Ato Convocatório, viabilizando a possibilidade de sua aquisição direta na medida das necessidades, sem que esse

registro importe em direito subjetivo à contratação de quem ofertou o preço registrado;

X. **Contratação Integrada** - modalidade de contratação que compreende todas as etapas de obras, serviços e instalações necessárias, sob inteira responsabilidade da contratada até a sua entrega ao contratante em condições de entrada em operação, atendidos os requisitos técnicos e legais para sua utilização em condições de segurança estrutural e operacional e com as características adequadas às finalidades para as quais foi contratada;

XI. **Leilão** - modalidade de Seleção de Fornecedores, entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, podendo ser realizado em meio eletrônico, observado o Capítulo IV;

XII. **Alienação** - transferência de domínio de bens moveis ou imóveis a terceiros;

XIII. **Pesquisa de Preços** - instrumento de coleta de valores para subsidiar os processos de contratação de obras, bens e serviços e ou alimentar o Banco de Preços do Instituto Alcance;

XIV. **Banco de Preços do Instituto Alcance** - repositório de valores coletados, ofertados ou contratados para referenciar os processos de contratação de obras, bens e serviços;

XV. **Cadastro de Fornecedores** - cadastro de pessoas naturais ou jurídicas interessadas em participar de Seleção de Fornecedores ou contratações do Instituto Alcance;

XVI. **Contrato** - documento que estabelece os direitos e as obrigações do Instituto Alcance e da Contratada;

XVII. **Ato Convocatório** - aviso publicado contendo o objeto e as condições de participação na Convocação Geral ou no Mercado Eletrônico;

XVIII. **Termo de Referência** - informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas ou especificações técnicas referente ao objeto da contratação, inclusive com indicação de obrigações específicas a ser observada na contratação e execução do contrato; bem como os esclarecimentos e exigências para participação na Seleção de Fornecedores, tais como: documentos de habilitação, prazos, critérios de julgamento, regime de execução, previsão ou não de reajustamento de preços, garantias e outras julgadas necessárias;

XIX. **Homologação** - ato pelo qual o responsável pela área de contratações, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da Seleção de Fornecedores;

XX. Adjudicação - o ato pelo qual o responsável pela área de contratações, após verificar a conveniência e oportunidade da proposta e da contratação, atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado;

XXI. Serviços técnicos profissionais - são estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos executivos; pareceres, perícias e avaliações em geral; assessoria, defesa e acompanhamento jurídicos, consultivos ou contenciosos, assessoria técnica, contábil, econômica, financeira, em tecnologia informação e comunicação, ou em gestão da informação; ou prestação de serviços assistenciais em saúde.

Parágrafo único. A Contratação Integrada prevista no inciso X pode compreender a elaboração e o desenvolvimento dos projetos básico e executivo e/ou fornecimento de bem.

CAPÍTULO III

ALIENAÇÃO

Art. 4º. É vedada a alienação de bens imóveis pertencentes aos parceiros públicos com os quais o Instituto Alcance tenha Termo de Colaboração ou Termo de Fomento firmado.

Art. 5º. A alienação de bens do Instituto Alcance será precedida de avaliação e obedecerá às seguintes regras:

I. quando imóveis, pertencentes ao Instituto Alcance, dependerá de avaliação prévia e autorização do Conselho de Administração, dispensada a Seleção nos seguintes casos de dação em pagamento; doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, ensino ou científico; e permuta.

II. quando móveis, administrados ou pertencentes ao Instituto Alcance, dependerá de avaliação prévia e autorização da Diretoria Executiva, dispensada a Seleção nos seguintes casos de dação em pagamento; doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, ensino ou científico; e permuta.

§ 1º. A alienação de bens móveis pertencentes aos parceiros públicos com os quais o Instituto Alcance tenha Contrato de Gestão firmado e administrados pelo Instituto Alcance dependerá, além da avaliação prévia, de expressa autorização do Poder Público.

§ 2º. Aplica-se, no que couber, ao processo de Seleção nos casos de Alienação as disposições da Seleção de Fornecedores.

CAPÍTULO IV

SELEÇÃO DE FORNECEDORES

Art. 6º. A Seleção de Fornecedores será realizada em cinco modalidades distintas:

- I. Convocação Geral, promovida por publicação com antecedência mínima de 7 (sete) dias;
- II. Pedido de Cotação, promovido por comunicação, física ou eletrônica;
- III. Mercado Eletrônico, promovido por publicação com antecedência mínima de 7 (sete) dias;
- IV. Cotação Eletrônica, promovida por publicação eletrônica com antecedência mínima de 3 (três) dias.
- V. Leilão, promovido por publicação com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

§ 1º. Quando se tratar de bens ou serviços, caberá realizar:

- I. Convocação Geral ou Mercado Eletrônico, se o valor estimado for igual ou superior a R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais); e
- II. Pedido de Cotação ou Cotação Eletrônica, se o valor estimado for inferior a R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais).

§ 2º. Quando se tratar de obras ou contratações integradas, caberá realizar:

- I. Convocação Geral ou Mercado Eletrônico, se o valor estimado for igual ou superior a R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais).
- II. Pedido de Cotação ou Cotação Eletrônica, se o valor estimado for inferior a R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais).

§ 3º. Quando se tratar de alienação, caberá realizar Leilão se o valor estimado for igual ou superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

§ 4º. Os valores referidos no § 1º e § 3º, I deste artigo referem-se ao mês de novembro de 2018 e serão atualizados anualmente de acordo com a variação do IGP- M - Índice Geral de Preços de Mercado ou por outro índice econômico que o substitua.

§ 5º. Os valores referidos no § 2º e § 3º, II deste artigo referem-se ao mês de novembro de 2018 e serão atualizados anualmente de acordo com a variação do

INCC - Índice Nacional da Construção Civil, ou por outro índice econômico que o substitua.

§ 6º. No Pedido de Cotação ou da Cotação Eletrônica:

I. A validade não ficará comprometida pela não apresentação de no mínimo 3 (três) propostas válidas ou pela impossibilidade de convidar o número mínimo previsto para a modalidade, desde que justificada por limitação de mercado, inexistência ou manifesto desinteresse dos possíveis interessados na praça;

II. Caso o objeto seja idêntico ou assemelhado, para evitar que participem sempre os mesmos interessados, um interessado a mais, no mínimo, deve ser convidado para cada repetição da Seleção de Fornecedores.

§ 7º. As modalidades de que tratam os incisos I e III do caput, sem prejuízo de poderem ser divulgados no sítio eletrônico do Instituto Alcance ou da unidade solicitante na rede mundial de computadores, terão publicados, em jornal diário de circulação local ou no Diário Oficial do Estado, os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos integrais.

§ 8º. Além do disposto no § 7º, havendo declarada necessidade nos autos, poder-se-á dar publicidade em outras modalidades de mídias nacional de modo a ampliar a área de competição.

Art. 7º. O valor de referência para contratação ou definição da modalidade de Seleção de Fornecedores será o Banco de Preços do Instituto Alcance ou, na ausência de valores no banco, o obtido em pesquisa de preços.

Art. 8º. O Banco de Preços do Instituto Alcance objetiva subsidiar a realização de estimativa de preço para a contratação de obras, bens ou serviços, bem como fornecer elementos para o julgamento de preços e adjudicação pelo Instituto Alcance.

§ 1º. O Banco de Preços do Instituto Alcance armazenará os preços praticados pelo Instituto Alcance, bem como os coletados na forma do art. 9º.

§ 2º. Os preços ficarão armazenados na base de dados do sistema por um período de até 24 (vinte e quatro) meses e serão atualizados por meio de índices de preços previstos nos §§ 4º e 5º do art. 6º.

Art. 9º. A pesquisa de preços para alimentação do Banco de Preços ou contratação de obras, bens ou serviços será realizada mediante a utilização dos seguintes parâmetros:

- I. banco ou portal de preços mantido por entes públicos, outras entidades paraestatais, outras organizações sociais, entidades de colaboração, ou prestadores de serviços especializados, registrando-se a data e hora de acesso;
- II. pesquisa publicada em mídia especializada;
- III. sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que contenha a data e hora de acesso;
- IV. atas de Registros de Preços vigentes de entes públicos, de outras entidades paraestatais, outras organizações sociais ou de entidades de colaboração;
- V. contratações similares de entes públicos, outras organizações sociais, ou entidades de colaboração, em execução ou concluídos nos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data da pesquisa de preços;
- VI. sítios eletrônicos de leilão ou de intermediação de vendas;
- VII. serviços de coleta de preços contratados pelo poder público nas diversas esferas e poderes;
- VIII. outras formas ou instrumentos de apresentação de preços de fornecedores de domínio amplo, desde que contenha a fonte;
- IX. pesquisa direta com potenciais fornecedores, inclusive por meio Eletrônico.

§ 1º. A pesquisa de preços deverá contemplar pelo menos três preços para cada item de material ou serviço ou obra, identificados por meio de um ou de mais parâmetros indicados no caput.

§ 2º. Somente serão admitidos os preços cujas datas não se diferenciem em mais de 180 (cento e oitenta) dias.

§ 3º. Excepcionalmente, mediante justificativa da área de contratação, será admitida a pesquisa com menos de três preços ou fornecedores, desde que fique demonstrado limitação de mercado ou manifesto desinteresse de pessoas para apresentar proposta.

Art. 10. O Instituto Alcance disponibilizará no seu sítio eletrônico na rede mundial de computadores Cadastro de Fornecedores, para pessoas naturais ou jurídicas interessadas em participar de Seleções de Fornecedores ou de Contratações do Instituto.

Art. 11. O Ato Convocatório deverá conter os elementos necessários para a elaboração da proposta, modalidade e prazo, bem como as demais regras aplicáveis no processamento e julgamento da proposta e na execução do contrato.

§ 1º. O Ato Convocatório poderá definir outras regras além das previstas neste regulamento.

§ 2º. Caso o Ato Convocatório sofra qualquer modificação, deverá haver divulgação pela mesma forma, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando a alteração não afetar a formulação das propostas.

Art. 12. O objeto a ser contratado deverá ser definido de forma precisa e clara, preferencialmente padronizada, excluindo-se os excessos que restrinjam indevidamente a competição, de forma a evitar a comparação entre obras, bens ou serviços não equivalentes.

Parágrafo único. No caso de aquisição de equipamentos, a discriminação de parte e peças somente deverá ser realizada se indispensável ou economicamente adequada para o Instituto Alcance, mediante justificativa da Diretoria Executiva.

Art. 13. O Instituto Alcance, na Seleção de Fornecedores para aquisição de bens, poderá:

- I. indicar marca ou modelo, nas seguintes hipóteses:
 - a) em decorrência da necessidade de padronização do objeto;
 - b) quando determinada marca ou modelo comercializado por mais de um fornecedor constituir o único capaz de atender o objeto do contrato;
 - c) quando for necessária, para compreensão do objeto, a identificação de determinada marca ou modelo apto a servir como referência, situação em que será obrigatório o acréscimo da expressão "ou similar ou de melhor qualidade";
- II. exigir amostra do bem no procedimento de pré-qualificação e na fase de julgamento das propostas ou de lances;
- III. solicitar a certificação da qualidade do produto ou do processo de fabricação, inclusive sob o aspecto ambiental.

Parágrafo único. O Ato Convocatório poderá exigir, como condição de aceitabilidade da proposta, a adequação às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ou a certificação da qualidade do produto por instituição

credenciada pelo Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Sinmetro).

CAPÍTULO V

REGISTRO DE PREÇOS

Art. 14. O Registro de Preço, sempre precedido de Convocação Geral ou de Mercado Eletrônico, poderá ser utilizado nas seguintes hipóteses:

- I. quando for mais conveniente que a aquisição demande entrega ou fornecimento parcelado;
- II. quando, pelas características da obra, do bem ou do serviço, houver necessidade de aquisições ou contratações frequentes;
- III. quando houver dificuldade de estabelecer, previamente, o quantitativo exato para o atendimento das necessidades.

Art. 15. A vigência do Registro de Preço, limitada a 12 meses, deverá estar prevista no Ato Convocatório, podendo ser prorrogada, no máximo uma vez, por igual período, desde que pesquisa de mercado demonstre que o preço se mantém vantajoso.

Art. 16. Adjudicado o resultado da Seleção de Fornecedores, o participante que ofertou o preço a ser registrado será convocado para assinar o respectivo instrumento, no qual deverá constar, dentre outras condições, o seu compromisso de entregar os bens ou realizar as obras ou os serviços na medida das necessidades que lhe forem apresentadas, observado o disposto no art. 28.

Parágrafo único. Previamente à homologação do resultado da Seleção de Fornecedores para o Registro de Preços, poderá ser exercitado o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de otimizar resultados em termos de qualidade e preço, conforme previstos nos arts. 20, VIII e 21, XVI.

Art. 17. O registro de preço não importa direito subjetivo à contratação de quem ofertou o preço registrado, sendo facultada a realização de contratações de terceiros sempre que houver preços mais vantajosos.

- Art. 18. Será cancelado o registro de preço firmado se o titular do preço registrado:
- I. descumprir as condições assumidas no instrumento por ele assinado;
 - II. não aceitar reduzir o preço registrado, quando se tornar superior ao praticado pelo mercado;
 - III. quando, justificadamente, não for mais do interesse do Instituto Alcance.

CAPÍTULO VI

PROCESSAMENTO E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E RECURSOS

Art. 19. O procedimento de Seleção de Fornecedores será iniciado com a solicitação formal da contratação, na qual serão definidos o objeto, a estimativa de seu valor e a unidade solicitante, e à qual serão juntados oportunamente a autorização da despesa pela instância competente e todos os documentos pertinentes, a partir do Ato Convocatório, até o ato final de adjudicação.

Parágrafo único. Na contratação de obras e serviços de engenharia ou de contratação integrada, o objeto deverá ser especificado de forma que contenha o conjunto de elementos necessários, suficientes e adequados para caracterizar a obra ou o serviço ou o complexo de obras, bens ou serviços.

Art. 20. O procedimento de Seleção de Fornecedores será realizado uma comissão, observando-se, exceto nas de Mercado Eletrônico, Cotação Eletrônico ou Leilão Eletrônico, as seguintes fases:

- I. abertura, em dia e hora previamente designados, dos envelopes contendo as propostas, verificando-se sua conformidade com os requisitos do Ato Convocatório, desclassificando-se aquelas que não os tenham atendido;
- II. abertura, na sequência ou em dia e hora previamente designados, dos envelopes que contenham a documentação relativa à habilitação dos participantes, na ordem de classificação das propostas, com devolução aos inabilitados ou das não analisadas, de seus envelopes de maneira inviolável;
- III. julgamento das propostas classificadas, com a escolha daquela mais vantajosa para o Instituto Alcance, segundo os critérios estabelecidos no Ato Convocatório;

IV. encaminhamento das conclusões da comissão ao responsável pela área de contratação a que competir a homologação e a adjudicação do objeto ao participante vencedor;

V. comunicação do resultado conforme estabelecido no Ato Convocatório.

VI. se o participante classificado em primeiro lugar for inabilitado, após julgados eventuais recursos interpostos, proceder-se-á a abertura dos envelopes de habilitação dos participantes remanescentes, na ordem de classificação, obedecido o procedimento previsto neste artigo, para que o seguinte classificado que preencha as condições de habilitação seja declarado vencedor, nas condições de sua proposta.

VII. no caso de inabilitação de todos os participantes, poderá ser fixado novo prazo para a apresentação de novos documentos livres das causas que levaram à inabilitação.

VIII. previamente à adjudicação de uma proposta, a comissão, ou a área de contratação, poderá exercer o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de otimizar resultados em termos de qualidade e preço.

Art. 21. O procedimento de Seleção de Fornecedores nas modalidades de Mercado Eletrônico, Cotação Eletrônica ou Leilão Eletrônico, será observado as seguintes fases:

I. credenciamento prévio dos fornecedores participantes perante ao provedor do sistema eletrônico indicado no Ato Convocatório;

II. acesso dos participantes ao sistema eletrônico, mediante a utilização de chaves de identidade e de senhas individuais a serem fornecidas pelo provedor quando do credenciamento;

III. encaminhamento das propostas de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, observando os prazos, condições e especificações estabelecidos pelo Ato Convocatório;

IV. o Ato Convocatório poderá estabelecer que somente serão classificadas para a fase de lances a proposta de menor preço e as duas melhores propostas de preço subsequentes;

V. a comissão analisará as propostas de preços encaminhadas, desclassificando aquelas que não estiverem em consonância com o estabelecido pelo Ato Convocatório, cabendo ao responsável pelo procedimento registrar e disponibilizar a decisão no sistema eletrônico para acompanhamento em tempo real pelos participantes;

VI. da decisão que desclassificar as propostas de preços somente caberá pedido de reconsideração à própria comissão, a ser apresentado exclusivamente por meio do sistema eletrônico, acompanhado da justificativa de suas razões, no prazo máximo de 30 (trinta) minutos a contar do momento em que vier a ser disponibilizada no sistema eletrônico;

VII. a comissão decidirá no mesmo prazo, salvo motivos que justifiquem a sua prorrogação, cabendo ao responsável pelo procedimento registrar e disponibilizar a decisão no sistema eletrônico para acompanhamento em tempo real pelos participantes;

VIII. da decisão da comissão relativa ao pedido de reconsideração não caberá

IX. recurso;

X. iniciada a fase de lances, os autores das propostas classificadas poderão

XI. oferecer lances sem restrições de quantidade ou de qualquer ordem classificatória ou cronológica específica, mas sempre inferior ao seu último lance ofertado;

XII. todos os lances oferecidos serão registrados pelo sistema eletrônico, que indicará o lance de menor valor para acompanhamento em tempo real pelos participantes;

XIII. na hipótese de haver lances iguais prevalecerá, como de menor valor, o lance que tiver sido primeiramente registrado;

XIV. por iniciativa do responsável pelo procedimento, o sistema eletrônico emitirá aviso de que terá início prazo de até 30 (trinta) minutos para o encerramento da fase de lances, findo o qual estará automaticamente encerrada a recepção de lances;

XV. ordenados os lances em forma crescente de preço, o responsável pelo procedimento determinará ao autor do lance classificado em primeiro lugar, que encaminhe os documentos necessários à comprovação de sua habilitação, nos termos e nos prazos, condições e especificações estabelecidos pelo Ato Convocatório;

XVI. sendo a hipótese de inabilitação ou de descumprimento de exigências estabelecidas pelo Ato Convocatório, caberá à comissão autorizar o responsável pelo procedimento a convocar o autor do segundo menor lance e, se necessário, observada a ordem crescente de preço, os autores dos demais lances, desde que atendam ao critério de aceitabilidade estabelecido pelo Ato Convocatório;

XVII. declarado o participante vencedor pela comissão, o responsável pelo procedimento consignará essa decisão e os eventos ocorridos em ata própria, que

será disponibilizada pelo sistema eletrônico, encaminhando-se o processo à autoridade competente para homologação e adjudicação.

XVIII. previamente à adjudicação de uma proposta, a comissão, ou a área de contratação, poderá exercer o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de otimizar resultados em termos de qualidade e preço.

Parágrafo único. As propostas que, em razão dos critérios definidos no inciso IV, não integrarem a lista de classificadas para a fase de lances, também serão consideradas desclassificadas do certame.

Art. 22. As decisões referentes à habilitação, aos julgamentos e aos recursos serão comunicadas diretamente aos participantes e lavradas em ata, se presentes seus prepostos no ato em que for adotada a decisão, por publicação na forma prevista no Ato Convocatório, ou ainda por outro meio formal.

Parágrafo único. No Mercado Eletrônico ou Cotação Eletrônica os participantes serão considerados comunicados das decisões a partir do momento em que vierem a ser disponibilizadas no sistema eletrônico.

Art. 23. Será facultado à comissão, desde que previsto no Ato Convocatório, inverter o procedimento, inclusive na modalidade Mercado Eletrônico ou Cotação Eletrônica, abrindo primeiramente a fase de habilitação e, após, as propostas de preço dos participantes habilitados.

Art. 24. Poderão ser utilizados os seguintes critérios de julgamento:

- I. menor preço;
- II. maior desconto;
- III. melhor combinação de técnica e preço;
- IV. melhor técnica;
- V. melhor conteúdo artístico;
- VI. maior oferta de preço;
- VII. maior retorno econômico;
- VIII. melhor destinação de bens alienados.

§ 1º. Os critérios de julgamento serão expressamente identificados no Ato Convocatório e poderão ser combinados na hipótese de parcelamento do objeto.

§ 2º. No caso de parcelamento do objeto previsto no § 1º, deverá ser observada a busca da maior vantagem competitiva para o Instituto Alcance, considerando custos e benefícios, diretos e indiretos, de natureza econômica, social ou ambiental, inclusive os relativos à manutenção, ao desfazimento de bens e resíduos, ao índice de depreciação econômica e a outros fatores relevantes.

§ 3º. Na hipótese de adoção dos critérios referidos nos incisos III, IV, V e VII do caput deste artigo, o julgamento das propostas será efetivado mediante o emprego de parâmetros específicos, definidos no Ato Convocatório, destinados a limitar a subjetividade do julgamento.

§ 4º. Para efeito de julgamento, não serão consideradas vantagens não previstas no Ato Convocatório.

CAPÍTULO VII

DISPENSA E INEXIGIBILIDADE DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES

Art. 25. Poderá ser dispensada a Seleção de Fornecedores, mediante autorização da Diretoria, em especial:

I. emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao Instituto Alcance ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos;

II. urgência para o atendimento de situações comprovadamente imprevistas ou imprevisíveis, sem tempo hábil para se realizar a Seleção de Fornecedores;

III. grave perturbação da ordem ou calamidade pública;

IV. início de operacionalização de projeto ou unidade resultante da assinatura de contrato de gestão, devendo as contratações serem realizadas nos 60 dias após a publicação do contrato e terão vigência de até 180 dias, podendo ser prorrogada uma única vez por igual período.

V. contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento em consequência de rescisão, rescisão ou resolução contratual;

VI. operação que envolver concessionário de serviço público e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;

VII. não acudirem interessados à Seleção de Fornecedores ou as propostas apresentadas consignarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado e esta não puder ser repetida sem prejuízo para o Instituto Alcance;

- VIII. contratação com órgãos e entidades integrantes da Administração Pública, entidades paraestatais ou de colaboração, quando o objeto do contrato for compatível com as atividades finalísticas do contratado;
- IX. contratação de entidade incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, científico ou tecnológico, desde que sem fins lucrativos;
- X. aluguel ou aquisição de imóveis destinados a uso próprio;
- XI. aquisição ou restauração de obras de arte e objetos históricos, de autenticidade certificada, desde que compatíveis ou inerentes às finalidades do Instituto Alcance;
- XII. tratar-se de compra de gêneros alimentícios perecíveis;
- XIII. compras ou execução de serviços que envolverem valores estimados inferiores a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), e de obras ou contratações integradas que envolverem valores estimados inferiores a R\$ 150.000,00 (cem e cinquenta mil reais), valores estes referentes ao mês de janeiro de 2024 e que serão atualizados anualmente conforme estabelecido nos §§ 4º e 5º do art. 6º, respectivamente;
- XIV. alienações que envolverem valores estimados inferiores a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), valores estes referentes ao mês de janeiro de 2024, e que serão atualizados anualmente conforme estabelecido nos § 4º do art. 6º;
- XV. aquisição de equipamentos ou produtos cujas características técnico-científicas sejam específicas em relação a objetivos a serem alcançados em projetos ou programas relacionados a pesquisa, desenvolvimento ou inovação;
- XVI. aquisição de componentes ou peças necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto a fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição for indispensável para a vigência da garantia;
- XVII. contratação de serviços de manutenção em que seja pré-condição indispensável para a realização da proposta a desmontagem do equipamento;
- XVIII. contratação de pessoas naturais ou jurídicas para ministrar cursos ou prestar serviços de instrução vinculados às atividades finalísticas do Instituto Alcance;
- XIX. contratação de cursos abertos, destinados a treinamento e aperfeiçoamento dos empregados do Instituto Alcance;
- XX. contratação de pessoas jurídicas para realização de processos de recrutamento e seleção de pessoal;
- XXI. contratação de pessoas naturais ou jurídicas para prestação de serviços de plantão ou sobreaviso;

XXII. contratação de empresa que tenham preços registrados em ata válida de outras entidades paraestatais, de organizações sociais, de entidades de colaboração ou em órgãos ou entidades públicas, em âmbito federal, estadual, distrital ou municipal, desde que o objeto seja de interesse do Instituto Alcance, mediante justificativa da área responsável e aprovação da Diretoria Executiva, independentemente de consulta ao órgão ou entidade titular da ata.

Art. 26. Para as aquisições realizadas com fundamento no inciso XXI do art. 25 o quantitativo não poderão exceder a 100% (cem por cento) dos quantitativos registrados na Ata de Registro de Preços, objeto da adesão; bem como na hipótese do inciso XII, poderá ser utilizado suprimento de fundos para o pagamento da contratação, devendo ser prestadas contas, mensalmente, de sua utilização.

Art. 27. A Seleção de Fornecedores será inexigível quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I. na aquisição de materiais, equipamentos, gêneros ou serviços diretamente de produtor, cooperativa, fornecedor ou representante exclusivo;

II. na contratação de serviços com pessoa física ou jurídica especializadas, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado, bem como para os serviços de assessoria e consultoria jurídica, de comunicação, de acreditação ou certificação de qualidade;

III. na contratação de profissional de qualquer setor artístico;

IV. na permuta ou doação

CAPÍTULO IX CONTRATOS

Art. 28. O instrumento de contrato é obrigatório nas contratações regidas por este Regulamento salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta-contrato, fatura, autorização de fornecimento ou documento equivalente.

Parágrafo único. Nos casos de dispensa e inexigibilidade, o documento que substituir o contrato a que se refere o caput deste artigo deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Art. 29. Os contratos serão escritos, suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação da obra, bem ou serviço, conforme o caso, o preço ajustado, o prazo de execução, as garantias e penalidades, além de outras previamente estabelecidas no Ato Convocatório.

Parágrafo único. Os contratos terão prazo determinado, não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais prorrogações, o prazo do contrato de gestão ao qual está vinculada a contratação.

Art. 30. A prestação de garantia, quando prevista no Ato Convocatório, limitada a 5% (cinco por cento) do valor do contrato, e à escolha do prestador, consistirá em:

- I. caução em dinheiro;
- II. fiança bancária; ou
- III. seguro garantia.

Art. 31. O contrato poderá prever pagamento parcial antecipado.

Art. 32. O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no Ato Convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, mediante prévia comunicação ao Instituto Alcance, sendo vedada a subcontratação com empresa que tenha participado do procedimento de Seleção de Fornecedores.

Parágrafo único. O contratado poderá se utilizar de qualquer forma de contratação admitida na legislação trabalhista brasileira, não gerando essas contratações responsabilidade solidária ou subsidiária para o Instituto Alcance.

Art. 33. As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos.

Art. 34. Os contratos poderão, mediante justificativa, nas mesmas condições contratuais, ser aditados com acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 1/3 (um terço) do valor inicial atualizado do contrato, e, no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 3/5 (três quintos) para os seus acréscimos.

Parágrafo único. Os contratos celebrados poderão ser revisados ou ajustados a qualquer momento, com a finalidade de otimizar resultados em termos de qualidade e preço, em compatibilidade com a realidade de mercado, desde que seja vantajoso para o Instituto Alcance.

Art. 35. O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Ato Convocatório, no contrato e neste regulamento.

§ 1º. Nos casos em que a formalização da contratação de ser de firma diversa do instrumento contratual, o documento que substituir o contrato a que se refere o caput deste artigo deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

§ 2º. Clausula do contrato deverá prever que a contratante se obriga a manter o fornecimento de bens e serviços por, no mínimo, 30 dias ou até a celebração de contrato com outro fornecedor.

Art. 36. Os contratos celebrados poderão ser revisados ou ajustados, unilateralmente, a qualquer momento, para:

- I. redução de valores;
- II. revisão das quantidades, mediante justificativa, vedada a ampliação dos valores unitários;
- III. ajuste de prazos de início de etapas de execução, de conclusão e de entrega, quando necessário, em razão de fatos supervenientes;
- IV. ajuste do objeto por outros correlatos ou similares, mediante justificativa, quando for mais vantajoso para a gestão e operação das atividades;
- V. reequilíbrio econômico-financeiro.

Art. 37. O contrato deverá prever que o contratado fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras.

Art. 38. O contrato deverá ser extinto nos casos de impossibilidade material ou jurídica de execução do objeto.

Art. 39. Os resumos dos contratos ou de outros documentos de despesas na forma do art. 28, bem como de seus termos aditivos, deverão ser publicados no sítio eletrônico do Instituto Alcance ou da unidade solicitante na rede mundial de computadores, ao menos trimestralmente, permanecendo disponíveis por no mínimo 2 (dois) anos ou outro prazo que o contrato de gestão vier a obrigar o Instituto Alcance.

CAPÍTULO X RECURSOS E PENALIDADES

Art. 40. Os fornecedores poderão recorrer dos atos praticados pelo Instituto Alcance, no prazo de dois dias úteis a contar da divulgação do resultado, nos casos de:

- I. resultado do processo de Seleção de Fornecedores;
- II. indeferimento do pedido de inscrição no Cadastro de Fornecedores, sua alteração ou cancelamento;
- III. rescisão, resilição ou resolução do contrato, por descumprimento de suas cláusulas;
- IV. penalidade aplicada.

Art. 41. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar as seguintes penalidades, assegurado o direito de defesa:

- I. advertência;
- II. multa, na forma prevista no Ato Convocatório ou no contrato;
- III. glosa ou abatimento do valor a ser pago
- IV. suspensão de participação em Seleção de Fornecedores e impedimento de contratar com o Instituto Alcance, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

V. solicitação aos órgãos governamentais competentes da caracterização de inidoneidade quando pertinente.

Art. 42. A recusa injustificada em assinar o contrato, o instrumento de registro de preços ou em retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao participante da Seleção de Fornecedores as seguintes penalidades, na forma prevista no Ato Convocatório:

- I. perda da contratação, sem prejuízo à indenização ao Instituto Alcance por danos causados pela recusa;
- II. perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Ato Convocatório;
- III. suspensão do direito de participar de Seleção de Fornecedores ou contratar com o Instituto Alcance, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

Art. 43. As Sanções previstas nos arts. 41 e 42 poderão ter efeito cumulativo.

CAPÍTULO XI DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44. Os atos regulamentares necessários ao cumprimento deste regulamento, ressalvados os casos de competência do Conselho de Administração, serão baixados pela Diretoria Executivo do Instituto Alcance, inclusive a forma de requisição interna de bens e serviços.

Art. 45. É vedada a abertura de novo processo de Seleção de Fornecedores para contratação de obras, bens e serviços, no prazo de três meses da data de celebração do contrato ou de outro documento na forma do art. 28, salvo por ato justificado pela unidade solicitante.

§ 1º. Caso seja necessário fazer nova contratação enquadrada no caput, deverá ser apurada a causa, e se for o caso, identificada a responsabilidade.

§ 2º. Não se enquadram no disposto no caput, obras, bens e serviços que, pela sua característica ou do mercado, bem como pela validade ou perecibilidade, tenham que ser adquiridos em periodicidades inferiores.

§ 3º. A observância do disposto neste artigo não configura fracionamento.

Art. 46. A modalidades de Seleção de Fornecedores Mercado Eletrônico, Cotação Eletrônica ou Leilão Eletrônico deverão ser implantadas em até 1 (um) ano após a aprovação deste Regulamento.

Art. 47. Os prazos estabelecidos neste regulamento são contados em dias corridos, excluindo-se o dia do início e incluindo-se o do vencimento, somente se iniciando e vencendo em dia de expediente no Instituto Alcance.

Art. 48. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva do Instituto Alcance, que poderá solicitar auxílio da Assessoria Jurídica.

Art. 49. A Lei nº 14.133/2021, e demais leis ou normativos federais, estaduais, municipais ou distritais de licitações e contratos públicos não se aplicam, nem de forma complementar ou subsidiária, ao processo de contratações do Instituto Alcance.

Art. 50. O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração e submetido a apreciação dos órgãos que o contrato de gestão firmado entre o Instituto Alcance e o Poder Público determinar, se for o caso, e, após a aprovação desse, publicado no Diário Oficial, na forma exigida no contrato de gestão, termo de parceria, termo de fomento ou termo de cooperação firmado.

Parágrafo único. O regulamento próprio de compras e contratações deverá estar disponível no sítio eletrônico do Instituto Alcance na rede mundial de computadores.

3.11. Apresentar Proposta de Educação Permanente em Saúde que contemple a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde

3.11.1. Introdução

A formação do Técnico em Enfermagem é de caráter generalista, que lhe possibilita atuar em diferentes níveis de atenção em saúde. Ao analisarmos a realidade de trabalho desses profissionais, podemos constatar que os mesmos, desempenham suas funções em áreas altamente especializadas como Unidade de Terapia Intensiva, Pronto-Socorro e apresentam uma formação básica que, pela carga horária e as características do currículo, não oferecem embasamento suficiente para atuarem em determinadas áreas de atendimento especializado, além de muitas vezes serem preparados para desempenhar suas funções no próprio serviço e durante o horário de trabalho.

Os profissionais que atuam no atendimento pré - hospitalar (APH) carece de preparação específica, pois este é um tema relativamente novo nesse meio e pouco enfatizado nos cursos de graduação (medicina e enfermagem) e de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem).

As urgências e emergências sejam elas clínicas ou traumáticas representam um fator de risco de vida importante quando não atendidas em tempo hábil e de maneira adequada, exigindo dessa forma, intervenção competente, segura e livre de risco.

O desenvolvimento desses serviços culmina com a necessidade de profissionais qualificados que atendam as especificidades do cuidado de enfermagem a ser realizado durante o atendimento pré-hospitalar ou a remoção inter-hospitalar, com vistas à prevenção, proteção e recuperação da saúde.

3.11.2. Objetivo geral

Qualificar os profissionais Técnicos em Enfermagem na área de Urgência e Emergência, no contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, promovendo a qualidade da

assistência de acordo com os princípios da integralidade e das diretrizes da Política Nacional de Humanização, garantindo o fortalecimento dos serviços de saúde da UPA Dr. Jamil Sebba (UPA).

3.11.3. Fundamentação teórica

3.11.3.1. Educação continuada e educação permanente

Os conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente estão pautados aos diferentes modelos de atenção à saúde implantados no Brasil.

A Organização Panamericana de Saúde (OPS) em 1978, já definia a educação continuada como um processo permanente de educação, que vem complementar a formação básica e que tem como principal objetivo atualizar e melhorar capacidades de pessoas ou grupos, frente às mudanças técnicas e científicas e as necessidades sociais (OPS, 1978). Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde referenda esta proposição ao enunciar que a educação continuada é um processo que inclui todas as experiências posteriores à formação inicial (OMS, 1982).

A Educação Permanente em Saúde é indicada como uma nova forma de transformar os serviços, trabalhando com todos os colaboradores envolvidos com a saúde, oferecendo meios para que alcancem a resolutividade dos problemas que surgem e conseqüentemente alcancem estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade. A educação permanente em saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população (MASSAROLI, SAUPE, 2008).

O Ministério da Saúde considera que, no processo de Educação Permanente em Saúde, o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação

das práticas. A Educação Permanente proporciona mudança das práticas, rompe com paradigmas predominantes no ambiente de trabalho (BRASIL, 2005).

Por tanto, a Educação Permanente em Saúde é compreendida como uma atualização cotidiana das técnicas, seguindo as novas contribuições teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, colaborando para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais.

De acordo com Magalhães Júnior (2010), a capacitação dos recursos humanos da área da saúde, em especial as equipes de urgência e emergência, é algo imprescindível, tendo em vista as características do seu processo de trabalho, onde a rapidez e a precisão dos diagnósticos e intervenções é fator determinante na manutenção da vida dos usuários e na redução de seus sofrimentos. Assistir pacientes que estão em situações graves exige treinamento e experiência mais especializada por parte da enfermagem (SMELTZER e BARE, 2005)

3.11.3.2. Unidades de urgência e emergência

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve crescimento da demanda por atendimentos desses serviços devido, principalmente, ao aumento no número de acidentes e violência urbana, e conseqüentemente se faz necessário um atendimento rápido e especializado em prestar assistência a estas vítimas.

Para promover este atendimento, são enviadas ambulâncias de suporte básico e avançado, de acordo com o quadro da vítima, contando ainda com equipes de saúde, altamente qualificadas, mostrando que este cuidado reduz o número de óbitos e suas complicações atribuídas a ausência de socorro imediato e adequado. A assistência em situações de emergência e urgência se diferencia pela necessidade de um paciente ser atendido em um brevíssimo espaço de tempo, ou seja, compreendem situações onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato.

Assim, pode-se afirmar que o atendimento hospitalar às pessoas vítimas de acidentes e violências congrega de um modo bastante complexo, estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados para intervir nas diferentes situações de emergência. A isto acrescenta-se o fato de que as emergências são a principal porta de entrada desses pacientes no hospital; considerando a gravidade das lesões, a assistência demandará ações de diferentes serviços e poderá exigir um tempo considerável de internação, acarretando um custo elevado (DESLANDES, 2002; MINAYO, 2007).

O reconhecimento dos sinais e sintomas que demonstram gravidade nos pacientes em especial da faixa etária pediátrica e adolescente é de suma importância no prognóstico. Vários sinais e sintomas podem estar presentes, mas, algumas vezes, o evento pode ser súbito. (MELO, VASCONCELLOS, 2005).

3.11.4. Metodologia

3.11.4.1. Local onde será realizada a intervenção

A intervenção será realizada na UPA Dr. Jamil Sebba, em Catalão (GO).

3.11.4.2. Sujeitos envolvidos na intervenção

Será envolvida na intervenção, a gerente de enfermagem, o coordenador da comissão de controle de infecção hospitalar do hospital, um assessor técnico e pedagógico e o mediador/facilitador para realização das aulas teóricas e práticas.

3.11.4.3. Procedimentos

O Curso de Capacitação em Urgência e Emergência será realizado em trinta encontros presenciais que compreende uma carga horária de 120 horas de teorização] e dez encontros para realização das dispersões (60 horas) com o objetivo de qualificar os profissionais Técnicos em Enfermagem na área de Urgência e Emergência, no contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, promovendo a qualidade da assistência de

acordo com os princípios da integralidade e das diretrizes da Política Nacional de Humanização, garantindo o fortalecimento dos serviços de saúde na UPA.

O curso de Capacitação em Urgência e Emergência compõe-se de três Eixos:

Eixo I - Conhecendo o sistema de atenção às urgências e emergências do Sistema Único de Saúde.

Reconhecer as Políticas Públicas de Saúde, bem como o gerenciamento e o processo de trabalho da enfermagem no sistema de atenção às urgências e emergências.

Eixo II – Fundamentando a Biossegurança no Atendimento às Urgências e Emergências.

Prestar cuidados de enfermagem fundamentados nos princípios de segurança do paciente, saúde do trabalhador e no cuidado com o meio ambiente em situações de urgência e emergência.

Eixo III – Prestando Cuidados de Enfermagem ao Cliente no Sistema de Atenção às Urgências e Emergências

Desenvolver ações de enfermagem de média e alta complexidade a clientes no sistema de atenção à urgência e emergência, em todo ciclo vital, nos agravos clínicos, cirúrgicos ou traumáticos conforme os protocolos vigentes.

O curso será ministrado no período matutino e vespertino e terá 4 horas de duração cada encontro.

Segue abaixo a proposta de cronograma das atividades que serão realizadas no decorrer da execução do Curso de Capacitação:

Ação/atividade	Mês								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Início das atividades de construção do Projeto de Intervenção.	X								
Conversa com a Diretoria Geral e Gerência Administrativa da UPA sobre o Projeto de Intervenção	X								
Elaboração da programação dos encontros		X							
Entrega dos convites e sensibilização dos participantes			X						
Organização dos materiais e insumos			X						
Reunião com os funcionários da Escola de Saúde para apresentação do Projeto de Intervenção.				X					
Realização dos encontros de concentração na sala de aula					X	X	X		
Realização das atividades de dispersão							X	X	
Realização do relatório de execução do curso									X
Finalização do Projeto de Intervenção									X

Durante os encontros serão trabalhadas diferentes as metodologias ativas que objetivam ampliar, aprofundar, fortalecer e desenvolver a criatividade e as potencialidades dos técnicos de enfermagem, estimulando a sua participação no processo de ensino aprendizagem, por meio dos conhecimentos prévios, de suas histórias de vida, das emoções e das vivências em seu dia-a-dia no processo de trabalho, sendo este, a fonte e o fim das reflexões.

Nessa perspectiva e, no universo das metodologias ativas, a indicação proposta para o Curso de Capacitação de Nível Técnico em Urgência e Emergência são as metodologias da problematização, porque entendemos que a aprendizagem se constrói não apenas por meio do conhecimento, mas envolve prática cotidiana (BERBEL, 1998).



As atividades pedagógicas proposta para este curso objetivam ampliar, aprofundar, fortalecer e desenvolver a criatividade e as potencialidades dos educandos, estimulando a sua participação no processo de ensino aprendizagem, por meio dos conhecimentos prévios, das emoções e das vivências em seu dia-a-dia no processo de trabalho, sendo este, a fonte e o fim das reflexões.

O curso acontecerá em dois momentos. O primeiro será de concentração na sala de aula, e tem como objetivo a problematização das práticas assistenciais levando os técnicos a relacioná-la com o referencial teórico do curso, através de um processo reflexivo dialógico. O segundo, desenvolvido em atividades de dispersão e/ou estágio, oportunizará ao educando, o estabelecimento da relação entre teoria e prática, na atuação das atividades dos serviços.

A dispersão é um momento em que o educando tem a oportunidade, no ambiente real dos serviços de saúde, mobilizar as habilidades, conhecimentos e valores/attitudes para atuação na vivência profissional, não pode restringe-se somente a evidências, da dimensão técnica instrumental da competência, esquecendo-se de que a produção e prestação dos serviços de saúde envolvem outras dimensões como organizacionais, comunicacionais e sociopolíticas.

A dispersão será desenvolvida dentro da unidade, com outros profissionais que não foram selecionados ou não puderam participar do curso.

3.11.4.4. Avaliação

A aprendizagem do aluno será avaliada com fins a ajudar no seu desenvolvimento pessoal, propiciando sua integração consigo mesmo e ajudando-o na apropriação de aprendizagens significativas, considerando a condição de aluno/trabalhador em formação e, verificadas as competências durante o processo de aprendizagem.

A avaliação das competências manterá o foco nas evidências do desempenho profissional, visíveis em situações bem próximas à realidade do aluno, que ocorre em

tempo previamente definido, pois a observação do desempenho permite ao mediador identificar a utilização que o aluno faz daquilo que sabe (habilidades e saberes articulados e mobilizados), dentro das perspectivas diagnóstica, dialógica e processual, ou seja : detectando os conhecimentos que os alunos já possui como forma de valorizar suas experiências e adequar o processo de ensino- aprendizagem; Ouvindo os educandos em todas as etapas de construção do conhecimento, como também envolvendo observação e análise de desempenhos dos mesmos nos vários momentos do processo ensino- aprendizagem, objetivando atingir o perfil profissional desejado e, assim examinar o grau de envolvimento dos alunos com o conteúdo programático.

As atividades desenvolvidas no ambiente dos serviços de saúde serão supervisionadas por profissionais docentes, especializados na temática desenvolvida. Para evitar a disparidade entre teoria e prática, haverá encontros regulares entre os profissionais que desenvolvem os momentos presenciais e os profissionais que acompanham as atividades de dispersão. Nos encontros, será discutida a competência a serem desenvolvidos, os conteúdos pragmáticos, bem como os valores e atitudes a serem articulados e mobilizados durante o processo de formação.

3.11.4.5. Considerações finais

Ao avaliar a dimensão dos serviços de emergência verifica-se que existe uma apreciação do profissional de saúde que atua nesta área, por se tratar de um dos profissionais da área da saúde que precisa diariamente ampliar seus conhecimentos, pois a constante evolução nas formas de assistência e dos equipamentos hospitalares utilizados para prestar o cuidado ao paciente, como também enfrentam situações muito específicas e são particularmente vulneráveis, já que em seu cotidiano convivem com o contínuo sofrimento humano na luta contra o tempo para salvar vidas.

O Curso de capacitação para atuar nas unidades de emergência é extremamente importante para o exercício da enfermagem nestes setores que lidam com pacientes em iminente risco de vida, em especial crianças e adolescentes, pois o reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade é prioridade, e na grande maioria das vezes o atendimento apresenta grande demanda e pequenos detalhes faz a diferença. Acredito



que a segurança para tomar decisão certa, diante de um paciente grave é obtida com a experiência e a qualificação profissional.

Ao término desta capacitação, acredito que o profissional Técnico em Enfermagem, com Capacitação em Urgência e Emergência, deverá ser capaz de trabalhar de forma multidisciplinar, integrando uma equipe de enfermagem que atue nas áreas de urgência, emergência e trauma.

3.11.4.6. Referências

BERBEL NAN. Metodologia da problematização. Experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica. Londrina (PR): Ed. UEL; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado. Brasília: SGTES, 2005

CICONET RM, MARQUES GQ, LIMA MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 659-666, jul/set. 2008 .

DESLANDES SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

GENTIL RC, RAMOS LH, WHITAKER IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 192-197, mar/abr. 2008.

MAGALHÃES JÚNIOR, HM. Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MASSAROLI A, SAUPE R. Distinção Conceitual: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Em: Organização do trabalho de enfermagem: produção do conhecimento e ação política. Anais do 2º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem - 2º SITEEn; 2008 Abr. 17-19; Curitiba. p. 1-4. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEEn/Arquivos/N.045.pdf>

MELO MC, VASCONCELLOS, MC (Org.) Atenção às urgências e emergências em pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005.

MESQUITA FILHO M, MELLO-JORGE MHP. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. Rev Bras Epidemiologia 2007; 10(4):679-91.

MINAYO MCS, DESLANDES SF (Org.). Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Proyecto regional de educación permanente en salud. Washington, 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Continuando la educación de los trabajadores de salud: principio e guías para el desarrollo de un sistema. Ginebra, 1982.

SMELTZER, S BARE, BG. Brunner e Suddarth -Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

3.12. Proposta de Pesquisa Periódica/Contínua de Satisfação do Servidor, com definição de uso das informações

3.12.1. Estrutura e funcionamento do SAU

O SAU contará com sala própria localizada nas Unidades, o que garantirá acesso rápido e fácil ao serviço. Será coordenado por profissional dedicado, com apoio do Serviço Social, o que garantirá a efetividade dos encaminhamentos à diretoria e equipe envolvida.

O serviço será responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, que por meio de questionário eletrônico estruturado disponibilizado em todos os setores das Unidades, avaliará a qualidade do serviço prestado sob a ótica dos usuários, destacando-se que o modelo da pesquisa será enviado à SMS para análise e aprovação.

3.12.2. Fluxo de implantação do SAU

A implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na UPA será um processo multifacetado, que abrangerá diversas fases, cada uma com seus próprios processos e objetivos específicos. De modo sucinto, segue descritivo da Implantação abaixo:

1. Planejamento e Diagnóstico

- **Processo:** Realização de levantamento das necessidades e expectativas dos usuários, identificação de gargalos no atendimento existente e definição de metas.
- **Alcance:** Estabelecimento de políticas e diretrizes para o SAU, definição de indicadores de desempenho e metas de qualidade.

2. Treinamento e capacitação

- **Processo:** Desenvolvimento de programas de treinamento para a equipe, abordando habilidades de comunicação, resolução de conflitos e empatia.
- **Alcance:** Capacitação dos profissionais de saúde e administrativos para oferecer um atendimento mais humanizado e eficiente.

3. Infraestrutura e tecnologia

- **Processo:** Avaliação e adequação da infraestrutura física para receber o SAU, implementação de sistemas de gestão de atendimento e tecnologias de comunicação.
- **Alcance:** Melhoria da eficiência operacional e otimização dos processos de atendimento ao usuário por meio da tecnologia.

4. Comunicação e divulgação

- **Processo:** Desenvolvimento de campanhas de comunicação, criação de material informativo e realização de treinamentos para os usuários.
- **Alcance:** Informação e conscientização dos usuários sobre a existência do SAU, seus benefícios e como utilizá-lo.

5. Implantação gradual

- **Processo:** Início do SAU em áreas específicas ou em um piloto, avaliação de resultados e expansão gradual para outras áreas.
- **Alcance:** Adaptação progressiva do SAU à realidade dos PAs, permitindo ajustes conforme as necessidades específicas de cada setor.

6. Monitoramento e avaliação contínua

- **Processo:** Implementação de sistemas de monitoramento de indicadores de desempenho, coleta de feedback dos usuários e análise de dados.
- **Alcance:** Identificação de oportunidades de melhoria, avaliação do impacto do SAU e tomada de decisões baseadas em dados.

7. Feedback e melhoria contínua

- **Processo:** Estabelecimento de canais formais e informais para coleta contínua de feedback, realização de reuniões periódicas para revisão e ajuste de processos.
- **Alcance:** Criação de uma cultura organizacional voltada para a melhoria contínua, com base nas experiências e percepções dos usuários e dos acompanhantes.

Ao seguir essas fases, o Instituto Alcance busca garantir uma implantação eficaz do Serviço de Atendimento ao Usuário, promovendo uma assistência mais humanizada, eficiente e alinhada às necessidades da comunidade atendida e da SMS.

3.12.3. Proposta de Pesquisa de Satisfação dos Usuários

I. Objetivo

A realização da pesquisa de satisfação com os usuários e familiares que passarem pela UPA tem o objetivo de permitir ao gestor, com os apontamentos dos usuários ou seus familiares, identificar e criar ações de melhorias na unidade, que visem um ambiente mais humanizado e serviços de qualidade.

II. Metodologia e estratégias de execução

1. Universo da Pesquisa

A Pesquisa será aplicada na UPA aos usuários que tiveram atendimento nas Unidades e aos trabalhadores.

2. Instrumento de Pesquisa - Questionário Estruturado Aplicado em Meio Eletrônico

A opção por um questionário estruturado se deve às vantagens que apresenta tanto sob o ponto vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

O Instituto adota os seguintes critérios na elaboração das questões e categorias de resposta:

- O questionário deve ser sintético, tendo, no máximo, seis perguntas aos usuários;
- As perguntas são claras para os entrevistados e relevantes para a gestão.
- Cada questão é aplicável a todos os grupos de usuários, de forma que todas as perguntas sejam respondidas por qualquer entrevistado.

O questionário avaliará aspectos relacionados à indicação das unidades para algum familiar ou amigo, e assim aferirá, indiretamente, a satisfação dos usuários / colaboradores com o atendimento / trabalho nas Unidades.

Figura 19 - Modelo de questionário de pesquisa de satisfação



UPA Dr. Jamli Sebba
Serviço de Ovidoria
Catelão-GO



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Olá,

Esta é a Pesquisa de Satisfação e gostaria de contar com a atenção do(a) senhor(a), por alguns segundos, para responder rapidamente seis perguntas simples sobre a sua opinião em relação ao atendimento na UPA.

Peço, por favor, que o(a) senhor(a) sinta-se bem à vontade para dar a sua opinião sincera. A pesquisa é anônima e sua opinião vai nos ajudar muito na melhoria do serviço.

Vamos lá?

1. Qual o sexo do usuário:

M() F() NÃO INFORMADO()

2. Qual é a idade ou faixa etária do usuário?

() 0 a 10 () 11 a 20 () 21 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () 51 a 60 () 61 a 70 () 71 ou mais

3. Quais os serviços que utilizou na UPA?

() Consulta médica () Nebulização () Leito de observação () Raio-X () Hidratação

() Exames laboratoriais () Imobilização/gesso () Outros

4. Qual o mês de atendimento?

() jan () fev. () mar. () abr () maio () jun

() jul () ago () set () out () nov () dez

5. Em uma escala de 0 à 10, quanto você indicaria a UPA para um amigo/parente/familiar?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

6. O senhor (a) tem alguma sugestão de melhoria?

3. Resposta ao Questionário

O responsável pela execução da Pesquisa é o Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, por seu papel de representação e mediação dos cidadãos e pelo caráter pedagógico, instrumental e estratégico de sua atuação.

A pesquisa estará disponível 24h por dia, sete dias por semana, por meio de totens ou tablets disponibilizados na UPA, para acesso e resposta por todos os usuários que desejarem opinar. Além da participação espontânea, para garantia de um número mínimo de 30% dos usuários que passarem pelas unidades mensalmente, alguns deles e seus familiares poderão ser convidados a responder o questionário, seja via totem, seja via SMS, e-mail ou contato telefônico.

Para os usuários convidados, a periodicidade do contato para aplicação da pesquisa será mensal, e com os trabalhadores a pesquisa será realizada no início de cada semestre, sendo aplicado também via formulário eletrônico.

4. Questões sobre a abordagem dos usuários

Serão observados os seguintes aspectos na estratégia de comunicação com o usuário durante o convite para participar da Pesquisa de Satisfação:

- Na abordagem inicial os usuários serão explicados sobre o que se quer fazer com a pesquisa, o seu objetivo. Além disso, será ressaltada a importância da participação de cada um e das informações prestadas para a melhoria do serviço.
- Será garantido o caráter confidencial das informações prestadas, sendo explicado que as informações não serão usadas individualmente, mas apenas em seu conjunto, para estabelecer padrões gerais.
- Será informado o tempo médio de resposta do questionário, inclusive como elemento de convencimento dos usuários.

- Será evitada a solicitude de ajudar os entrevistados a responder o questionário, visto que este tipo de comportamento pode induzir, mesmo que não intencionalmente, as respostas do usuário.
- O profissional não dará “dicas” para o usuário, nem opinará ou discutirá as opiniões dos seus respondentes. Quando um usuário demonstrar dúvida ou má compreensão, o profissional irá simplesmente repetir a pergunta exposta no totem de forma integral.

III. Metodologia de análise

Para mensurar os resultados, será utilizado a metodologia que, para além de informar a satisfação com o serviço, seja capaz de medir a “experiência do paciente com o cuidado”.

Quando se mede a satisfação do paciente, conhece-se as expectativas atendidas ao utilizar os serviços. Quando se mede a experiência do paciente com o cuidado, avalia-se também as sensações envolvidas e o suprimento das necessidades emocionais.

Assim, o Instituto propõe o uso do Net Promoter Score (NPS) – a tradução literal seria Escore de Promotores Líquido, metodologia criada por Fred Reichheld, nos EUA, com o objetivo de realizar a mensuração do grau de lealdade dos consumidores a qualquer tipo de empresa/instituição. Sua ampla utilização se deve a simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia.

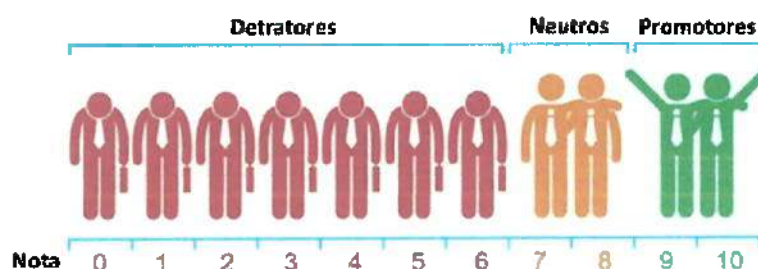
O NPS é medido através de uma pergunta simples: “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria nosso estabelecimento / serviço para um amigo/parente/familiar?”

IV. Interpretação das respostas dos pacientes/famílias

Com base nas notas de 0 a 10, os pacientes/famílias serão classificados em 03 formas:

- Notas de 0 a 06 – pacientes/famílias Detratores – São aqueles pacientes/famílias que ficaram muito insatisfeitos com os serviços dos estabelecimentos. Criticam o estabelecimento em público e jamais voltariam a utilizá-lo, exceto em situações extremas.
- Notas de 07 e 08 – Pacientes/famílias Neutros – São aqueles pacientes/famílias que utilizariam os serviços do estabelecimento caso necessário. Não são leais e não são entusiastas do estabelecimento.
- Notas de 09 a 10 – Pacientes/famílias Promotores – Ficaram muito satisfeitos com os serviços prestados pelo estabelecimento. São leais, oferecem feedbacks e são entusiasmados e falam bem do estabelecimento a todos.

Figura 20 - Classificação dos avaliadores



A interpretação da nota do NPS é feita de forma simples, e será coletada e informada **TODOS OS MESES**, gerando um gráfico de tendência através da aplicação da seguinte fórmula:

$$\text{NPS} = \frac{\text{NÚMERO DE PACIENTES/FAMÍLIA PROMOTORES} - \text{NÚMERO DE PACIENTES/FAMÍLIA DETRATORES}}{\text{NÚMERO DE RESPOSTAS}}$$

Valor do NPS varia de -100 a +100

Assim, de uma forma resumida:

- Notas de -100 a 0 = Zona crítica, com o mais alto índice de usuários detratores.

- Notas de 1 a 50 = Zona de Aperfeiçoamento, o estabelecimento possui um grande volume de detratores e neutros.
- Notas de 51 a 75 = Zona de Qualidade, o estabelecimento possui mais usuários neutros e promotores, do que detratores.
- Notas de 76 a 100 = Zona de Perfeição, o estabelecimento possui alto índice de usuários promotores e poucos detratores.

3.12.4. Proposta de Pesquisa de Satisfação dos colaboradores

O modo como as organizações de saúde estruturam os seus processos de cuidado aos pacientes está diretamente relacionado a moral e ao clima organizacional da equipe. Um sistema de cuidado bem desenhado pode resultar numa equipe mais alegre, produtiva e envolvida que se sente física e psicologicamente segura, aprecia o significado e propósito de seu trabalho, tem algumas escolhas e controle sobre seu tempo, experimenta camaradagem com os outros no trabalho e percebe que sua vida profissional é justa e equitativa. Isto tem impacto direto no cuidado com o paciente.

O primeiro passo para conquistar o trabalhador com alegria é medir como eles percebem a experiência de trabalhar no estabelecimento de saúde. Assim, o INSV propõe o uso do eNPS, qualificado através de outros mecanismos qualitativos, nos quais se pode acessar os comentários dos colaboradores para a melhoria.

O eNet Promoter Score

O eNPS é idêntico ao NPS paciente/família, mas neste caso a população a ser pesquisada não será a dos pacientes/famílias e sim do COLABORADOR. Neste caso a pergunta será: “Em uma escala de zero a dez, o quanto você indicaria nosso estabelecimento para um amigo/parente/colega como um bom lugar para se trabalhar?”

Estratégias a serem adotadas para aplicação do eNPS

- Será escolhida uma data fixa para enviar a pesquisa aos colaboradores, com frequência necessária para avaliar o impacto das medidas tomadas. Esta pesquisa será realizada trimestralmente ou semestral.
- Serão utilizados e-mail, correio ou Google Forms ou aplicativo smartphone. Caberá ao SAU testar qual a maneira mais eficiente.

Com base nas notas de 0 a 10, os Colaboradores serão classificados em 03 formas:

- Notas de 0 a 06 - Colaboradores Detratores - São aqueles colaboradores que são muito insatisfeitos com o seu local de trabalho. Criticam o estabelecimento em público e se pudessem não trabalhariam nesta organização.

- Notas de 07 e 08 - Colaboradores Neutros - São aqueles colaboradores do hospital que não são nem leais e nem entusiastas o estabelecimento, mas continuam a trabalhar na organização.

- Notas de 09 a 10 - Colaboradores Promotores - São entusiastas o estabelecimento, se sentem felizes em trabalhar na organização, se sentem incorporados nas decisões e recomendam o estabelecimento para amigos e conhecidos como um bom local para se trabalhar.

A interpretação das respostas dos colaboradores será calculada da mesma forma que a resposta dos pacientes/famílias.

Resultados das Pesquisas de Satisfação dos Usuários / Colaboradores

O NPS e o eNPS são termômetros da percepção dos usuários e colaboradores com relação aos serviços prestados e ao ambiente de trabalho de um estabelecimento. Baseado no resultado, a organização precisa criar projetos de melhoria para aumentar o percentual de promotores líquido.

A proposta destes instrumentos é avaliar os aspectos da qualidade do serviço, tanto no âmbito operacional quanto processual. O Instituto considera que uma pesquisa poderá gerar expectativa de mudança e espera-se motivar retorno perceptível ao usuário, acompanhante e as demais partes interessadas.

Quanto aos colaboradores, o objetivo é proporcionar, em todas as suas instâncias, uma avaliação dos seus serviços a partir das percepções dos usuários, com foco permanente na melhoria contínua dos serviços prestados.

Ao final de cada mês, os dados da opinião dos usuários e familiares serão tabulados, apresentados aos gestores e disponibilizados para análise dos colaboradores e usuários, sendo também enviado à SMS, a partir do que poderão ser propostas ações e mudanças gerenciais para a solução de possíveis problemas identificados, fortalecendo, simultaneamente, o compromisso com os direitos de cidadania e com o trabalho interdisciplinar, ensejando dessa forma, a construção de uma nova forma de organização do trabalho em saúde.

Anualmente, os usuários e acompanhantes participarão do processo de apuração, "Avaliação de Satisfação dos Usuários e Acompanhantes", quanto à qualidade dos serviços prestados, recebendo retorno quanto aos achados e as medidas implementadas para as melhorias, ampliando-se, desta forma, a participação e o controle social.

Os resultados da opinião dos colaboradores serão analisados trimestral ou semestralmente, com ampla discussão de ações de melhoria que devem ser implementadas para aumento da satisfação dos trabalhadores.

3.13. Apresentar protocolos assistenciais que serão adotados na UPA

Os protocolos assistenciais estão acostados no ANEXO I.

3.14. Proposta de gestão de manutenção predial-ambiência

3.14.1. Objetivo

O objetivo principal do plano apresentado a seguir é de estabelecer uma sistemática mais eficiente e eficaz da gestão predial, com foco na manutenção preventiva e corretiva, conforme levantamento realizado em vistoria. Além disso, uma atuação preventiva traz impactos positivos no que se refere à economicidade de gastos públicos, e principalmente na confiabilidade dos sistemas e instalações que integram as edificações, trazendo segurança e bem estar aos servidores, usuários e terceirizados.

3.14.2. Destinatários

O plano de manutenção predial é destinado às empresas contratadas e técnicos de manutenção, dando-lhes informações básicas sobre a edificação, de forma simples, clara e objetiva. Nele serão encontradas as rotinas de manutenção preventiva e corretiva dos sistemas prediais abrangendo: arquitetura e civil, instalações hidráulicas e elétricas.

3.14.2.1. Considerações gerais

O plano de manutenção predial interfere diretamente na estimativa da vida útil da edificação e, sua correta elaboração aliado ao cumprimento das atividades técnicas especificadas nesse plano, acarretarão em um acréscimo considerável no valor da vida útil final.

Cabe ressaltar que o uso inadequado assim como a falta de manutenção determinada na concepção da edificação de acordo com as normas pertinentes, isenta as responsabilidades do construtor quanto aos procedimentos assistenciais.

Uma ferramenta útil para verificação das condições de uso, conservação e correta manutenção das edificações em geral é a inspeção predial, que deve de forma técnica efetuar vistorias com periodicidades pré-determinadas como ferramenta de preservação

da integridade e garantia do imóvel e atrelado ao plano de manutenção em questão. A manutenção do imóvel deve contemplar que seus vários componentes, possuem naturezas e características diferenciadas e que exigem diferentes tipos, prazos e formas de manutenção. Assim os serviços de manutenção de uma edificação não devem ser realizados de maneira improvisada e informal, mas sim por profissionais devidamente habilitados ou por empresas especializadas, conforme a complexidade.

O plano apresenta o modelo de programa de manutenção padrão. Os critérios para elaboração do sistema de gestão de manutenção estão baseados nas normas ABNT NBR 5674 e ABNT NBR 14037.

Para que a manutenção obtenha os resultados esperados de conservação e crie condições para que seja atingida a vida útil do imóvel, é necessária a implantação de um sistema de gestão de manutenção que contemple o planejamento de atividades e recursos, bem como a execução de cada um deles de acordo com as especificidades de cada empreendimento.

3.14.2.2. Atribuições e competências

As atividades da Equipe de Manutenção Predial, por meio de empresas terceirizadas sob supervisão dos técnicos responsáveis do órgão, compreendem a conservação e manutenção de edificações, instalações, sistemas hidráulicos, sistemas elétricos e serviços básicos de marcenaria e serralheria.

A Equipe de Manutenção como entidade responsável pelo efetivo funcionamento e conservação dos prédios e equipamentos da unidade de saúde possui entre as suas atribuições e competência a responsabilidade de zelar e garantir que os bens tenham a sua vida útil e características funcionais conservadas, assim compete à Equipe de Manutenção Predial:

- 1) Executar medidas para conservação dos bens e patrimônios;
- 2) Executar serviços de manutenção preventiva;
- 3) Executar serviços de manutenção corretiva;
- 4) Inspeções prediais;

Predial Civil e instalações hidrossanitárias

São atribuições e competências da equipe:

- **Urbanização:** manutenção e conservação das vias, estacionamentos bem como suas sinalizações aéreas e no piso. O setor de manutenção de Edificações e Instalações da unidade de saúde não é responsável pela poda de árvores e corte de grama;

- **Obras de instalações:** pequenas obras de instalações, manutenção e conservação de revestimentos de tubulações, rebaixamento de teto (gesso ou qualquer outro material para rebaixamento de forro), stands e outros;

- **Acabamento:** manutenção e conservação de revestimentos e aplicações em paredes e pisos, tanto no interior quanto no exterior das edificações;

- **Serviços de pintura em geral:** manutenção e conservação da pintura no interior e exterior das edificações;

- **Carpintaria:** manutenção de telhados e coberturas;

- **Manutenção e conservação de portas, janelas, tetos e outros,** incluindo fornecimento de vidros; **Serralheria:** pequenas manutenções de conservação, reparo e recuperação de bens, esquadrias, máquinas, equipamentos, estruturas, armações e pequenas construções.

- **Marcenaria:** manutenção, conservação, reparo e recuperação de bens móveis, divisórias, armários, esquadrias e outros.

- **Instalações Hidráulicas e Sanitárias:** Vazamentos, troca de acessórios, instalação de bomba de recalque, entre outros problemas relacionados ao Sistema Hidráulico e Sanitário.

** É de responsabilidade da equipe de manutenção apresentar croquis quando houver alterações em redes, infraestruturas, alvenarias e demais elementos construtivos que alterem os projetos cadastrais da edificação da unidade de saúde.

Manutenção Elétrica Baixa Tensão

São atribuições e competências da equipe:

- Manutenção de cabos de eletricidade: fiação, materiais elétricos e outros;
- Manutenção dos quadros elétricos;
- Instalação de tomadas e pontos de energia extras em ambientes onde já existam infraestrutura de distribuição implementada;
- Serviços de pequenas instalações sob a orientação da equipe de engenharia da UPA.

** É de responsabilidade da equipe de manutenção apresentar croquis quando houver alterações em redes, infraestruturas, alvenarias e demais elementos construtivos que alterem os projetos cadastrais da edificação da unidade de saúde.

- Manutenção Sistema de Proteção contra descargas Atmosférica

Do chefe de equipe

Compete ao Encarregado de manutenção a elaboração dos planos de trabalhos de manutenção, distribuição e acompanhamento da execução das atividades. Análise e encerramentos das solicitações e ordens de serviço. Aplicação das normas e técnicas de manutenção. Providenciar o atendimento das solicitações dos fiscais e demais servidores habilitados, comunicação e gestão das informações entre os envolvidos. Coordenar as

atividades e as equipes de trabalho. Dar feedback ao solicitante do serviço, via e-mail e ou memorando, informando a abertura de Ordem de Serviço e programação estimada da execução alinhado com o planejamento imposto pela administração.

O chefe de manutenção é responsável pela divulgação, cobrança e cumprimento das normas e procedimentos, mantendo contínua supervisão e orientação aos seus subordinados quanto aos aspectos pertinentes à segurança do trabalho, proteção ao meio ambiente e qualidade de vida no instituto.

3.14.3. Procedimentos

4.14.3.1. Planejamento da manutenção

O planejamento das atividades de manutenção é a base para a efetiva operacionalização das atividades de atendimento e recuperação das edificações utilizadas pelos discentes, docentes e servidores da UPA. O planejamento consiste em um conjunto de regras e procedimentos que visam dirigir as ações da Equipe de Manutenção de forma a garantir a priorização e execução das manutenções e a previsibilidade dos recursos necessários para as suas ações e confiabilidade dos serviços prestados.

O Setor de Manutenção é responsável por toda a coordenação dos serviços, porém a equipe de manutenção auxilia a mesma na administração na determinação dos prazos de execução estimada. O Setor Materiais, Patrimônio e Manutenção será responsável pela listagem de materiais disponíveis, para a realização dos serviços por mão de obra exclusiva terceirizada disponível.

A execução das atividades obedece aos critérios de prioridade de atendimento e por tipo de manutenção, assim organizando e racionalizando o atendimento, conferindo maior padronização e eficiência as suas atividades.

São funções da Divisão de Infraestrutura:

- Registro das ocorrências e solicitações;
- Processamento das solicitações;

- Priorização das ordens de serviço (executando-se casos de emergência ou aqueles onde esteja facilmente identificável a criticidade do serviço);
- Planejamento dos serviços;
- Alocação de recursos para as atividades;
- Programação dos serviços;
- Acompanhamento da execução dos serviços.

São atividades de planejamento da divisão:

- Identificar quais serviços serão feitos (salvo aqueles que já estiverem definidos no plano de manutenção e na rotina de inspeção, e também os casos de emergência);
- Quando os serviços serão feitos;
- Quais recursos serão necessários;
- Qual será o custo de cada serviço.

São funções do Setor de Materiais, Patrimônio e Manutenção:

- Inventário e identificação das instalações das edificações e equipamentos;
- Administração de estoques de materiais;
- Gestão, monitoramento e controle dos serviços.

3.13.3.2. Tipos de manutenção

As atividades de manutenção têm o objetivo de manter ou reestabelecer as condições de operação e desempenho corrigindo eventuais deteriorações. Enquanto as atividades de melhoria focam-se na identificação de metodologias, ferramentas e processos que contribuam para o aprimoramento e maximização dos recursos possibilitando a antecipação e mitigação de falhas ou interrupções indesejadas.

O planejamento efetivo da manutenção e o seu cronograma de atendimento são realizados identificando as atividades de melhoria e manutenção, sendo identificado, basicamente, as seguintes modalidades:

- **MANUTENÇÃO PREDITIVA:** baseia-se em planejamentos exímios e elaborados onde os componentes de uma máquina são substituídos em períodos pré-programados, baseados em estudos e históricos de cada componente, aproveitando ao máximo sua vida útil, e trocando-as antes de entrarem em colapso.

- **MANUTENÇÃO PREVENTIVA** – caracterizada por serviços cuja realização seja programada com antecedência, com rotina pré-estabelecida, estimativas da durabilidade esperada dos sistemas, elementos ou componentes das edificações em uso, gravidade e urgência, e relatórios de verificações periódicas sobre o seu estado de degradação.

- **MANUTENÇÃO CORRETIVA** – caracterizada por serviços de adequação dos espaços e sistemas às normas e legislações, de modo a garantir a segurança e saúde dos usuários e a regularidade das edificações.

- **MANUTENÇÃO CORRETIVA DE EMERGÊNCIA** – caracterizada por serviços que demandam ação ou intervenção imediata a fim de permitir a continuidade do uso dos sistemas, elementos ou componentes das edificações, ou evitar graves riscos ou prejuízos pessoais e/ou patrimoniais aos seus usuários ou proprietários

3.13.3.3. Prioridade de atendimento e grau de importância

A Prioridade de atendimento das solicitações de serviços é definida conforme o tipo de manutenção e o seu planejamento. Outro fator relevante para essa priorização é o Grau de Importância Operacional ou Criticidade de uma área para atendimento das atividades educacionais do Campus, são esses parâmetros que orientam o chefe e os técnicos da Equipe de Manutenção a antepor um atendimento a outro.

Para melhor entendimento, abaixo, segue algumas considerações sobre Criticidade e Prioridade:

Entende-se por Criticidade o quanto um ambiente/instalação é crítico ou influência o funcionamento de um conjunto ou sistema. E quanto o efeito de um mau funcionamento ou falha de um item compromete o desempenho de um sistema como o todo.

E Prioridade abrange o tratamento que se dá ao serviço no momento de sua execução. Prioridades de Atendimento são normas ou padrões de gerenciamento que indicam quais os critérios a serem adotados para definir quem tem preferência de atendimento, quando existem vários pedidos pendentes ou simultâneos e acima da capacidade de atendimento momentâneo.

Recomenda-se para a elaboração da ordem de prioridades:

- Quanto à ordem de prioridades recomenda-se que seja disposta em ordem decrescente quanto ao grau de risco e intensidade das anomalias e falhas, apurada por metodologias técnicas apropriadas (GUT, FMEA, etc.).

- O diagnóstico das não-conformidades prediais, bem como dos respectivos riscos e urgências que podem comprometer as exigências dos usuários, não é suficiente para determinar a ordem de prioridades dos serviços reparadores a fim de se atingir a boa qualidade da manutenção. Tal priorização depende, ainda, da competente avaliação da situação, calculada através das funções de criticidade.

Considerando-se que os problemas prediais podem envolver anomalias construtivas, funcionais e falhas na operação e manutenção, com variados níveis de gravidade, urgência e tendência, fica evidente a complexidade da análise que determinará as prioridades.

Para facilitar a completa avaliação da situação, deve-se utilizar metodologia que possibilite mensurar a importância de cada falha, como a adaptação do sistema GUT de Kepner e Tregoe para a manutenção, cujas funções de criticidade e pesos podem ser as seguintes:

GRAU	GRAVIDADE	PESO
Total	- perda de vidas humanas, do meio ambiente ou do próprio edifício	(10)
Alta	- ferimentos em pessoas, danos ao meio ambiente ou ao edifício	(8)
Médios	- desconfortos, deterioração do meio ambiente ou do edifício	(6)
Baixos	- pequenos incômodos ou pequenos prejuízos financeiros	(3)
Nenhuma		(1)

GRAU	URGÊNCIA	PESO
Total	- evento em ocorrência	(10)
Alta	- evento prognosticado para breve	(6)
Médios	- evento prognosticado para adiante	(3)
Baixos	- evento imprevisto	(1)
Nenhuma		

GRAU	TENDÊNCIA	PESO
Total	- evolução imediata	(10)
Alta	- evolução curto prazo	(6)
Médios	- evolução médio prazo	(3)
Baixos	- evolução longo prazo	(1)
Nenhuma		

A metodologia consiste em classificar o nível de cada não-conformidade nas três funções e calcular o produto dos respectivos pesos. As prioridades são determinadas, então pela ordem decrescente, ou seja, a primeira delas terá o maior valor apurado. A classificação requer experiência e bom senso do inspetor, pois ela é interpretativa.

Para facilidade de cálculos e análises, pode-se preparar planilha que contenha o rol de problemas nas linhas e pesos das funções nas colunas, bem como os respectivos resultados.

A título de exemplo, consideremos a hipótese de um edifício que apresente as seguintes não conformidades:

- (ILT) Infiltrações na laje do térreo na projeção das garagens;
- (GAC) Gotejamento de água no cavalete;
- (GQE) Gambiarra em quadro de energia;
- (PES) Porta do elevador sem trava automática;
- (DCB) Depósito de combustível na casa de bombas;
- (PAL) Portão automático sem lubrificação;
- (DRF) Desprendimento de revestimento das fachadas;
- (PTA) Pilar com trincas e armaduras expostas.

A aplicação da metodologia através da planilha resulta no seguinte:

FATOR	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	Nº DE PONTOS	PRIORIDADE
ILT	8	10	6	480	4 ^a
GAC	3	10	1	30	6 ^a
GQE	10	10	8	800	3 ^a
PES	10	10	10	1000	1 ^a
DCB	10	10	8	800	2 ^a
PAL	3	6	6	108	5 ^a
DRF	8	10	10	800	2 ^a
PTA	10	10	8	800	2 ^a

Assim sendo, a ordem de prioridade dos serviços de reparos das não-conformidades acima, após a análise complementar e interpretação de dados complementares pelo Inspetor Predial, pode ser a seguinte:

2º	(PES)	Colocação da trava automática da porta do elevador	1000
3º	(DCB)	Retirada dos combustíveis da casa de bombas	800
4º	(DRF)	Reparos nos desprendimentos dos revestimentos das fachadas	800
5º	(GQE)	Reparos no quadro elétrico com, gambiarra	800
6º	(PTA)	Reparos nas armaduras expostas de pilar	800
7º	(ILT)	Reparos nas infiltrações na laje do térreo na projeção das garagens	480
8º	(PAL)	Reparos na lubrificação do portão automático	108
9º	(GAC)	Reparos no gotejamento de água no cavalete	30

Destaque-se que os seis primeiros itens são críticos, sendo um com pontuação máxima e quatro com a mesma pontuação (800), porém a seleção da ordem pode ser alterada em função da facilidade de algumas soluções. Observe-se que alguns serviços podem ser realizados concomitantemente, ou mesmo antecipadamente. A facilidade de se retirar os combustíveis da casa de bombas e de eliminar a gambiarra, por exemplo, pode antecipar a ordem desses serviços. Destaque-se que algumas falhas e anomalias críticas, como essas citadas, costumam ser solucionadas no próprio decorrer ou logo após a vistoria, porém devem figurar no laudo para efeito de registro técnico.

3.14.4. Planos de inspeção e manutenção

Componentes do plano mestre de manutenção os planos de inspeção e de manutenção são os procedimentos que subsidiam a Equipe de Manutenção a verificar e conservar as características e condições necessárias e satisfatórias que as instalações necessitam para garantir o seu pleno funcionamento e condições de utilização.

Os planos de Inspeção e manutenção dividem-se:

- Planos de Inspeção visual da unidade de saúde;
- Planos de Manutenção Preventiva;
- Planos de Manutenção Preditiva;
- Planos de Inspeção elétrica;
- Planos de inspeção predial;

- Planos de inspeção hidráulica;

3.14.5. Solicitações e ordens de serviço

O acionamento da Equipe de Manutenção é realizado por meio de solicitações de serviços, e em sua maioria são representadas por ações corretivas em instalações no da unidade. Até que operacionalize o sistema informatizado de solicitações, as seguirão os seguintes Procedimentos operacionais padrão:

1 - O setor responsável por gerenciar o atendimento dos chamados de manutenção predial é a Gerência Administrativa.

2 - Os funcionários Terceirizados de Manutenção Predial prestam serviços ao Instituto, visando à conservação de seu patrimônio imobiliário (predial). A Equipe procura, como atividade principal, viabilizar inspeções e procedimentos que visam o bom funcionamento e a conservação estrutural do edifício.

3 - Fazem parte dos serviços corriqueiros dessa equipe: inspeções nas instalações elétricas e hidráulicas do edifício; operação de bombas da caixa d'água, limpeza e manutenção preventiva em quadros elétricos; inspeção e manutenção de janelas, travas, fechaduras, dobradiças; limpeza de caixas de esgoto e canaletas de drenagem; restauração de trincas e outras manifestações em alvenarias, troca de lâmpadas e reatores no sistema de iluminação, manutenção em torneiras, ralos, bacias sanitárias, manutenção no gradil do terreno; entre diversas outras atividades que podem ser solicitadas que estejam previstas no orçamento de referência ou de cunho emergencial que não estejam presentes na mesma.

4 - São chamados/solicitações de manutenção todos aqueles que se enquadram no escopo do edital para serem atendidos nesse contrato. A equipe também realiza, de forma programada, adequações, pequenas instalações e ampliações planejadas e coordenadas pelos profissionais da Gerência Administrativa.

5 - Todas as solicitações de manutenção devem ser feitas sempre à Gerência Administrativa. Não serão atendidas/consideradas demandas solicitações que não seguirem esse procedimento, salvo emergências.

6 - Os terceirizados não estão autorizados a atender solicitações fora do fluxo de chamados via divisão de infraestrutura.

7 - São chamados prioritários (urgentes) aqueles cuja não correção implica em riscos para a comunidade (riscos de choque, queda ou desprendimento de objetos), vazamentos ou perda de recursos.

8 - São chamados de segunda prioridade reparos que se enquadram como prediais, e que podem ser prejudiciais às atividades, mas que não apresentam riscos, como trocas de lâmpada, reparos em fechaduras, cortinas, reparos em azulejos, entre outros. O prazo comum para início de atendimento desses chamados é de até dois dias (24hs) estando o profissional habilitado disponível ou não envolvido em situações de urgência.

9 - Outras solicitações que não afetam diretamente as atividades rotineiras do campus, como alterações de layout, e têm, a princípio, três dias úteis de prazo para serem atendidas.

10 - Caso haja emergências, como vazamentos, curtos ou outra situação que coloque em risco a segurança do edifício ou do patrimônio público, os serviços poderão ser adiados por mais dois dias - nesse caso, a divisão informará o solicitante, reagendando ou cancelando o serviço.

3.15. Proposta de gestão do parque tecnológico (manutenção preventiva e corretiva)

3.15.1. Introdução

O objetivo básico de um Plano de Manutenção Preventiva (PMP) é a redução das falhas que podem ocorrer em equipamentos hospitalares. A elaboração do plano traz como benefícios à redução de consertos urgentes, diminuição dos custos de manutenção corretiva, levando em consideração a diminuição do tempo de permanência em conserto e a prevenção de acidentes que podem prejudicar tanto o paciente como os operadores.

3.15.2. Tipos de manutenção

Manutenção Corretiva

Entre as práticas tradicionais, a Manutenção Corretiva (MC) é a forma mais antiga e utilizada, sendo empregada em qualquer empresa que possua itens físicos independentemente do nível de planejamento da manutenção. Basicamente é caracterizada por intervenções não planejadas ou de emergência para restaurar um mecanismo a uma condição determinada.

A principal vantagem oferecida pela MC é não ter necessidade de planejamento efetivo para a execução das intervenções. Essa forma de gerência, apesar de simples, geralmente requerer altos custos. Resulta em um grande estoque de peças sobressalentes, insegurança das paradas inesperadas, quebra de produção e falta de conhecimento do estado técnico do equipamento.

A escolha por esse método deve levar em consideração um comparativo relacionado aos custos em realizar o conserto ou tomar medidas preventivas. Se não houver ações preventivas que sejam viáveis e econômicas, a MC se torna o método mais adequado.

Manutenção Preventiva

Na Manutenção Preventiva (MP), as intervenções seguem um programa preestabelecido para evitar que ocorram danos e mau funcionamento dos equipamentos. É utilizada para reduzir o tempo de trabalho gasto e preparar antecipadamente os recursos para tornar as intervenções mais econômicas e eficazes.

É voltada para prevenir falhas, através de intervalos de tempo predefinidos para diminuir ou eliminar a parada não programada do equipamento devido à falta de limpeza, lubrificação ou peças desgastadas.

A norma ABNT NBR 5462/1994 (confirmada em 07 de julho de 2020) define a MP como “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”.

As principais desvantagens da MP são: a necessidade de um histórico de falhas extenso, manutenção excessiva para componentes com taxas de falhas menores que a frequência da MP e a imprescindibilidade de paradas para a realização das atividades.

Em contrapartida, a correta implantação de programas de MP resulta em benefícios difíceis de serem alcançados por programas de MC, sendo um importante componente para garantia da integralidade da vida, e está diretamente ligada à qualidade dos serviços prestados.

Manutenção Preditiva

A Manutenção Preditiva (MPD), é baseada no monitoramento das peças por meio de um conjunto de atividades sistemáticas (inspeções periódicas, medições, leituras etc.),

com o objetivo de acompanhar os parâmetros e variáveis que indicam o desempenho do equipamento para definir a necessidade ou não de intervenção.

Neste tipo de manutenção observa-se o comportamento dos equipamentos, verifica-se falhas e detecta-se mudanças nas condições físicas, podendo assim prever com precisão o risco de quebra.

Segundo a ABNT NBR 5462/1994:

Manutenção preditiva/controlada é a 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.

Apesar da eficácia desse método, seu maior ponto desfavorável é a onerosidade para sua implementação e uso; o que acaba inviabilizando sua utilização em grande escala. Necessita de grande investimento de recursos tecnológicos e humanos, mão de obra qualificada e treinada.

3.15.3. Plano de manutenção preventiva

A Anvisa exige dos estabelecimentos de saúde o desenvolvimento de um plano de gestão de equipamentos de saúde para fornecer rastreabilidade, qualidade, eficácia, eficácia, segurança e desempenho, desde a entrada de cada equipamento na instituição até sua destinação final - Mod. 6, 2010 - Art. 2º.

O PMP inclui o inventário de equipamentos, um sistema de ordem de serviço, cronogramas, procedimentos de manutenção, contrato de terceirização, gerenciamento e todos os registros de histórico de serviço. O serviço de engenharia clínica é responsável pelos cuidados e gestão de ativos e avaliação de tecnologias em saúde, segurança clínica e pessoal, reparação e manutenção, gestão de riscos, também em contraste de monitoramento e melhoria da qualidade.

Ao se implantar um PMP é imprescindível considerar a importância do serviço a ser executado e a forma de gerenciar a realização desse serviço. A equipe de manutenção além de consertar um equipamento, precisa conhecer a funcionalidade do equipamento dentro da instituição, suas características de construção e todas as informações que possam auxiliar no seu conserto. Dessa forma, é possível obter segurança e qualidade no resultado do trabalho.

Tais informações vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Ainda que visível os benefícios, a implementação e gerenciamento de PMP é onerosa e exige grande experiência da equipe executora. Este fator não ocorre apenas pela falta de informação sobre rotinas de manutenção na maioria dos manuais, mas também pela dificuldade de estabelecer um critério de priorização dos equipamentos a serem incluídos no PMP.

Com a necessidade de otimizar os recursos humanos e financeiros, bem como viabilizar programas de MP, diversos autores propõem modelos de priorização de equipamentos médicos em PMP, sendo que o objetivo comum de todos os métodos é a seletividade dos equipamentos para participar do plano de manutenção preventiva.

O método de priorização de Fennigkoh e Smith é baseado em três critérios: risco físico oferecido pelo equipamento ao paciente e/ou operador (morte, terapia inadequada, dano irreversível etc.), periodicidade de manutenção (mensal, trimestral, semestral etc.) e função do equipamento (diagnóstico, terapia, suporte à vida ou monitorização). Avaliando esses critérios, é estabelecido um valor numérico (Equipment Management - EM), em que apenas equipamentos com EM acima de um valor predeterminado são incluídos no PMP.

O método de priorização é baseado numa matriz de prioridades em que são estabelecidos índices entre 1 e 10 que refletem a importância do equipamento sob análise. Quanto maior o índice, maior a importância do equipamento em relação aos

demais. A avaliação é feita levando-se em consideração: custo, facilidade de manutenção, probabilidade de falha, importância do equipamento, grau de utilização, possibilidade de substituição temporária e urgência. A cada um desses critérios é atribuído um valor numérico, e ao final da análise todos os valores são somados obtendo-se o índice de importância do equipamento.

Aplica-se um questionário) para auxiliar na seleção dos equipamentos com base nos seguintes critérios:

a) Risco: equipamentos que apresentam alto risco à vida do paciente ou ao operador em caso de falha;

b) Importância estratégica: equipamentos com alto grau de utilização e caso ocorra paralisação suspende ou dificulta a realização de um ou mais serviços gerando perdas financeiras;

c) Recomendação: equipamentos sujeitos a algum tipo de norma de fiscalização para seu funcionamento por parte de órgãos governamentais (Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN) ou sujeitos a recomendações dos seus fabricantes.

Figura 21 - Tabela para auxílio na seleção de equipamentos

Tabela para auxílio na seleção de equipamentos para o Programa de manutenção preventiva		
Tipo do equipamento _____		
Modelo _____		
Nº de série código _____		
Fabricante _____		
QUESTÕES	S	N
1 - O equipamento tem partes móveis que requerem ajuste ou lubrificação?		
2 - O equipamento tem filtros que requerem limpeza ou trocas periódicas?		
3 - O equipamento tem bateria que requer manut. periódica ou substituição?		
4 - O uso do equipamento pode ocasionar algum dano ao usuário ou operador?		
5 - Você acredita que a manutenção preventiva irá reduzir uma determinada falha que ocorre de maneira freqüente?		
6 - Existe a necessidade de uma calibração freqüente do equipamento?		
7 - Em caso de paralisação deste equipamento, outros serviços ficarão comprometidos?		
8 - Existe alguma solicitação da administração para a manutenção		
Data ____/____/____	Responsável _____	

Esse formulário deve ser preenchido pelo responsável pelo grupo de manutenção em conjunto com o corpo técnico. Nesse modelo somente a pergunta 5 é subjetiva, caso as demais forem respondidas positivamente, o equipamento deverá ser incluído no programa de manutenção preventiva. Dessa forma, as inclusões opcionais serão principalmente em virtude da experiência acumulada do grupo que executa as manutenções corretivas.

Para a efetividade da MP devem ser elaborados roteiros de manutenção que permitam uma padronização do serviço executado. Devem ser coletados dados do manual do fabricante, da experiência adquirida no acompanhamento de instalações e de consertos realizados durante o período de garantia e seguir uma estrutura que permita uma abordagem completa e homogênea dos pontos que merecem destaque.

Além dos itens descritos, devem ser levadas em consideração as recomendações dos fabricantes, normas governamentais ou de algum órgão fiscalizador aos quais os equipamentos estão sujeitos. É necessário também observar os históricos de manutenção corretiva para identificar as falhas mais frequentes e criar procedimentos específicos para tentar reduzir a ocorrência dessas falhas.

3.15.4. Inventário

O inventário dos equipamentos é a primeira etapa realizada para a implementação de um PMP eficiente em um hospital. É fundamental que o responsável pela implantação do programa tenha conhecimento de todos os equipamentos existentes bem como sua localização.

Um ponto de partida para o inventário de equipamentos são os arquivos mantidos pelo departamento de patrimônio, porém o cadastramento completo é alcançado somente após uma inspeção de todos os setores do hospital onde se localizam os equipamentos. Nessa etapa são coletadas informações relativas ao equipamento, tais como: modelo, número de série, localização, número de patrimônio e informações referentes à sua funcionalidade.

Para auxiliar no desenvolvimento do PMP da unidade foi desenvolvida a tabela de Cadastro Individual de Equipamento, para que, além dos dados coletados no controle patrimonial, fossem levantadas as informações sobre a atual condição de funcionamento do equipamento.

Para o levantamento das informações, foi realizada consulta ao controle patrimonial e realizadas visitas in loco aos setores da unidade (Ambulatório, Centro Cirúrgico, Centro de Materiais e Esterilização), com o objetivo de inspecionar os equipamentos e conversar com os responsáveis pelo manuseio sobre as condições de funcionamento.

Figura 22 - Ficha de cadastramento do equipamento

	PROCESSO: MANUTENÇÃO	CÓDIGO: PDR-MAN.	
	PADRÃO: CADASTRAMENTO INDIVIDUAL DE EQUIPAMENTO	DATA CRIAÇÃO: 07/01/2020	PÁGINA: 1/1
		DATA VERSÃO: 07/01/2020	VERSÃO: 00

Dados do Equipamento	
Descrição do Equipamento:	
Número de patrimônio:	
Fabricante:	
Ano de fabricação:	
Modelo:	
Número de série:	
Condições de funcionamento:	<input type="checkbox"/> Satisfatoriamente <input type="checkbox"/> Precariamente <input type="checkbox"/> Não Funciona
Comodato/Contrato	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Apenas manutenção
Observações:	

INTERNO

3.15.5. Sistema de codificação do equipamento

A criação de um sistema de codificação auxilia o supervisor do grupo de manutenção a identificar o serviço ao qual o equipamento pertence, o número de equipamentos, de um mesmo tipo, existentes na unidade, as datas de compra de um

determinado grupo de equipamentos, a quantidade e o tipo de equipamentos comprados em um dado ano, e assim por diante.

Para estabelecer um padrão de reconhecimento e facilitar a rastreabilidade dos equipamentos na unidade, optou-se por adotar um sistema alfanumérico de codificação para auxiliar a identificação do local ao qual o equipamento pertence na abertura do chamado interno de manutenção, conforme pode ser visualizado na figura abaixo.

Na elaboração da codificação, foram sugeridos cinco dígitos alfabéticos e um dígito numérico.

Figura 23 - Codificação de equipamento



A seguir apresenta-se o significado de cada dígito:

- a) Primeira Letra: Corresponde à localização do equipamento na edificação. Ex.: H - Hospital.
- b) Segunda e Terceira Letras: Correspondem a um par de letras que representam o setor onde o equipamento se encontra. Ex.: CM - Central de Materiais e Esterilização.
- c) Quarta e Quinta Letra: Correspondem a um par de letras que representa a nomenclatura do equipamento. Ex.: AU - Autoclave.
- d) Sexto Dígito: Corresponde a algarismos de 1 a 9 que representam a ordem de chegada do equipamento na unidade de saúde. É utilizado para que equipamentos com duplicidade não tenham códigos idênticos.

A informações contidas no histórico do equipamento auxiliam na decisão de inclusão do equipamento no PMP, no desenvolvimento do checklist de MP, e no processo de tomada de decisão para desativar o equipamento.

3.15.7. Local da realização das manutenções

A sala em que são realizadas as manutenções é chamada “Oficina de Manutenção”; fica localizada na sede da unidade e é climatizada, composta por armários para guarda de estoque, equipamentos de segurança, ferramentas, documentos e manuais, estante para estoque de itens de manutenção predial, mesa administrativa com computador e telefone, quadro de ferramentas e duas bancadas de serviços.

A bancada nomeada Bancada Limpa, é onde são realizadas somente as manutenções dos equipamentos médico-hospitalares. Essa bancada possui ferramentas para uso próprio e é rigorosamente higienizada com álcool etílico 70% conforme as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do próprio hospital.

Na Oficina de Manutenção trabalham até quatro técnicos, sendo apenas um eletrotécnico responsável por realizar a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares. Na sala ao lado trabalha o Engenheiro Clínico, supervisor do setor e responsável pela elaboração e gestão do PMP.

Quando o equipamento chega na sala, ele é imediatamente inspecionado pelo técnico na Bancada Limpa e caso a manutenção não ocorra de imediato devido a necessidade de compra de peças ou outros fatores, o equipamento é ser armazenado no armário de Guarda de Equipamentos até sua manutenção.

3.15.8. Armazenamento de documentos

Cada equipamento possui uma pasta física identificada com seu código de rastreabilidade onde ficam armazenados todos os documentos pertinentes ao equipamento. Entre os documentos armazenados estão o Cadastro Individual do

Equipamento, Ficha Vida do Equipamento, Tabela para Seleção de Equipamentos para MP, Checklist de MP, contrato de comodato (quando existir) entre outros.

A pasta fica arquivada por ordem alfabética em um armário arquivo suspenso com chave e é responsabilidade do supervisor da Manutenção realizar a gestão dos documentos.

A versão eletrônica dos documentos fica armazenados dentro do servidor de computador da unidade. Nela estão armazenados a versão original dos documentos do PMP, Cronograma de Manutenção Preventiva e Controle de Movimentação de Equipamentos. A pasta eletrônica também está liberada apenas para o supervisor fazer alterações.

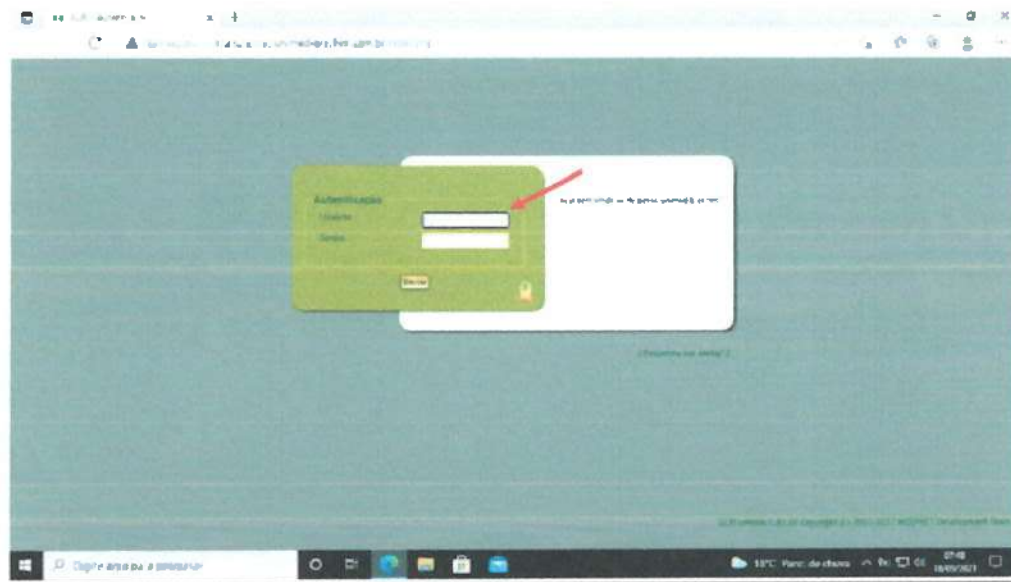
5.15.9. Abertura de chamado para manutenção corretiva

A solicitação de manutenção de um equipamento pode ser feita através de telefone, abertura de OS, registro em sistema (quando disponível), entrega pelo próprio operador no setor de Manutenção e notificação a qualquer técnico do grupo que eventualmente esteja próximo ao equipamento. Independentemente da forma de emissão da solicitação, a abertura do chamado deve ser feita de imediato ou assim que o técnico estiver disponível.

Na unidade a abertura do chamado é realizada pela equipe de enfermagem através do software Gestionnaire Libre de Parc Informatique (GLPI), ou por outro software, instalados nos computadores localizados nos Postos de Enfermagens e CME. O GLPI é uma ferramenta gratuita utilizada para gerenciar serviços de manutenção de equipamentos, chamados de TI, instalações prediais, projetos e contratos por administradores, gestores, agências e empresas de desenvolvimento.

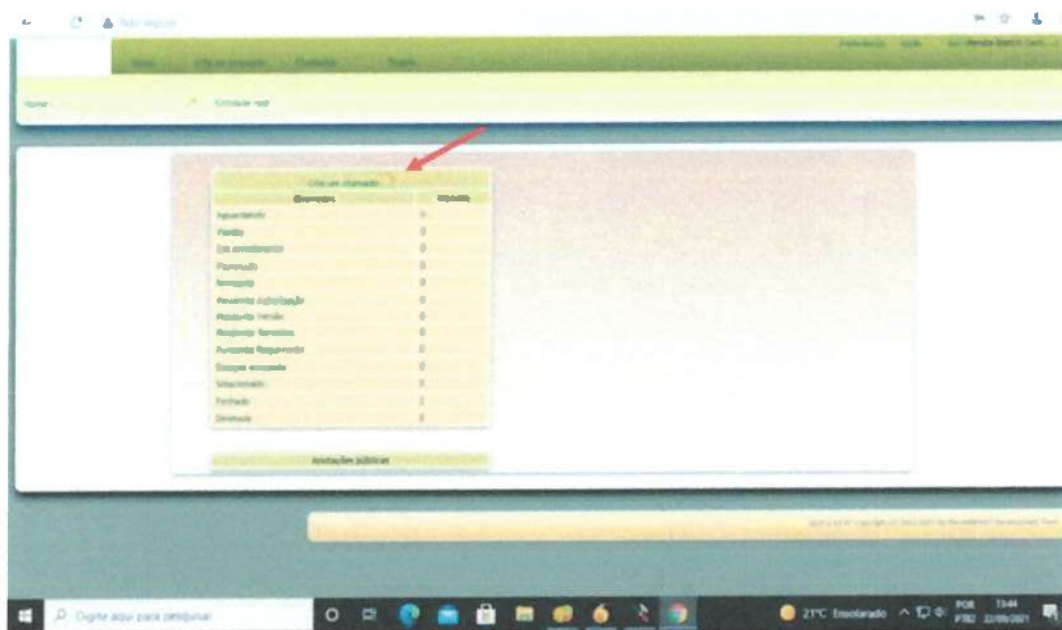
Para abertura do chamado o solicitante precisa estar logado no seu servidor, clicar no atalho do programa GLPI Manutenção instalado na área de trabalho do computador e inserir os dados de usuário e senha, e por fim clicar em Enviar conforme ilustrado a seguir.

Figura 25 - Tela de log in do sistema



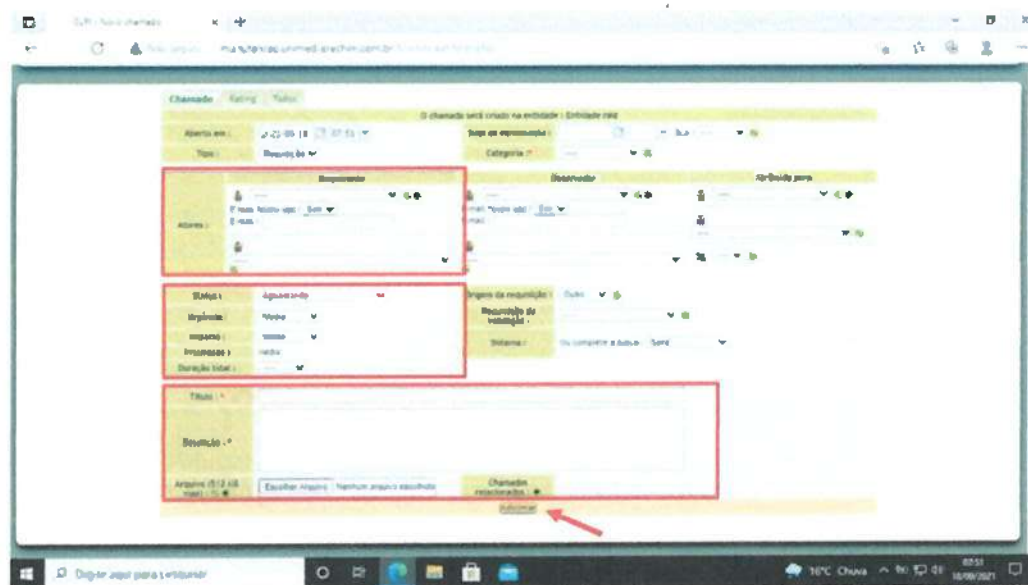
Após logar, para abrir novo chamado é necessário clicar no link Criar um Chamado.

Figura 26 - Tela de solicitação de abertura de chamado



Ao clicar no link, abrirá a tela para a descrição do chamado. Nessa etapa é necessário informar os dados do autor solicitante (nome, e-mail e setor), a urgência do chamado (baixa, média, alta ou muito alta), a descrição do chamado (informar o código do equipamento e descrever resumidamente o ocorrido) e, por último, clicar em Adicionar.

Figura 27 - Tela de descrição do chamado



Assim que realizado o chamado, o técnico desloca-se até o local do equipamento para investigar o ocorrido. Nesse momento é conversado com as pessoas que presenciaram a falha para levantar o maior número de informações que possa contribuir para o conserto do equipamento.

3.15.10 - Roteiro para manutenção corretiva

Após a abertura do chamado no sistema GLPI, o técnico identifica para qual equipamento o chamado está direcionado, analisa a descrição do ocorrido, verifica se o

equipamento está em comodato ou possui contrato de manutenção terceirizada (informação descrita no Cadastramento Individual do Equipamento) e, posteriormente, desloca-se ao local do chamado. Dependendo da descrição do ocorrido e da impossibilidade de movimentar o equipamento, o técnico desloca-se com a maleta de ferramentas para realizar a manutenção no local. Caso contrário, o equipamento deve ser encaminhado para a Oficina de Manutenção para a equipe analisar quais os procedimentos que serão tomados.

Antes do início de qualquer conserto, é necessário que o técnico analise alguns critérios para evitar a abertura equivocada do equipamento. Deve verificar se a falha é devido a erro de operação, se houve queima de fusível, se há necessidade de trocar baterias ou qualquer outra causa de fácil solução.

Caso o equipamento encontre-se em garantia, comodato ou possua contrato de manutenção terceirizada é necessário seguir os procedimentos descritos no contrato. É importante acompanhar todos os serviços realizados por equipes de manutenção terceirizadas tanto para fins de aprendizagem como para supervisão da qualidade dos serviços prestados.

Quando não é possível realizar o conserto internamente e há necessidade de enviar o equipamento para a assistência técnica, após o alinhamento com o destinatário, é necessário embalar cuidadosamente o equipamento e seus periféricos com plásticos bolha, acomodar em caixa de papelão e identificar como frágil.

Para controlar o envio e retorno dos equipamentos, foi desenvolvida a planilha de Controle de Movimentação de Equipamentos para assistência técnica (Figura 28). Nela são inseridas as informações contendo o nome do equipamento, setor pertencente, natureza da operação (MC, MP ou calibração), destinatário, empresa responsável pelo transporte, data da coleta, prazo estimado para retorno e data do retorno do equipamento para a instituição. O documento é preenchido virtualmente pelo supervisor do setor que é o responsável por realizar os trâmites de envio, prazos, análise de orçamentos e autorização de manutenção.

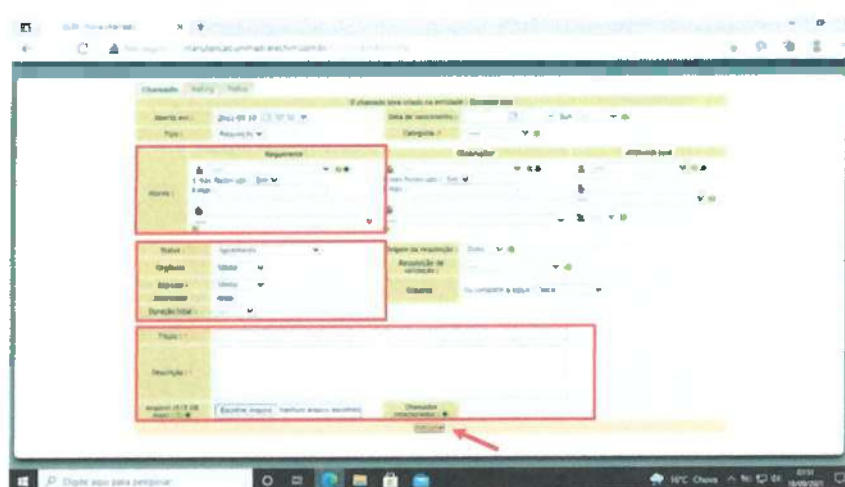
Figura 28 - Controle de movimentação de equipamento

PROZEM	MUNICÍPIO				UNIDADE		
	DATA LIBERADO	SITUAÇÃO	DATA VERIFICADO	VERIFICADO	DATA DE COLETA	PRAZO DE RETORNO	DATA DO RETORNO
CONTROLE DE MOVIMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS							
EQUIPAMENTO	SETOR	NATUREZA DA OPERAÇÃO	DESTINATARIO	TRANSPORTADORA	DATA DA COLETA	PRAZO DE RETORNO	DATA DO RETORNO

Se o equipamento não está em garantia e há possibilidade de o conserto ser realizada pela equipe interna, após verificação, o supervisor autoriza o técnico realizar a intervenção. Caso ocorra necessidade de substituição de peças que não estejam disponíveis em estoque, é necessário solicitar aquisição ao setor de Compras, sinalizando a urgência do pedido sempre que necessário.

Após realizada a MC, com o objetivo de informar o solicitante do chamado, no campo Solução do sistema GLPI, o técnico deve descrever de forma sucinta o motivo que gerou a parada do equipamento e quais foram as intervenções realizadas (Figura 29). Também é responsabilidade do técnico registrar tais informações na Ficha Vida do Equipamento.

Figura 29 - Registro de intervenções realizadas e encerramento do chamado



3.15.11. Seleção de equipamentos para manutenção preventiva

Para viabilizar a implantação do plano de manutenção preventiva na unidade foi adotado o método de priorização sugerido pelo Ministério da Saúde, por meio da aplicação de um questionário elaborado com base no risco que o equipamento apresenta para o operador e o paciente, o impacto que o equipamento ocasiona caso para de funcionar e as normas de fiscalização.

O objetivo dessa etapa é classificar os equipamentos considerados críticos, caso ocorram falhas, para serem incluídos no PMP.

Dessa forma, foi desenvolvida a Tabela para Seleção de Equipamentos para MP (Figura 30), composta pelos dados do equipamento e seis questões pertinentes ao equipamento com opções de respostas Sim ou Não. O questionário será aplicado pela equipe de manutenção para os equipamentos nas diversas visitas à unidade, por meio de diálogo com as equipes de enfermagem e corpo médico.

Figura 30 - Tabela de seleção de equipamento para manutenção preventiva

PROCESSO:	MANUTENÇÃO	CODIGO:	FDR-MAN.
PADRÃO:		DATA CRIAÇÃO:	PAGINA:
TABELA PARA SELEÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA MP		06/09/2021	1/1
		DATA VERSÃO:	VERSÃO:
		06/09/2021	00
Dados do Equipamento			
Descrição do Equipamento:		Nº de Série:	
Código de Rastreabilidade:		Marca/Fabricante:	
Setor de Instalação:		Local de instalação:	
QUESTÕES			NÃO
			SIM
1 - O equipamento possui partes móveis que necessitam de ajustes e/ou lubrificação?			
2 - O equipamento possui filtros?			
3 - O uso do equipamento apresenta risco ao operador e/ou paciente?			
4 - Em caso de falha do equipamento (desempenho comprometido ou parada não prevista), apresenta risco ao operador e/ou paciente?			
5 - O equipamento apresenta falhas frequentemente?			
6 - A parada do equipamento implica em cancelamento de cirurgias?			
6 - O equipamento necessita de Calibração e/ou Qualificação?			
Nota: Caso uma das questões for positiva, incluir o equipamento no Plano de Manutenção Preventiva.			
INTERNO			

Nesse método de priorização estabelecido, caso uma das questões aplicadas for positiva, o equipamento é incluído no Plano de Manutenção Preventiva.

3.15.12. Cronograma de manutenção preventiva

Para auxiliar no monitoramento da periodicidade das manutenções preventivas a próxima etapa será criar uma planilha no Excel intitulada Cronograma de MP. O documento é composto pelos dados do equipamento, periodicidade das MP em dias (30, 90, 180 e 360 dias), data da última e próxima manutenção.

O cronograma será elaborado através das especificações designadas pelo fabricante descritas no manual, considerando:

a) as condições de operação do equipamento (risco que o equipamento apresenta para o paciente e o operador em caso de falha);

b) a facilidade de realizar a MP do equipamento (equipamentos com MP mais complexa exigem mais tempo de MP);

c) frequência de utilização do equipamento (equipamentos que são utilizados com maior frequência necessitam de mais atenção);

d) a experiência do pessoal clínico e técnico (a experiência com o equipamento é importante para determinar a frequência de MP).

A definição da periodicidade que será realizada a MP foi definida pelo engenheiro clínico e pelo técnico levando em conta a tabela abaixo (Figura 31):

Figura 31 - Periodicidade de manutenção preventiva

CATEGORIA DO EQUIPAMENTO*	INTERVALOS E CRITÉRIOS GERAIS
Equipamentos alimentados via rede elétrica	Intervalo anual. A MP abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho. A MP específica anual deve incluir a verificação de segurança elétrica (frequência por algumas normas).
Equipamentos alimentados por bateria	Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes de capacidade ou tempo da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga para melhorar o desempenho e aumentar a vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias, com base em sua vida média.
Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluidos	Intervalo semestral ou trimestral. Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho, limpeza, lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento.
Equipamentos de ressuscitação ou de manutenção da vida	Intervalo trimestral ou semestral. Por causa de natureza crítica desses equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais frequentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente.
Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais	Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais frequentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais não significa que haja uma obrigatoriedade de aumentar a frequência de MP.
Equipamentos de monitoração crítica	Intervalo anual ou semestral. Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter consequências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorrem aleatoriamente e a frequência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência.
Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários	Intervalo quadrimestral ou semestral. Equipamentos com alta potencialidade de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes atuais e de desempenho para garantir a sua segurança.

Com base nessas informações, os equipamentos alimentados via rede elétrica ou por baterias deverão anualmente passar por manutenção preventiva e medição de corrente de fuga e de isolamento. Por sua vez, os equipamentos de ressuscitação ou de suporte da vida deverão receber MP trimestralmente ou semestralmente. Os equipamentos da localizados no CME, além de receberem MP trimestralmente e anualmente necessitam de uma rotina de MP mensalmente devido as especificidade desses.

A Figura 32, exemplifica a funcionalidade da tabela.

Figura 32 - Cronograma de manutenção preventiva

PROJETO:		MANUTENÇÃO				CÓDIGO:	
FABRIL:		CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA				DATA CRIAÇÃO	PÁGINA
						6/10/2020	1/1
						DATA VERSÃO:	VERSÃO
						6/10/2020	00
Equipamento	Local de instalação	Periodicidade da manutenção em dia	Última data de manutenção	Data da próxima Preventiva	Código	Série	
Autoclava Baumer - BC112-3*TPHvacR	CME	30	01/11/2020	01/11/2020	HCMAU1	1718 06 6121	
		60	01/11/2020	30/01/2021			
		180	01/11/2020	30/04/2021			
		360	01/11/2020	27/10/2021			
Autoclava Baumer - BC112-3*TPHvacR	CME	30	01/11/2020	01/11/2020	HCMAU2	1718 06 6211	
		60	01/11/2020	30/01/2021			
		180	01/11/2020	30/04/2021			
		360	01/11/2020	27/10/2021			
Lavadora Termodesinfectora Baumer - TVL-8200 2BTP	CME	30	01/11/2020	01/11/2020	HCMUT1	1718 06 6231	
		60	01/11/2020	30/01/2021			
		180	01/11/2020	30/04/2021			
		360	01/11/2020	27/10/2021			
Reprocessador Jetasônico Baumer - 8203-C42	CME	30	01/11/2020	01/11/2020	HCMUL3	1728 06 1160	
		60	01/11/2020	30/01/2021			
		180	01/11/2020	30/04/2021			
		360	01/11/2020	27/10/2021			
Seladora de Pacotes Baumer - 80-850 1x	CME	30	01/11/2020	01/11/2020	HCMSP1	1708 06 2850	
		60	01/11/2020	31/11/2020			
		90	01/11/2020	30/01/2021			
		180	01/11/2020	30/04/2021			
		360	01/11/2020	27/10/2021			

Ao inserir a data da última preventiva, a planilha que é automatizada, fornece a data que deverá ser realizada a próxima manutenção. Quando a próxima preventiva está dentro do prazo para o vencimento, a célula que contém a data fica na cor branca, ao faltar 30 dias para o vencimento, a célula altera para a cor amarela e após o vencimento a célula modifica para a cor vermelha. No caso da Figura 32, cabe frisar que as datas são fictícias, escolhidas apenas para ilustrar.

Com as periodicidades definidas, a etapa seguinte foi desenvolver o checklist de MP que consiste em um roteiro com itens de verificação para realizar a manutenção preventiva.

3.15.13. Checklist de manutenção preventiva

Uma das dificuldades mais frequentes vivenciadas pelas equipes de manutenção de equipamentos médico-hospitalares é a falta de um roteiro do próprio fabricante para a execução da MP.

Com isso, além das recomendações do fabricante, o checklist pode ser elaborado com base no conhecimento das pessoas que utilizam o equipamento, histórico de manutenção corretiva, normas governamentais ou de algum órgão fiscalizador. Precisa