AHBB
REDE
SANTA CASA
WWW.AHBB.ORG.BR

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

UPA 24H. DR. B. MITIDIERI, LOCALIZADA EM BOQUIM/SE

2

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 002/2025

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

Entidade Proponente			
Órgão / Entidade			**CNPJ**
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02
Endereço: Rua Dr. Orlando T Santos, 50, Willians			
Cidade	**UF**	**CEP**	**Telefone:**
Garça	SP	17402-064	(16) 3374-8438
E-mail Institucional: projetos@ahbb.org.br			
Representante Legal da Proponente			
Nome do Representante Legal			**Cargo**
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso			Presidente
RG/CI	**Órgão Expedidor**	**CPF**	
42.818.243-4	SSP/SP	362.328.398-38	
Endereço Residencial			
Alameda dos Pessegueiros,121.			
Cidade		**UF**	**CEP**
São Carlos		SP	13.561-385
E-mail Pessoal			**Telefone**
jpinotti@ahbb.org.br			(14)99655-3875
Responsável Técnico do Projeto			
Nome do Responsável Técnico do Projeto			**Cargo/Função**
Pedro Guilherme Pires Andrade Cruz			Diretor de Projetos
RG/CI	**Órgão Expedidor**	**CPF**	
46.207.765-2	SSP/SP	400.893.648-30	
Endereço Residencial (rua, bairro, nº etc.)			
Avenida General Osório, nº 1.430 - Trujillo			
Cidade: Sorocaba		**UF:** SP	**CEP:** 18.060-550
E-mail Pessoal			**Telefone**
projetos@pedroandradecruz.com.br			(11) 9-5039-3009

AHBB|Rede Santa Casa – Mais que uma OSS – uma entidade filantrópica de saúde, desde 1969.

Com mais de seis décadas de história, a **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB)** é uma entidade filantrópica que nasceu com um propósito: cuidar de pessoas. Cuidar de quem cuida.

Fundada em 9 de outubro de 1956, a AHBB surgiu como uma Santa Casa de Misericórdia.

O termo "misericórdia" deriva das palavras latinas *misere* e *cordis*, significando, literalmente, "doar o coração ao outro".

Atualmente, as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos desempenham papel estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênios e contratos de gestão com os entes federativos.

Juntas, essas instituições respondem por aproximadamente 54% dos atendimentos realizados no SUS e por cerca de 70% dos procedimentos de alta complexidade, incluindo oncologia, neurologia, cardiologia e transplantes, consolidando-se como pilares fundamentais da assistência hospitalar pública no país.

A **AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**, por meio da **Rede Santa Casa**, integra um legado centenário de solidariedade e cuidado à saúde da população brasileira. Inspirada no modelo tradicional das Santas Casas de Misericórdia, a instituição se consolidou como uma entidade filantrópica genuína, comprometida com a oferta de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, sobretudo à população mais vulnerável.

Fundada sobre os pilares da solidariedade e da responsabilidade social, a AHBB evoluiu ao longo das décadas, consolidando-se como uma **Rede de Santas Casas** e, ao mesmo tempo, como uma moderna **Organização Social de Saúde (OSS)**.

A trajetória da AHBB está intrinsecamente ligada à história da filantropia no Brasil. Ao longo dos anos, a instituição ampliou sua atuação, estruturando-se como uma rede de hospitais filantrópicos e Santas Casas que, hoje, exercem papel fundamental no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio de contratos de gestão como Organização Social de Saúde (OSS) e convênios firmados com entes públicos, a AHBB viabiliza o acesso da população aos serviços de saúde, atuando em diversas regiões do país.

As instituições filantrópicas, incluindo aquelas vinculadas à AHBB | Rede Santa Casa, são responsáveis por cerca de **54% dos atendimentos realizados no SUS** e aproximadamente **70% dos procedimentos de alta complexidade**, como oncologia, cardiologia, neurologia e transplantes. Esse desempenho expressivo reafirma o protagonismo da rede filantrópica na assistência hospitalar e evidencia sua relevância como parceira estratégica do setor público.

Mais do que prestadora de serviços, a AHBB representa uma rede comprometida com a humanização do atendimento, com a qualificação da gestão hospitalar e com a preservação dos valores fundadores das Santas Casas: caridade, solidariedade e compromisso social.

Ao mesmo tempo em que honra a tradição histórica das Misericórdias portuguesas e das primeiras Santas Casas brasileiras, a AHBB se reinventa diante

dos desafios contemporâneos da saúde pública, promovendo inovação, eficiência e responsabilidade social em sua atuação.

Com base nos princípios de filantropia e na sólida trajetória do modelo tradicional das Santas Casas, a AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – construiu uma história de compromisso com a vida, a saúde pública e o bem comum.

Fundada sobre os pilares da solidariedade e da responsabilidade social, a AHBB evoluiu ao longo das décadas, consolidando-se como uma **Rede de Santas Casas** e, ao mesmo tempo, como uma moderna **Organização Social de Saúde (OSS)**.

Esse duplo perfil é um diferencial estratégico.

Como Santa Casa, a AHBB carrega o legado centenário das instituições filantrópicas que sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo cuidado humanizado, acolhimento e vínculo comunitário.

Já como OSS, incorpora eficiência gerencial, indicadores de desempenho, inovação tecnológica e flexibilidade administrativa – características essenciais para responder aos desafios da gestão pública em saúde no século XXI.

Unindo o que há de mais nobre na filantropia à competência técnica exigida na administração de contratos de gestão, a AHBB atua com excelência na prestação de serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, sendo parceira confiável de municípios e estados.

Ser uma Santa Casa que também é uma OSS significa mais do que uma estrutura jurídica: representa a capacidade de **conciliar valores com resultados, tradição com inovação e cuidado com eficiência** – um modelo único de impacto social e sustentabilidade no SUS.

Essa transformação permitiu a ampliação de sua atuação na gestão de diversas unidades de saúde, seja por meio de contratos de gestão como Organização Social de Saúde (OSS), seja através de convênios firmados como entidade filantrópica.

AHBB: Uma OSS com Hospitais próprios

AHBB: Uma OSS com Hospitais Próprios – Filantropia, Sustentabilidade e Compromisso com a Saúde

A AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – se destaca no cenário da saúde pública e complementar por reunir dois atributos raros em uma única instituição: é uma Organização Social de Saúde (OSS) qualificada para gerir unidades públicas e, ao mesmo tempo, mantém hospitais próprios sob gestão direta.

Esse modelo híbrido coloca a AHBB em posição de destaque frente a outras OSS, que operam exclusivamente com unidades terceirizadas pelo poder público.

Ter hospitais próprios fortalece a autonomia da gestão, amplia a capacidade de resposta e possibilita a implementação de boas práticas com maior agilidade e controle.

Esses hospitais seguem o modelo filantrópico, com foco prioritário no atendimento ao SUS, mas também com atuação complementar voltada à saúde suplementar – convênios e particulares.

Esse equilíbrio é essencial para garantir a sustentabilidade econômica da instituição, sempre com reinvestimento na melhoria contínua da assistência.

Mais do que uma estrutura, trata-se de um compromisso: oferecer saúde com qualidade, acolhimento e responsabilidade social, atendendo diferentes perfis de usuários, sem perder de vista a missão de servir à população mais vulnerável.

Ser uma OSS com hospitais próprios é, para a AHBB, um diferencial estratégico e institucional.

Significa unir a eficiência da gestão por resultados com a tradição da filantropia hospitalar brasileira – entregando valor ao SUS, à sociedade e aos usuários da saúde suplementar.

É isso que torna a AHBB uma referência nacional em gestão de saúde com propósito e excelência.

HOSPITAL SÃO LUCAS
POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO
"Dr. José Zenaldo"
AHBB

A força da nossa experiência:

A AHBB reúne, por meio de seus atestados de capacidade técnica, a gestão comprovada de mais de 250 leitos hospitalares.

- Milhares de cirurgias;
- Milhares de exames;
- Milhares de atendimentos de urgência.

Além disso, conta com uma equipe robusta e comprometida, composta por mais de 2.000 colaboradores registrados, e centenas de médicos que atuam diariamente com excelência e humanização na saúde pública.

GESTÃO EM SAÚDE: **CUIDAR DE QUEM CUIDA**

Saúde Dedicada à População

A AHBB|Rede Santa Casa oferece serviços primários, secundários e terciários na área da saúde.

Turma de Medicina que completa o Internato Médico no Hospital São Lucas de Garça, administrado pela AHBB | Santa Casa.

- UPA 24 horas
- Centro de Especialidades Médicas (CEM)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- Banco de Leite Humano
- CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)
- CAPS Innovare Centro de Reabilitação, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- Pronto Socorro Infantil
- Centro Especializado em Reabilitação III (CER)

AHBB | REDE SANTA CASA

Cuidar de quem cuida desde 1969

MISSÃO
Acolher a população das cidades brasileiras, em uma parceria ética e transparente, por meio de uma gestão hospitalar séria e profissional.
VISÃO
Ser uma referência no atendimento à saúde em todos os locais e serviços onde atua.
VALORES
Transparência, Respeito, Colaboração e Ética.

Áreas de Atuação

Tecnologia, administração e eficiência

Gestão Hospitalar

Conduz a administração eficiente dos recursos, processos e serviços do hospital para garantir o atendimento de qualidade aos pacientes.

Gestão de Saúde Primária

Focaliza na prevenção, diagnóstico inicial e no gerenciamento de doenças comuns e crônicas.

Gestão de Saúde Secundária

Monitora a prestação de cuidados especializados e nos tratamentos de maior complexidade.

Gestão de Ensino

Supervisiona e administra programas educacionais, garantindo que os profissionais de saúde recebam treinamento contínuo para melhorar a qualidade dos cuidados.

Gerenciamento de Equipes de Saúde

Coordena a liderança eficaz de profissionais de saúde para garantir sua colaboração, eficiência e qualidade no atendimento aos pacientes.

Certificação, Títulos e Parcerias

Selo UTI Top Performer
2022
Epimed - AMIB

Hospitais Saudáveis
2021
RGHVS

Selo UTI Top Eficiente
2020
Epimed - AMIB

Selo ITUs Brasileiras
2019
Epimed - AMIB

Selo UTI Top Performer
2017
Epimed - AMIB

Certificado CEBAS
2015
Ministério da Saúde Brasileiro

Onde estamos atuando

Unidade

Hospital São Lucas - Garça/SP

Onde estamos atuando

Unidade

Sistema de Média Complexidade
(Unidades de Assistência Secundária
à Saúde) Garça/SP

Onde estamos atuando

Unidade

Hospital Padre Bernardo - Bilac/SP

Onde estamos atuando

Unidade

UPA Araguari - Araguari/MG

Onde estamos atuando

Unidade

Centro Especializado em Reabilitação III CER Itápolis/SP

Unidade Mista de Taboão da Serra /SP

Hospital de Santo Antônio de Louveiro - Louveira/SP

Hospital de Timóteo - Timóteo/MG

Pronto Atendimento São Dimas - Amparo/SP

Atuações concluídas

Hospital Municipal de Cubatão
Cubatão/SP

Santa Casa se Misericórdia "Anna Cintra"
Amparo/SP

Unidade de Apoio Hospitalar
"Hospital São José" - São Paulo/SP

CER Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti -
Mogi das Cruzes/SP

Complexo Hospitalar do Juquery - Franco da Rocha/SP

Hospital Geral de Taipas "Kátia de Souza Rodrigues" - São Paulo/SP

Hospital de Campanha do Estádio Nacional «Mané Garrincha» - Brasília/DF

Hospital Estadual “Dr. Osvaldo Brandi Faria” - Mirandópolis/SP

Hospital Maternidade Estadual de Caieiras - Caieiras/SP

Hospital Maternidade “Leonor Mendes de Barros” - São Paulo/SP

PS e Hospital Geral de Vila Penteado
"José Pangella" São Paulo/SP

PS e Hospital Regional "Dr. Osíris F.
Coelho" Ferraz de Vasconcelos/SP

Pronto Socorro e Santa Casa de Misericórdia de Penápolis - Penápolis/SP

Traduzimos experiência em soluções: gestão hospitalar que faz a diferença

Unidades Móveis de Saúde

Saúde da Mulher

Exames e consultas especializadas para a Saúde da Mulher.

Exames olftalmológicos

Distribuição de óculos

Saúde nas Escolas

Exames e consultas especializadas para a população em idade escolar.

Ambulatórios Móveis

Atendimento ambulatorial, exames e serviços médicos que não necessitam internação.

Perfil assistencial dos Ambulatórios Móveis:

- Pequenas cirurgias
- Atendimentos ambulatoriais
- Exames de imagem e análises clínicas
- Cirurgias de catarata
- Médicos especialistas

Sumário

1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DA UNIDADE 32

1.1. Características da UPA 24. Dr. B. Mitidieri 32

1.2. A caracterização do modelo gerencial que será implantado 36

1.3. Implantação do sucesso do modelo e as estratégias 62

1.4. Certificação ONA 1 em 24 meses 65

1.5. Indicadores de impacto 74

1.6. Descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial 81

1.7. Modelo de relacionamento entre o parceiro privado (AHBB) e a Secretaria de Estado de Saúde 86

1.8. Limites de responsabilidades que a OSS se dispõe a assumir — e o que continua sob a SES/SE 92

1.9. Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial 95

1.10. Descrição de como será gerenciado o transporte inter-hospitalar dos pacientes da Unidade. 100

1.12. Descrição do modelo de gestão da informação, informando as tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade. 106

1.13. Descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS, em especial, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA. 111

1.14. Descrição da Organização de Serviços - serviços assistenciais, diferentes clínicas, atividades de urgência/emergência, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, centro cirúrgico, UTI, unidade de internação (enfermarias). 115

1.15. Recursos Humanos – Servidores cedidos 121

1.16. Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde. 129

1.17. Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos. 135

2. Implantação dos fluxos 182

2.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas 183

2.2. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados 189

2.3. Fluxo unidirecional para roupas. 191

2.4. Fluxo unidirecional de resíduos de saúde. 193
3. Implantação da gestão 196
3.1. Proposta para regimento interno da UPA Boquim 197
3.2. Proposta para Regimento do Corpo Clínico 202
3.3. Proposta para Regimento do serviço de enfermagem 208
3.4. Proposta de implantação de serviços de registros eletrônico de atividades assistenciais da unidade 212
4. Implantação dos processos 217
4.1. Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos 218
4.2. Proposta de manual de rotinas para administração financeira 225
4.3. Proposta de manual de rotinas administrativas para o almoxarifado e patrimônio 231

1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL DA UNIDADE

1.1. Características da UPA 24. Dr. B. Mitidieri

A UPA 24 h Dr. B. Mitidieri foi concebida como ponto estratégico da RUE em Sergipe, oferecendo atendimento contínuo de urgência e emergência, exames básicos de imagem e laboratório, leitos de observação e acolhimento humanizado.

Sua gestão será delegada a uma Organização Social com autonomia para otimizar processos, mas submetida a rigorosos indicadores de desempenho, múltiplas instâncias de qualidade e transparência financeira, garantindo à população de Boquim e região acesso rápido, seguro e resolutivo aos cuidados de saúde.

A Unidade de Pronto Atendimento 24 h "Dr. B. Mitidieri", inscrita no CNES sob o nº 7015119, situa-se na Av. Antônio Fernandes Viana de Assis, 280, Centro, em Boquim-SE.

O Termo de Referência fixa como objeto a seleção de uma Organização Social (OS) que assumirá o gerenciamento, a operacionalização e a execução de todos os serviços da unidade por 36 meses, com possibilidade de prorrogação por até dez anos, conforme art. 23 da Lei Estadual 9.298/2023.

O documento justifica a parceria com OS como estratégia central do Governo de Sergipe para modernizar a rede de urgência e emergência, transferindo o foco do controle de processos para a entrega de resultados assistenciais.

A autonomia administrativa e financeira concedida à entidade gestora — para contratar recursos humanos, adquirir insumos e reorganizar fluxos — é apresentada como condição essencial para que a UPA obtenha ganhos de eficiência e qualidade.

Carteira assistencial e operação ininterrupta

Embora o detalhamento físico conste em anexo, o Termo de Referência descreve a UPA como porta de entrada regional para casos de baixa e média complexidade, aberta 24 horas, com classificação de risco, consultórios clínicos e

pediátricos, sala de procedimentos, laboratório de urgência, raio-X, eletrocardiografia, farmácia 24 h e leitos de observação para permanência de até 24 horas antes de alta ou transferência.

O modelo segue as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, buscando reduzir encaminhamentos a hospitais de referência e garantir atendimento humanizado conforme a Política Nacional de Humanização.

Estrutura de governança clínica e segurança do paciente

A OS deverá manter serviço de Ouvidoria ativo para elogios, sugestões e denúncias dos usuários e instituir uma série de comissões permanentes: Análise e Revisão de Prontuários, Verificação de Óbitos, Ética Médica e de Enfermagem, Controle de Infecção Hospitalar, CIPA, SESMT, Farmácia e Terapêutica, Resíduos de Serviços de Saúde, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Núcleo Interno de Regulação (NIR), além de outros grupos propostos na proposta de trabalho.

Essas instâncias viabilizam a implantação plena das normas federais e estaduais de biossegurança, vigilância sanitária e segurança do paciente listadas no capítulo de pressupostos legais do Termo.

Financiamento e metas de desempenho

Para sustentar a operação, a Secretaria Estadual da Saúde projetou repasse mensal de **R$ 2.164.204,85**, totalizando R$ 25.970.458,20 em 2025.

As metas assistenciais — quantitativas e qualitativas — constarão do Anexo II e serão acompanhadas por indicadores pactuados.

O contrato prevê avaliação da parcela variável a cada trimestre e revisão semestral dos volumes produzidos, aplicando descontos financeiros proporcionais ao descumprimento das metas.

População-alvo e impacto esperado

A unidade atenderá prioritariamente a microrregião de Boquim. Segundo o Termo, o modelo de gestão por OS deve ampliar a oferta local, evitar deslocamentos para outros hospitais e garantir que 100 % da demanda pactuada seja coberta com acolhimento humanizado e acesso equitativo.

O reforço de protocolos, a integração com o SAMU 192 e a reorganização de fluxos hospitalares visam reduzir tempos de espera, fortalecer a resolutividade e melhorar indicadores de desfecho clínico.

Conformidade normativa

O Termo incorpora um amplo rol de dispositivos legais e sanitários — das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 às portarias de consolidação do Ministério da Saúde, RDC 50/2002, RDC 36/2013 e NR 32 — que servem como guia técnico-regulatório para projeto físico, segurança do paciente, vigilância epidemiológica, educação permanente e gestão ambiental.

Classificada como **UPA 24 h Tipo I pelo Ministério da Saúde**, a unidade opera ininterruptamente com dois médicos no plantão diurno e dois no noturno, **oferece até 150 atendimentos diários** e dispõe de **35 leitos de observação** para permanência de até 24 horas, garantindo estabilização inicial e encaminhamento seguro dos casos que exigem internação ou serviços de maior complexidade.

Como serviço de média complexidade, ela acolhe pacientes regulados pelo SAMU 192, pela Central de Regulação Estadual, por unidades básicas e por demanda espontânea, aplicando triagem com classificação de risco de acordo com a Política Nacional de Humanização.

O contrato detalha obrigações que estruturam quatro grandes eixos.

No eixo **técnico-assistencial**, a OS deve manter consultórios clínicos e pediátricos, sala de estabilização, curativos, pequenos procedimentos, laboratório de urgência, raio-X, eletrocardiografia, farmácia 24 h e apoio diagnóstico-terapêutico restrito aos usuários da própria UPA; entre os equipamentos essenciais estão respiradores, desfibrilador, monitores multiparâmetros e raio-X de 100 a 500 mA.

Serviços de apoio como ambulância, CME, farmácia, lavanderia, necrotério, SAME, nutrição e manutenção compõem a retaguarda logística.

No eixo **operacional**, a contratada responde por abastecimento de insumos, gases medicinais, esterilização, lavanderia, limpeza, controle de acesso, vigilância por câmeras, coleta e tratamento de resíduos, manutenção predial e conforto ambiental, assegurando funcionamento pleno 24 h por dia.

O eixo **governança clínica e segurança** exige a manutenção de Ouvidoria SUS, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Engenharia Clínica e pelo menos sete comissões permanentes — prontuários, óbitos, ética, infecção, CIPA, resíduos e NIR — além das que a OS propuser no plano de trabalho. A unidade deve alimentar sistemas nacionais (SIA/SUS, DATASUS, NOTIVISA, FORMSUS), monitorar tempos de espera semanalmente e realizar pesquisa de satisfação quadrimestral.

No eixo **gestão de pessoas**, a OS deve apresentar escalas mensais, manter contingente para cobrir faltas, cumprir pisos salariais, adotar política de segurança ocupacional e oferecer capacitação contínua; equipe de faturamento dimensionada garante registro adequado de produção e faturamento SUS.

Metas de desempenho dão lastro financeiro e regulatório: **quantitativamente a UPA deve realizar 4.500 atendimentos** de urgência com observação por mês

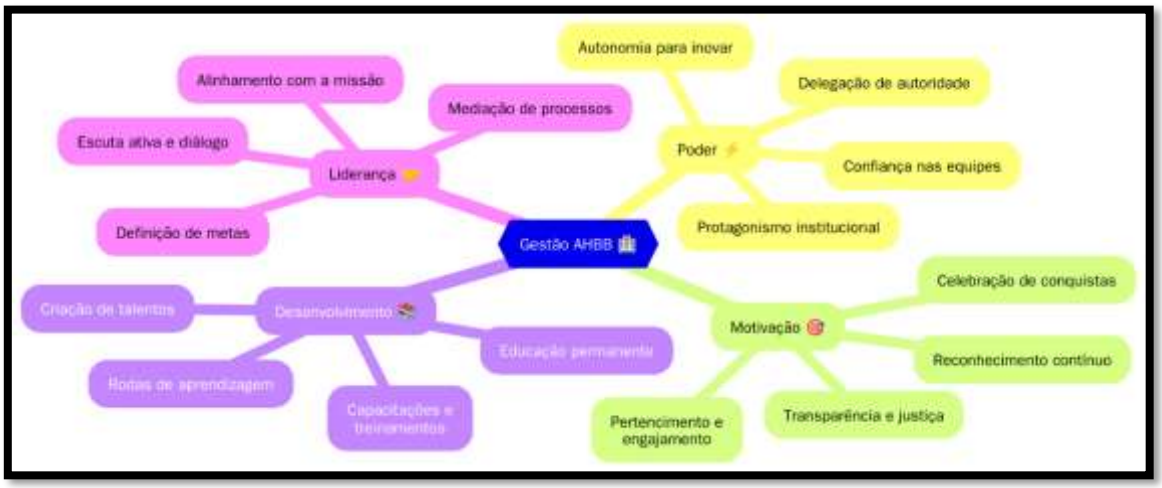
(54.000/ano); qualitativamente, manter as comissões ativas e, ao final do primeiro ano, estar em processo de acreditação ONA Nível 1, comprovando agendamento de visita externa caso ainda não certificada.

O principal indicador estruturante é a presença contínua de dois médicos por turno, com equipe de apoio compatível, sete dias por semana, 24 h por dia.

Todo o arcabouço deve respeitar leis federais de saúde (8.080/1990, 8.142/1990), normas sanitárias como a RDC 50/2002 e a NR 32, além de dispositivos estaduais da Lei 9.298/2023, que orientam qualificação de OS e critérios ambientais, de segurança e de transparência.

Dessa forma, a UPA Dr. B. Mitidieri articula autonomia gerencial, indicadores rigorosos e governança clínica robusta para assegurar atendimento ágil, seguro e resolutivo à população de Boquim e região, contribuindo para reduzir sobrecargas hospitalares e ampliar a efetividade da Rede de Atenção às Urgências do SUS em Sergipe.

1.2. A caracterização do modelo gerencial que será implantado



A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB), enquanto entidade responsável pela administração de unidades públicas de saúde, adota um modelo de gestão fundamentado em valores humanistas, participativos e orientados para resultados.

Essa abordagem se estrutura sobre quatro eixos centrais: poder, motivação, desenvolvimento e liderança, os quais são concebidos não apenas como princípios administrativos, mas como práticas institucionais cotidianas.

O primeiro pilar da gestão da AHBB é o **poder** – compreendido não como instrumento de controle hierárquico, mas como um processo de **delegação de autoridade e confiança nas equipes**.

Dar poder às pessoas significa valorizá-las, reconhecer sua capacidade de decisão e promover sua autonomia de ação.

Nesse sentido, a AHBB descentraliza decisões, permitindo que trabalhadores em todos os níveis da organização tenham liberdade para propor soluções, assumir responsabilidades e inovar nos processos de trabalho. Tal prática fortalece o protagonismo institucional e promove a corresponsabilidade coletiva.

A **motivação** é o segundo pilar essencial. Na visão da AHBB, motivar pessoas vai além de incentivos pontuais: trata-se de construir uma cultura organizacional onde o reconhecimento, a valorização dos resultados e a celebração das conquistas fazem parte da rotina institucional. O desempenho dos profissionais é valorizado de forma transparente e justa, com mecanismos que permitem que cada colaborador perceba o impacto de seu trabalho e participe ativamente dos avanços alcançados pela unidade. Isso gera engajamento, comprometimento e sentimento de pertencimento.

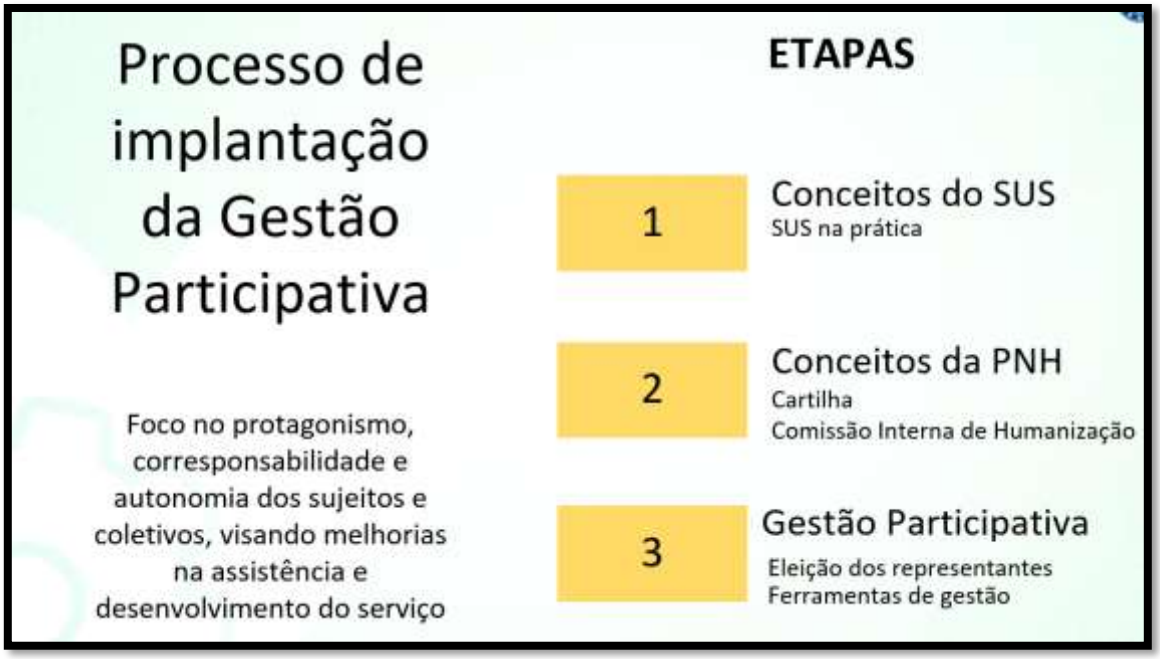
O terceiro fundamento é o **desenvolvimento**, entendido como a **oferta permanente de condições para o crescimento técnico e humano dos trabalhadores**. A AHBB investe sistematicamente em capacitações, treinamentos, rodas de aprendizagem e ações de educação permanente. Esse processo de qualificação continuada contribui não apenas para o aperfeiçoamento dos serviços prestados à população, mas também para a realização pessoal e profissional dos trabalhadores, estimulando a criação de talentos e a consolidação de uma cultura de excelência.

Por fim, a **liderança** ocupa papel estratégico na gestão da AHBB. A entidade entende que liderar é orientar, escutar, definir metas claras e acompanhar o desempenho com base no diálogo e na construção coletiva. As lideranças institucionais são formadas para atuar como mediadoras, facilitadoras e articuladoras de processos, abrindo novos horizontes, alinhando as práticas à missão da organização e assegurando retroalimentação constante com as equipes.

A liderança na AHBB não se limita ao comando formal, mas é compartilhada, sendo exercida também nos colegiados, comissões e espaços deliberativos.

Dessa forma, o modelo de gestão adotado pela AHBB combina valores participativos com práticas organizacionais efetivas.

Ao integrar **poder, motivação, desenvolvimento e liderança**, a instituição constrói uma estrutura sólida, capaz de oferecer serviços de saúde com qualidade, humanização e eficiência, respeitando os princípios do SUS e promovendo o fortalecimento das redes públicas de cuidado à saúde.



A **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB)** propõe um modelo de gestão institucional centrado na **cogestão e na participação ativa dos trabalhadores**, fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

A proposta visa promover o protagonismo dos sujeitos, a autonomia dos coletivos e a corresponsabilidade pelos processos e resultados, com foco contínuo na **melhoria da assistência e no desenvolvimento do serviço**.

Esse modelo de gestão é implementado por meio de um processo progressivo e estruturado, dividido em **três etapas principais**, conforme descrito na imagem:

Etapa 1 – Conceitos do SUS: SUS na Prática

A primeira etapa do processo de implantação da gestão participativa é a **formação e sensibilização das equipes sobre os princípios e diretrizes do SUS**, especialmente no que diz respeito à universalidade, integralidade, equidade e participação social. Essa etapa busca reforçar que a gestão em saúde deve ser democrática, transparente e voltada ao bem comum, e que todos os trabalhadores são sujeitos ativos no funcionamento do sistema. A compreensão do SUS como um projeto ético e político é base para todas as ações seguintes.

Etapa 2 – Conceitos da PNH: Humanização e Cuidado Coletivo

Na segunda etapa, a AHBB incorpora os fundamentos da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, por meio da leitura e debate de suas cartilhas, e da estruturação de uma **Comissão Interna de Humanização (CIH)**.

O objetivo é garantir que as relações institucionais e os processos de trabalho sejam pautados na escuta qualificada, no acolhimento, na valorização do trabalhador e na construção compartilhada de soluções. A PNH oferece instrumentos concretos para organizar o cuidado de forma mais humana, acolhedora e eficiente, com ênfase na clínica ampliada e na autonomia dos sujeitos.

Etapa 3 – Gestão Participativa: Estruturação da Cogestão

A terceira e última etapa consiste na **implantação efetiva do modelo de cogestão**, por meio de duas frentes principais:

- **Eleição de representantes dos trabalhadores** para os espaços colegiados, garantindo pluralidade e representatividade;
- **Utilização de ferramentas de gestão participativa**, como reuniões ampliadas, rodas de conversa, pactuação de metas coletivas, planejamento ascendente e monitoramento por indicadores públicos.

Essa etapa consolida a prática da **gestão horizontal e compartilhada**, criando instâncias deliberativas e espaços permanentes de escuta, planejamento e tomada de decisão, sempre integrando os diferentes níveis da organização.

Finalidade e Resultados Esperados

A proposta de cogestão da AHBB visa **romper com os modelos verticalizados e autoritários**, fortalecendo uma cultura institucional que reconhece o trabalhador como parte central da construção do cuidado em saúde. Ao promover a escuta ativa, o planejamento coletivo e o compromisso com os resultados, a AHBB espera alcançar:

- Maior engajamento das equipes;
- Melhoria da qualidade assistencial;
- Redução de conflitos organizacionais;
- Sustentabilidade dos processos de gestão;
- Satisfação dos usuários e valorização do SUS.

ETAPA 1:

CONCEITOS DO SUS – Fortalecimento da Identidade Institucional e Compromisso com o Projeto Público

Conceito

Esta etapa tem como foco central o alinhamento dos profissionais ao projeto ético-político do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando os princípios que o sustentam: **universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social**. Trata-se de reconhecer que a gestão de serviços públicos de saúde deve ser orientada por valores de justiça social, acesso universal e corresponsabilidade coletiva.

Formas de Implantação

- Realização de oficinas de sensibilização sobre a história e os princípios do SUS;
- Rodas de conversa intersetoriais com análise crítica do papel da unidade na rede municipal de saúde;
- Elaboração e distribuição de material de apoio (cartilhas, infográficos, vídeos);
- Integração com o Conselho Municipal de Saúde e outras instâncias de controle social;
- Promoção da campanha interna "O SUS que fazemos todo dia" com envolvimento dos setores.

Impacto nos Serviços

- Reforço do **sentimento de pertencimento institucional** entre os trabalhadores;
- Redução da fragmentação entre áreas técnicas, administrativas e de apoio;
- Fortalecimento da missão pública do serviço, elevando o grau de comprometimento das equipes com a qualidade e a equidade do cuidado;
- Integração mais efetiva da unidade com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

PLANEJAMENTO DAS FORMAS DE IMPLANTAÇÃO – ETAPA 1

Fortalecimento dos Conceitos do SUS na Prática

1. Realização de Oficinas de Sensibilização sobre a História e os Princípios do SUS

Objetivo:
Promover o conhecimento crítico sobre a origem, fundamentos e diretrizes do Sistema Único de Saúde, resgatando seu caráter democrático, público e participativo.

Conteúdo programático:

- A construção histórica do SUS: da Reforma Sanitária à Constituição de 1988;
- Princípios doutrinários (universalidade, integralidade, equidade);
- Princípios organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização e participação social);
- O papel do trabalhador no SUS.

Estratégia de execução:

- Programação de 3 ciclos de oficinas mensais (manhã e tarde);
- Condução feita por facilitadores internos e convidados (ex: profissionais da Secretaria de Saúde ou docentes);
- Registro de presença e emissão de certificado;
- Avaliação de percepção antes e depois de cada oficina.

Público-alvo: Todos os trabalhadores da unidade (assistenciais, administrativos e apoio).

Período: 1º ao 3º mês de implantação.

Produto final: Relatório de oficinas + resumo das discussões + plano de continuidade.

2. Rodas de Conversa Intersetoriais com Análise Crítica do Papel da Unidade na Rede Municipal de Saúde

Objetivo:
Estimular o pensamento crítico sobre o lugar e a função da unidade dentro da rede de atenção à saúde, a partir da escuta qualificada dos profissionais.

Conteúdo das rodas:

- Diagnóstico participativo sobre a identidade da unidade;
- Percepções sobre os fluxos com a rede (atenção básica, especializada, vigilância, regulação);
- Desafios enfrentados no cotidiano e propostas de integração com outros pontos da RAS.

Estratégia de execução:

- Realização quinzenal de rodas de conversa por setor ou equipe mista;
- Facilitação feita pelo núcleo gestor com apoio da Educação Permanente;
- Uso de metodologias ativas: mapa conceitual, linhas do tempo, painéis de ideias;
- Sistematização das falas e produção de relatório síntese.

Público-alvo: Equipes de enfermagem, médicos, administrativos, recepção, higienização, etc.

Período: 2º ao 4º mês de implantação.

Produto final: Documento "Nossa Unidade na Rede SUS" com diagnóstico coletivo.

3. Elaboração e Distribuição de Material de Apoio (Cartilhas, Infográficos, Vídeos)

Objetivo:
Instrumentalizar os trabalhadores com conteúdo acessível e didático sobre o SUS, reforçando os temas abordados nas oficinas e rodas de conversa.

Conteúdo dos materiais:

- Cartilha "Conhecendo o SUS": princípios, estrutura e direitos dos usuários;

- Infográficos sobre o financiamento do SUS, portas de entrada, pactuação interfederativa;
- Vídeos curtos com depoimentos de profissionais e usuários sobre a importância do SUS.

Estratégia de execução:

- Criação do material pela equipe de Comunicação Institucional + Núcleo de Educação Permanente;
- Validação técnica por especialistas da Secretaria Municipal ou consultores externos;
- Distribuição impressa e digital via WhatsApp corporativo, mural e crachás QR Code;
- Atualização periódica com novos temas e linguagens acessíveis.

Público-alvo: Interno (trabalhadores), com possibilidade de uso em ações de educação em saúde para usuários.

Período: A partir do 2º mês, com atualização bimestral.

Produto final: Kit institucional "SUS em Movimento" com registro de distribuição.

4. Integração com o Conselho Municipal de Saúde e Instâncias de Controle Social

Objetivo:

Reforçar o vínculo entre a unidade e as estruturas locais de controle social, promovendo a accountability e a transparência na gestão.

Ações previstas:

- Levantamento dos conselheiros locais e datas das reuniões;
- Participação periódica da direção técnica ou representantes da unidade no Conselho;
- Apresentação de relatórios de atividades da unidade em reuniões ordinárias;

- Convite aos conselheiros para visitas institucionais e eventos internos.

Estratégia de execução:

- Nomeação de ponto focal da unidade para diálogo com o Conselho Municipal;
- Produção de boletins trimestrais de prestação de contas e avanços da gestão;
- Inserção da Comissão de Humanização como elo entre gestão e controle social.

Público-alvo: Conselheiros municipais, lideranças comunitárias, representantes da sociedade civil.

Período: Contínuo, com início a partir do 1º mês.

Produto final: Relatório anual de interação com o controle social.

5. Campanha Interna "O SUS que Fazemos Todo Dia"

Objetivo:
Valorizar a atuação dos trabalhadores como agentes fundamentais na construção cotidiana do SUS e fortalecer a identidade institucional.

Componentes da campanha:

- Mural com fotos e histórias reais dos trabalhadores da unidade;
- Depoimentos em vídeo: "Por que acredito no SUS?"
- Reconhecimento público de boas práticas assistenciais e administrativas;
- Criação de símbolos gráficos e camisetas com o lema da campanha.

Estratégia de execução:

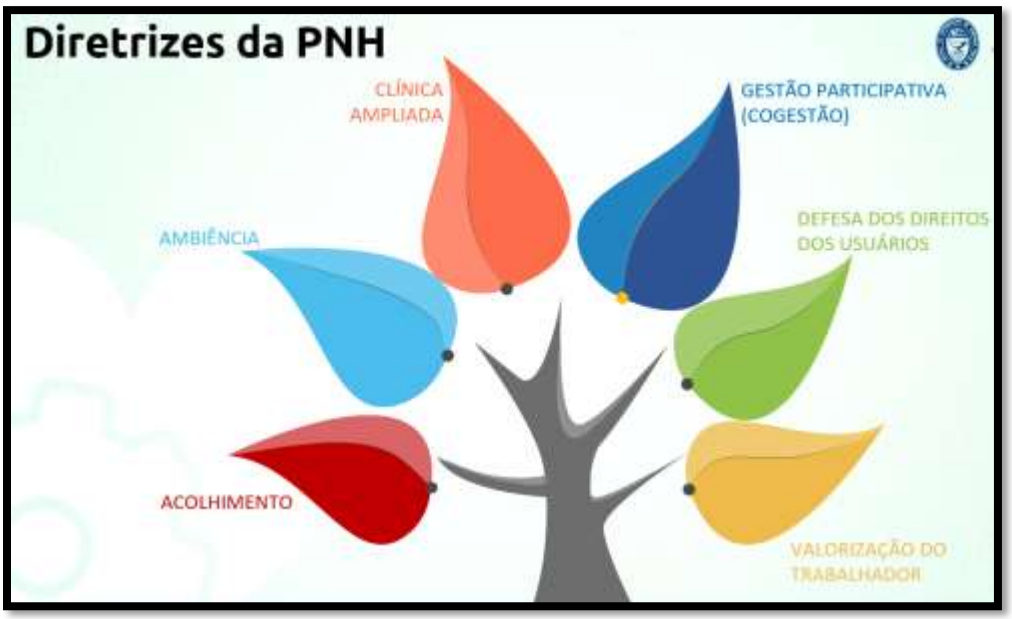
- Organização conduzida pela equipe de Humanização e Comunicação Institucional;
- Envolvimento dos setores na escolha dos destaques do mês;
- Divulgação em redes sociais, espaços internos e boletins.

Público-alvo: Todos os profissionais da unidade.

Período: A partir do 3º mês, com duração de 3 a 6 meses.

Produto final: Álbum institucional + exposição + vídeos editados.

ETAPA 2: CONCEITOS DA PNH – Humanização como Política de Gestão e Cuidado



Conceito

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde, propõe a humanização das práticas de cuidado e gestão por meio da valorização dos sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores) e da ampliação dos espaços de diálogo. A PNH opera com eixos como **acolhimento, escuta, corresponsabilização, clínica ampliada, valorização do trabalho vivo e transversalidade**, sendo fundamental para reorganizar as relações institucionais.

Formas de Implantação

- Leitura dirigida e debate das cartilhas da PNH com as equipes;
- Criação da **Comissão Interna de Humanização (CIH)** com representação de todos os setores;
- Mapeamento de experiências críticas de desumanização e propostas de readequação de fluxos e ambientes;

- Implantação do "acolhimento institucional" tanto para usuários quanto para novos trabalhadores;
- Desenvolvimento de um plano de humanização com metas, cronograma e indicadores qualitativos (ex: escuta, tempo de espera, conforto, acolhimento na urgência etc.).

Impacto nos Serviços

- **Requalificação das relações entre usuários e trabalhadores**, com maior empatia e escuta ativa;
- Melhoria da ambiência e redução do estresse organizacional;
- Redução de conflitos internos e aumento da coesão institucional;
- Melhoria na percepção do serviço pela comunidade (satisfação do usuário);
- Criação de um modelo institucional centrado nas **relações e nos afetos**, e não apenas na técnica e na burocracia.

PLANEJAMENTO DAS FORMAS DE IMPLANTAÇÃO – ETAPA 2

Aplicação dos Conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH)
Foco: Humanização das práticas de cuidado e gestão

1. Leitura Dirigida e Debate das Cartilhas da PNH com as Equipes

Objetivo:
Aproximar os trabalhadores dos fundamentos da Política Nacional de Humanização (PNH), promovendo reflexão crítica sobre suas práticas de cuidado, relacionamento e gestão.

Conteúdo programático:

- Diretrizes da PNH: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e protagonismo dos sujeitos;
- Dispositivos da PNH: acolhimento, clínica ampliada, cogestão, projeto terapêutico singular, entre outros;
- Exemplos reais de aplicação da PNH em unidades de saúde.

Estratégia de execução:

- Seleção de 3 cartilhas da PNH como base (ex: "HumanizaSUS – Documento Base", "Acolhimento nas práticas de saúde", "Humanização da gestão");
- Grupos de leitura quinzenais, com mediação de facilitadores capacitados;
- Sistematização das percepções em painéis colaborativos (físicos ou digitais);
- Atas de cada encontro com registro das reflexões e propostas.

Público-alvo: Equipes assistenciais, administrativas, apoio e gestão.
Período: Ciclo de 6 encontros entre o 2º e 4º mês.
Produto final: Documento "PNH em Prática na Unidade", com propostas extraídas dos debates.

2. Criação da Comissão Interna de Humanização (CIH) com Representação de Todos os Setores

Objetivo:
Consolidar uma instância colegiada responsável por planejar, acompanhar e avaliar ações de humanização na unidade, com caráter permanente e deliberativo.

Composição mínima recomendada:

- Representantes da equipe de enfermagem, recepção, higienização, médicos, administrativo, apoio logístico e gestão;
- Indicação por setor, com critérios de perfil ético, comunicativo e compromisso institucional.

Atribuições da CIH:

- Propor ações de melhoria no acolhimento e na ambiência;
- Mediar conflitos e promover escuta ativa nos setores;
- Avaliar indicadores de humanização e elaborar relatórios periódicos;
- Articular a aplicação da PNH com as demais comissões da unidade.

Estratégia de execução:

- Elaboração de regulamento interno da CIH;
- Eleição e/ou indicação dos membros com mandato de 1 ano;
- Capacitação inicial da CIH com conteúdo teórico e simulações de atuação.

Período: Constituição entre o 2º e o 3º mês.

Produto final: Portaria interna de criação da CIH + Plano de Ação Anual de Humanização.

3. Mapeamento de Experiências Críticas de Desumanização e Propostas de Readequação de Fluxos e Ambientes

Objetivo:

Identificar, a partir da escuta dos trabalhadores e usuários, situações recorrentes de desrespeito, descuido ou ineficiência nos processos, e propor soluções realistas e coletivas.

Fontes de levantamento:

- Roda de conversa com trabalhadores por setor;
- Pesquisa interna de clima organizacional;
- Caixa de sugestões e escuta dos usuários;
- Incidentes notificados e reclamações recebidas.

Critérios para análise das experiências críticas:

- Relevância do impacto no cuidado e no ambiente;
- Repetição ou recorrência da situação;
- Possibilidade de intervenção institucional.

Estratégia de execução:

- Condução do mapeamento pela CIH, com apoio da Ouvidoria ou do setor de qualidade;
- Elaboração de diagnóstico técnico com as experiências mais críticas;

- Oficinas de redesign dos fluxos e ambientes com participação dos setores afetados.

Período: Do 3º ao 5º mês.

Produto final: Documento "Linhas de Cuidado e Ambiência Humanizada" com recomendações práticas.

4. Implantação do "Acolhimento Institucional" para Usuários e Novos Trabalhadores

Objetivo:

Fortalecer o vínculo entre a unidade e seus públicos (usuários e profissionais), por meio de uma recepção qualificada, ética e orientadora desde o primeiro contato.

Para usuários:

- Padronização da abordagem inicial na recepção com base na escuta ativa e linguagem acessível;
- Cartaz institucional com direitos e fluxos (ex: classificação de risco, farmácia, exames, denúncias);
- Treinamento da recepção e acolhedores sobre comunicação não violenta.

Para novos trabalhadores:

- Criação de um "Kit de Boas-Vindas" com identidade institucional, normas, PNH e diretrizes do SUS;
- Encontro de integração com a gestão e lideranças nos primeiros 10 dias de trabalho;
- Apresentação dos colegiados e convite para participação ativa.

Estratégia de execução:

- Definição de protocolos operacionais padrão para o acolhimento;
- Capacitação específica com apoio da Educação Permanente e Humanização;

- Avaliação periódica com os novos trabalhadores e usuários sobre a recepção recebida.

Período: Implantação piloto no 4º mês, institucionalização a partir do 5º mês.
Produto final: Manual de Acolhimento Institucional da Unidade.

5. Desenvolvimento de um Plano de Humanização com Metas, Cronograma e Indicadores Qualitativos

Objetivo:
Organizar e sistematizar as ações de humanização em um plano estratégico, com metas claras, indicadores de avaliação e cronograma institucional.

Elementos do plano:

- Eixos estratégicos (ex: acolhimento, ambiência, relações interpessoais, cuidado com o trabalhador);
- Objetivos específicos e metas mensuráveis;
- Responsáveis por execução, acompanhamento e avaliação;
- Indicadores qualitativos: escuta, tempo de espera, conforto, empatia, satisfação dos usuários, entre outros.

Estratégia de execução:

- Elaboração conduzida pela CIH com apoio da Direção Geral e do setor de planejamento;
- Oficinas colaborativas com as equipes para definir metas viáveis;
- Avaliação bimestral do progresso do plano com ajustes sempre que necessário.

Período: Construção do plano entre o 5º e o 6º mês.

Produto final: Documento "Plano Integrado de Humanização – Unidade [nome]".

ETAPA 3: GESTÃO PARTICIPATIVA – Co-Gestão como Modo de Produção de Processos e Resultados

Conceito

A gestão participativa é compreendida como uma forma de organização do trabalho institucional **baseada no compartilhamento real do poder**, na construção coletiva das decisões e na corresponsabilidade dos resultados. Envolve a criação de **espaços colegiados deliberativos**, eleição de representantes, planejamento ascendente e valorização da experiência do trabalhador como sujeito ativo da gestão. É inspirada na co-gestão proposta por Gastão Wagner e Emerson Merhy, que rompe com o modelo gerencial vertical e autoritário.

Formas de Implantação

- Implantação de **colegiados setoriais e intersetoriais**, com representantes eleitos democraticamente;
- Criação formal das comissões de Planejamento, Indicadores, Ética, Qualidade, Educação Permanente e Humanização;
- Definição conjunta de metas institucionais e indicadores de desempenho, com pactuação entre setores;
- Criação de um calendário de reuniões deliberativas e devolutivas por parte da gestão;
- Formação de lideranças facilitadoras e mediadoras nos setores;
- Utilização de metodologias participativas (ex: roda de conversa, mapa estratégico coletivo, matriz de responsabilidades cruzadas, PDCA participativo).

Impacto nos Serviços

- Aumento do **engajamento e do comprometimento das equipes** com as metas e os resultados;
- Redução da rotatividade e do absenteísmo por valorização do protagonismo dos trabalhadores;

- Melhoria na integração entre setores e resolução conjunta de problemas;
- Ampliação da **legitimidade da gestão** e aumento da confiança nas lideranças institucionais;
- Efetiva implementação de uma cultura organizacional centrada na corresponsabilidade e na produção de soluções coletivas.

PLANEJAMENTO DAS FORMAS DE IMPLANTAÇÃO – ETAPA 3

Implantação da Gestão Participativa e Co-Gestão Institucional

1. Implantação de Colegiados Setoriais e Intersetoriais, com Representantes Eleitos Democraticamente

Objetivo:
Instituir espaços formais e permanentes de deliberação coletiva, que representem a diversidade dos setores da unidade e permitam a construção horizontal das decisões.

Estrutura prevista:

- Colegiados Setoriais: compostos por representantes eleitos de cada setor (enfermagem, recepção, higienização, administrativo etc.);
- Colegiado Intersetorial: instância central com representantes dos colegiados setoriais e da gestão, para tratar de assuntos transversais e estratégicos.

Etapas de implantação:

1. Divulgação institucional sobre o papel dos colegiados;
2. Estabelecimento de critérios para elegibilidade e representação (mandato, rotatividade, perfil ético e comunicativo);
3. Realização de eleição interna com apoio do setor de educação permanente ou CIH;
4. Formação inicial dos representantes eleitos sobre gestão participativa, escuta qualificada e processos coletivos.

Período: 2º ao 4º mês.

Produto final: Regulamento interno dos colegiados + quadro atualizado de representantes por setor.

2. Criação Formal das Comissões de Planejamento, Indicadores, Ética, Qualidade, Educação Permanente e Humanização

Objetivo:
Estruturar tecnicamente a participação institucionalizada em núcleos temáticos, com funções específicas de monitoramento, proposição e avaliação das políticas internas da unidade.

Comissões recomendadas:

- Comissão de Planejamento e Gestão Estratégica;
- Comissão de Indicadores e Avaliação de Resultados;
- Comissão de Ética e Relações Humanas;
- Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Comissão de Educação Permanente em Saúde;
- Comissão Interna de Humanização (CIH).

Etapas de implantação:

1. Elaboração de portaria interna e regulamento de cada comissão;
2. Nomeação ou eleição dos membros, com critérios de representação por setor;
3. Capacitação inicial com definição clara das atribuições de cada comissão;
4. Integração das comissões com os colegiados e o plano de gestão institucional.

Período: 3º ao 5º mês.

Produto final: Atas de instalação, plano de ação anual por comissão e calendário de reuniões.

3. Definição Conjunta de Metas Institucionais e Indicadores de Desempenho, com Pactuação entre Setores

Objetivo:
Construir um Plano de Ação Institucional com metas claras e compartilhadas, pactuadas entre os setores, considerando a realidade local, os contratos firmados com o ente público e os objetivos do SUS.

Processo de pactuação:

- Oficinas de planejamento com participação dos colegiados e das comissões;
- Levantamento de indicadores assistenciais e administrativos já monitorados;
- Definição de metas SMART (específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais);
- Distribuição de responsabilidades entre setores, com apoio técnico da gestão.

Indicadores sugeridos:

- Tempo médio de espera no acolhimento;
- Taxa de absenteísmo;
- Satisfação do usuário e do trabalhador;
- Número de eventos adversos notificados e resolvidos;
- Cumprimento de protocolos assistenciais.

Período: 4º ao 6º mês.

Produto final: Plano de Metas e Indicadores com matriz de responsabilidades e cronograma de avaliação.

4. Criação de um Calendário de Reuniões Deliberativas e Devolutivas por Parte da Gestão

Objetivo:
Garantir previsibilidade, transparência e ritmo contínuo para as decisões institucionais, fortalecendo o diálogo entre gestão e trabalhadores.

Componentes do calendário:

- Reuniões mensais dos colegiados setoriais e das comissões temáticas;
- Reuniões bimestrais do colegiado intersetorial com a Direção Geral;
- Reuniões trimestrais de devolutiva da gestão (prestação de contas, avaliação de metas, escuta aberta).

Etapas de implantação:

1. Consulta aos setores sobre melhores dias/horários para reuniões;
2. Consolidação do calendário institucional anual;
3. Divulgação em murais, boletins e agenda virtual;
4. Registro sistemático em atas e relatórios de decisões.

Período: Início no 4º mês, com revisão semestral.

Produto final: Calendário institucional integrado da participação.

5. Formação de Lideranças Facilitadoras e Mediadoras nos Setores

Objetivo:
Capacitar lideranças internas para atuar como pontos de escuta ativa, articulação de demandas e mediação de conflitos cotidianos, promovendo o fortalecimento da co-gestão na base.

Perfil das lideranças:

- Capacidade de diálogo, escuta e neutralidade ética;
- Comprometimento com os princípios do SUS e da humanização;
- Reconhecimento pelos pares como liderança positiva.

Formação prevista:

- Módulo teórico sobre gestão participativa e relações interpessoais;

- Oficinas de simulação de situações-problema e estratégias de mediação;
- Supervisão periódica com apoio da Educação Permanente.

Período: 5º ao 6º mês.

Produto final: Grupo de facilitadores por setor com plano de atuação e vínculo com os colegiados.

6. Utilização de Metodologias Participativas (Roda de Conversa, Mapa Estratégico Coletivo, Matriz de Responsabilidades, PDCA Participativo)

Objetivo:
Transformar a participação em prática concreta, garantindo que os espaços de gestão coletiva utilizem ferramentas adequadas para construir decisões legítimas, criativas e viáveis.

Metodologias aplicadas:

- **Roda de Conversa:** escuta ativa e construção horizontal de ideias;
- **Mapa Estratégico Coletivo:** visualização dos objetivos institucionais e ações prioritárias;
- **Matriz de Responsabilidades Cruzadas:** clareza sobre quem faz o quê, com quem e quando;
- **PDCA Participativo:** planejamento, execução, verificação e ajuste com todos os envolvidos.

Etapas de implantação:

- Capacitação dos facilitadores e gestores no uso das metodologias;
- Aplicação prática nas reuniões e oficinas da unidade;
- Avaliação das metodologias utilizadas e adaptação conforme as necessidades.

Período: Permanente, a partir do 3º mês.

Produto final: Relatórios participativos com uso de ferramentas visuais e participativas.

A implantação de um modelo de gestão pautado na construção coletiva de práticas e no compartilhamento de poder entre diferentes atores institucionais representa uma profunda mudança de paradigma na condução dos serviços de saúde.

Esse modelo, fundamentado nos princípios da gestão participativa, constitui não apenas uma estratégia administrativa, mas uma escolha ética, política e técnica comprometida com os valores fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Ao incluir gestores estratégicos, lideranças operacionais, comissões como a CIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), setores de Recursos Humanos, Educação Permanente e representantes de trabalhadores de todos os níveis, a instituição supera o modelo tradicional verticalizado e autoritário.

Em seu lugar, consolida-se uma lógica horizontal de poder, na qual a escuta qualificada, o diálogo e a corresponsabilização tornam-se princípios orientadores das decisões.

Essa mudança de abordagem reverbera diretamente na cultura organizacional da instituição. A inclusão ativa dos trabalhadores na definição de metas e prioridades institucionais rompe com a lógica do cumprimento mecânico de ordens e promove o engajamento com os objetivos coletivos da organização.

Os profissionais passam a compreender seu papel não apenas como executores, mas como sujeitos ativos, capazes de propor, analisar criticamente e transformar os processos de trabalho.

A gestão participativa promove, assim, uma ampliação do pertencimento institucional. Quando os trabalhadores são reconhecidos em seus saberes, valorizados em suas experiências e convidados a compor os processos decisórios, emerge uma nova forma de se relacionar com o trabalho: mais comprometida, mais ética e mais corresponsável. Isso repercute na motivação da equipe, na redução de conflitos e, sobretudo, na melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço.

Ao criar espaços permanentes de escuta e pactuação, como comissões de indicadores, qualidade, humanização, planejamento e ética, a instituição fortalece

mecanismos coletivos de avaliação, monitoramento e reorientação das práticas. Essa estrutura colaborativa permite uma análise mais integrada e realista da realidade institucional, o que contribui diretamente para a redução de retrabalhos, para o uso mais racional de recursos e para a identificação de soluções conjuntas frente aos desafios cotidianos.

Outro aspecto central dessa transformação está na valorização da Educação Permanente em Saúde.

Quando os próprios trabalhadores participam da construção dos processos e das metas, o aprendizado torna-se contínuo e vinculado à prática. A troca de experiências entre setores e a análise crítica coletiva dos processos institucionais fortalecem o aprendizado significativo e contribuem para a formação de equipes mais resolutivas, empoderadas e capazes de inovar.

Com isso, a gestão participativa também se apresenta como estratégia fundamental para a qualificação da atenção. A proximidade com os princípios da PNH — como a autonomia dos sujeitos, a corresponsabilidade no cuidado e o protagonismo dos trabalhadores e usuários — permite que a assistência supere modelos centrados na doença ou no procedimento, e se reoriente para práticas de cuidado mais integrais, humanizadas e resolutivas.

Nesse contexto, a gestão do trabalho também se transforma. A redução do absenteísmo, da rotatividade e das licenças médicas por adoecimento relacionado ao trabalho pode ser observada como um dos efeitos colaterais positivos da valorização dos trabalhadores.

O envolvimento direto nas decisões e a sensação de pertencimento institucional favorecem a saúde mental e o bem-estar das equipes, além de gerarem maior estabilidade organizacional.

Além disso, a construção coletiva de práticas permite que a instituição se alinhe mais efetivamente aos dispositivos legais e às diretrizes do SUS, que desde sua origem defendem a participação social e o controle público como pilares essenciais da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Embora esse princípio tenha sido historicamente mais presente no controle social por meio dos conselhos e conferências, sua internalização nos processos

micropolíticos de gestão — como dentro das unidades de saúde — representa um avanço significativo para a consolidação de uma democracia sanitária mais robusta.

Por fim, ao se comprometer com essa "nova maneira de agir em saúde", a instituição deixa de ser um mero espaço de execução técnica e passa a se constituir como território de aprendizagem, cidadania e cuidado ético. A mudança nos modos de gerir implica diretamente na mudança dos modos de cuidar. Ou seja, uma gestão participativa não é apenas uma ferramenta organizacional — é um modo de produzir saúde em sua plenitude.

A experiência demonstra que quando trabalhadores são convocados a pensar e decidir sobre os rumos institucionais, a transformação é visível e concreta. O cuidado se torna mais qualificado, os usuários mais acolhidos, os trabalhadores mais respeitados e os gestores mais comprometidos.

A integração entre os diferentes setores e o estabelecimento de metas pactuadas fortalecem o compromisso com os resultados, mas também com os processos, com as relações humanas e com os valores do SUS.

Em tempos de desafios crescentes no financiamento e na organização dos sistemas de saúde, investir em modelos de gestão centrados na participação e na construção coletiva pode ser não apenas uma estratégia de sobrevivência institucional, mas uma afirmação de princípios. Uma instituição que compartilha decisões, que valoriza seus profissionais e que promove a escuta ativa se fortalece internamente e se torna mais capaz de enfrentar as complexidades externas.

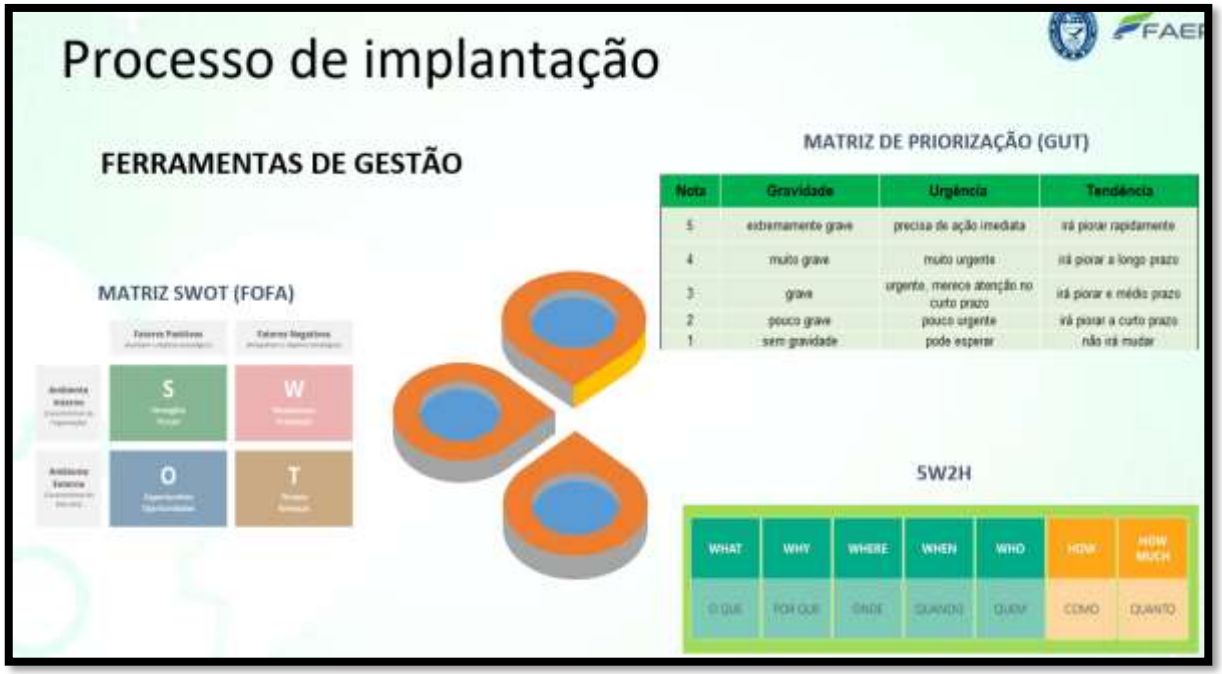
Em suma, a gestão participativa não é uma utopia abstrata, mas uma possibilidade concreta de reorganizar os serviços de saúde sob os princípios da equidade, da integralidade, da humanização e da corresponsabilidade.

Sua adoção em hospitais e unidades de pronto atendimento, como no caso da experiência da AHBB, representa um compromisso com a qualidade, a democracia institucional e a dignidade de trabalhadores e usuários.

A consolidação desse modelo exige perseverança, investimento em formação, abertura ao diálogo e disposição para revisar práticas enraizadas.

Mas os resultados observados — na melhoria da assistência, no comprometimento das equipes e na racionalização dos recursos — demonstram que vale a pena trilhar esse caminho.

Uma gestão que se propõe a aprender com sua equipe e a construir soluções de forma compartilhada é, sem dúvida, uma gestão mais justa, mais eficiente e mais humana.



1.3. Implantação do sucesso do modelo e as estratégias

Para garantir que a cogestão proposta pela AHBB produza resultados concretos na UPA de Boquim, o plano de implantação foi desenhado em torno de dez estratégias encadeadas, cada qual voltada a lidar com o deslocamento de paradigma, a transformação do clima organizacional, a gestão de pessoas e a elevação simultânea da eficiência, da eficácia e da efetividade assistencial.

1. Patrocínio institucional e governança da mudança – Antes de qualquer ação operativa, a direção da AHBB formaliza um comitê de transição que reúne gestores, lideranças clínicas, representantes dos trabalhadores e interlocutores da Secretaria de Estado da Saúde. Esse colegiado define marcos temporais, garante recursos (orçamentários, humanos e tecnológicos) e atua como "escudo político" para remover barreiras típicas de modelos verticalizados.

2. Alinhamento conceitual e contratual – Nos três primeiros meses, todos os colaboradores participam de oficinas sobre os princípios do SUS e da PNH, seguidas de rodas de conversa intersetoriais que redigem um "pacto de missão" próprio da UPA. Esse documento, subscrito por todos, torna-se referência ética-técnica para contratos de trabalho, avaliação de desempenho e metas coletivas.

3. Reprogramação do clima e da cultura organizacional – A campanha interna "O SUS que Fazemos Todo Dia" expõe diariamente, em murais físicos e digitais, histórias reais de cuidado, resultados alcançados e depoimentos de usuários. Ao deslocar o foco da tarefa isolada para o propósito social, a iniciativa reforça pertencimento, orgulho institucional e reduz tensões hierárquicas.

4. Estrutura participativa robusta – Até o quarto mês, são instalados colegiados setoriais e um colegiado intersetorial com representantes eleitos. Paralelamente, funcionam as comissões de Planejamento, Indicadores, Qualidade, Educação Permanente, Ética e Humanização. Todas as decisões estratégicas passam por essas instâncias, assegurando horizontalidade e corresponsabilização.

5. Gestão de pessoas baseada em competências – Cada trabalhador recebe um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) ligado às metas da equipe. A Educação Permanente oferece trilhas formativas modulares (clínica ampliada, segurança do paciente, comunicação não violenta, Lean Healthcare). Metas atingidas convertem-se em reconhecimento simbólico e progressão funcional, sustentando motivação e diminuindo rotatividade e absenteísmo.

6. Produção enxuta e redesenho de processos – Mapas de fluxo de valor identificam gargalos em admissão de pacientes, medicação, exames e altas. Equipes mistas aplicam ciclos PDCA participativos, eliminando etapas sem valor e redesenhando protocolos. O resultado esperado é a redução do tempo porta-triagem, menor lotação na sala de observação e liberação mais rápida de leitos.

7. Sistema integrado de indicadores – A Comissão de Indicadores publica, em painel eletrônico visível a todos, métricas clínicas (tempo de espera médio, índice de retriagem em 72 h, taxa de eventos adversos) e administrativas (custo por atendimento, taxa de ocupação de profissionais, satisfação do usuário e do trabalhador). Metas SMART são revisadas trimestralmente; desvios acionam planos corretivos imediatos.

8. Canais permanentes de escuta e mediação – A Ouvidoria interna, vinculada à Comissão de Humanização, recebe manifestações de usuários e trabalhadores, enquanto lideranças facilitadoras mediadas pelo setor de Educação Permanente atuam preventivamente em conflitos. Esse dispositivo reduz afastamentos por adoecimento psíquico, acelera solução de problemas e fortalece o clima de confiança.

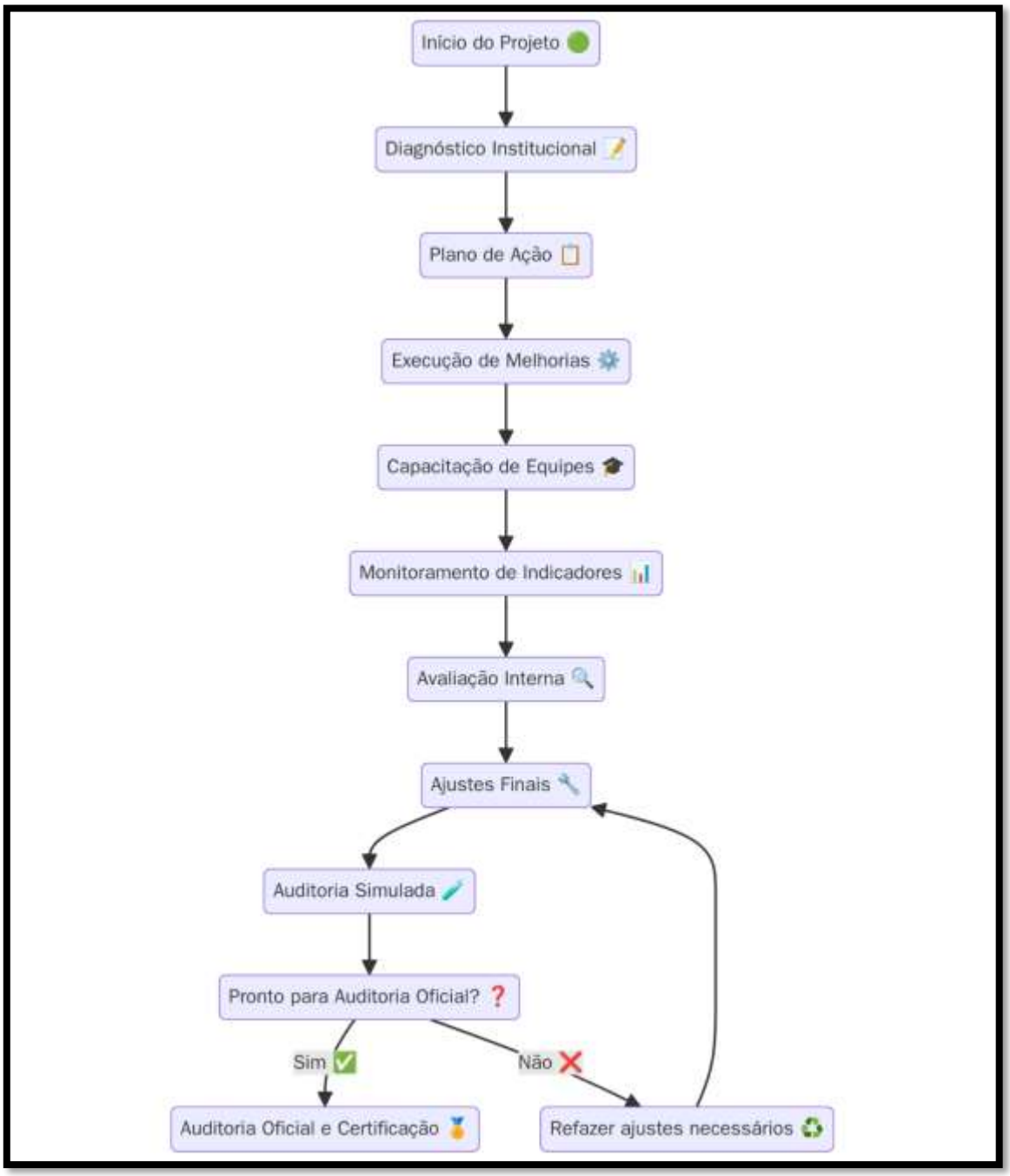
9. Transparência e accountability externa – Relatórios de progresso são apresentados trimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde e publicados no portal da unidade. Além de cumprir a legislação de controle social, a prática

confere legitimidade pública ao novo modelo e incentiva a comunidade a participar de sua avaliação.

10. Avaliação evolutiva e ajuste fino – Semestralmente, um "Dia de Aprendizagem" reúne todos os colegiados para revisar resultados, comparar-se a padrões nacionais de UPAs e redefinir prioridades. Esse rito celebra conquistas, consolida cultura de melhoria contínua e evita que processos inovadores se acomodem.

A conjugação dessas estratégias assegura que a mudança deixe de ser um projeto pontual e se converta em modo de funcionamento permanente. O paradigma autoritário cede lugar a decisões ponderadas coletivamente; o clima organizacional ganha sentido, apoio mútuo e segurança psicológica; a gestão de pessoal evolui de controle para desenvolvimento; e os indicadores começam a refletir ganhos mensuráveis de eficiência (redução de custos e tempos), eficácia (alcance das metas pactuadas) e efetividade (melhora perceptível na saúde e na satisfação dos usuários). A UPA de Boquim, então, transforma-se em vitrine de um SUS que combina ciência, participação e cuidado humanizado – exatamente o objetivo maior da AHBB.

1.4. Certificação ONA 1 em 24 meses



A implantação da **acreditação ONA Nível 1** na UPA de Boquim será conduzida como um projeto de qualidade assistencial em três ondas de -12 meses, cada qual ancorada nos padrões de segurança e nos requisitos "CORE" previstos pelo Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022-2025, que exige atendimento a, no

mínimo, 80 % dos itens de estrutura, processos e resultados relacionados à segurança do paciente.

1. Governança e mobilização (mês 0-1) – O primeiro passo é a formalização de um *Comitê de Acreditação* liderado pela diretoria da AHBB, integrando gerência médica, enfermagem, engenharia clínica, apoio diagnóstico, hotelaria, suprimentos e trabalhadores eleitos nos colegiados já instituídos pelo modelo de cogestão. O comitê assume três funções: (a) escolher a Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) que acompanhará o ciclo; (b) aprovar cronograma, orçamento e indicadores-chave; (c) funcionar como instância decisória para ajustes estruturais ou de pessoal. Essa etapa inaugura o *patrocínio visível da liderança*, exigido pela ONA para o padrão "Liderança Organizacional".

2. Diagnóstico de conformidade e análise de risco (mês 1-2) – Equipes multidisciplinares aplicam um check-list de 214 itens do Manual ONA 1, classificando cada requisito em "atende", "parcial" ou "não atende". Paralelamente, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) levanta riscos críticos em triagem, medicação, radiologia, procedimentos invasivos e fluxo de resíduos, utilizando matriz de probabilidade × impacto. O resultado gera um *mapa de lacunas* e um ranking de prioridades por grau de risco, custo de adequação e prazo legal.

3. Plano diretor de adequação (mês 2-4) – Com base no diagnóstico, o comitê aprova um *Plano Diretor* dividido em seis frentes:

• **Estrutura física** – sinalização de rotas de fuga, adequação de barreiras corta-fogo, climatização de salas críticas e acessibilidade universal.

• **Documentação e PADRÕES** – criação/revisão de POPs, protocolos de segurança do paciente, manual de organização, código ético e política de qualidade.

• **Processos assistenciais** – redesenho de triagem por risco, padronização de prescrição eletrônica, check list cirúrgico adaptado a procedimentos de urgência.

• **Gestão de pessoas** – matriz de competências e treinamento obrigatório em seis protocolos de segurança (identificação, comunicação eficaz, cirurgias seguras, medicamentos de alta vigilância, infecção e quedas).

• **Suprimentos e rastreabilidade** – implantação de sistema de lote-validade para

medicamentos, controle de material esterilizado e inventário just-in-time. • **Sistema de indicadores** – seleção de 14 indicadores mínimos (ex.: tempo porta-triagem, taxa de retorno em 72 h, densidade de infecção, Satisfação do Usuário) com metas SMART.

4. Capacitação intensiva e cultura de segurança (mês 4-7) – Via Centro de Educação Permanente, treinaremos 100 % dos trabalhadores em fundamentos de qualidade, ferramentas Lean e protocolos ONA. Metodologias ativas (simulação realística, "time-outs" filmados, rodas de aprendizagem) reforçam a cultura justa e a notificação de incidentes. Ao mesmo tempo, murais Kaizen e briefings diários divulgam metas, "dias sem evento adverso" e conquistas rápidas, diminuindo resistência e consolidando clima de confiança.

5. Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) (mês 5-8) – Todos os documentos passam a tramitar em plataforma eletrônica com controle de versão; auditorias internas trimestrais verificam aderência a POPs, rastreabilidade e registros de incidentes; reuniões do NSP analisam causa-raiz pelo método Análise de Barreiras e definem ações corretivas.

6. Ensaios de rastreabilidade e provas de evacuação (mês 8-9) – Testes práticos demonstram a eficácia dos planos: simulado de incêndio, rastreabilidade "fim a fim" de um lote de contraste radiológico até descarte e simulação de choque anafilático. Os resultados alimentam ajustes finais.

7. Auditoria branca e ações de fechamento (mês 9-10) – A IAC realiza uma *pré-avaliação* (auditoria branca). Todas as não-conformidades são registradas em plano de ação com responsáveis e prazos ≤ 30 dias.

8. Avaliação externa e certificação (mês 11-12) – Com 100 % das não conformidades sanadas e ≥ 80 % dos padrões atendidos, a UPA agenda a visita de avaliação oficial. Equipes apresentam evidências em prontuários, registros eletrônicos, análises de indicadores e resultados de simulações. A certificação ONA 1, válida por dois anos, é emitida se os requisitos de qualidade e segurança forem comprovados.

9. Sustentação pós-certificação – O cronograma inclui revisão semestral dos riscos, auditorias internas contínuas e relatório anual ao Conselho Municipal de

Saúde, garantindo que o selo ONA se converta em rotina de melhoria contínua – base para evoluir, em 24-36 meses, ao Nível 2 (Acreditado Pleno).

Com esse planejamento estruturado, a UPA de Boquim integra infraestrutura segura, processos padronizados, cultura de notificação e monitoramento de indicadores, cumprindo o padrão ONA 1 e elevando a confiança de usuários, trabalhadores e gestores públicos na assistência prestada.

1. Por que a Acreditação faz sentido num cenário de UPA?

A Unidade de Pronto Atendimento ocupa o meio do caminho entre a atenção básica e o hospital: resolve até 95 % dos casos sem internação, absorve picos de demanda noturna e feriados e é porta reguladora do SAMU e da atenção hospitalar. Nesse ambiente de alto giro—média de 100 a 200 atendimentos/dia—pequenos desvios de processo viram filas, erros de medicação ou encaminhamentos tardios. O selo **ONA 1** atesta publicamente que a UPA cumpre **todos os requisitos essenciais de segurança do paciente previstos no Manual ONA 2022**, servindo como "piso" de qualidade para serviços de urgência pré-hospitalar.

2. Quais requisitos do ONA 1 impactam diretamente a rotina da UPA?

Pilar ONA 1	Exemplo prático na UPA	Resultado esperado
Infraestrutura segura	Área amarela, vermelha e observação dimensionadas; checagem de gases medicinais; grupo-gerador testado semanalmente	Menos interrupções de energia, menor risco em procedimentos críticos
Protocolos assistenciais validados	Classificação de risco em ≤ 5 min, bundle de sepse, vias clínicas para dor torácica e AVC	Redução do tempo porta-agulha/TPA, mortalidade mais baixa

Pilar ONA 1	Exemplo prático na UPA	Resultado esperado
Gestão de riscos	Notificação de quase-erro via aplicativo; auditoria de prontuários em 24 h	Cultura de segurança e aprendizado rápido
Registros clínicos rastreáveis	Prontuário eletrônico com timestamp automático e BI de indicadores	Melhora comunicação com hospitais de referência e regulações
Capacitação contínua	Treinamento ACLS/ATLS semestral, simulações in situ de PCR na área vermelha	Time clínico mais preparado e engajado
Direitos do usuário	Painel de tempo de espera, boletim familiar a cada 2 h, consentimento informado digital	Satisfação, menor judicialização

3. Benefícios comprovados em UPAs já acreditadas

- **UPA São José (SC)** – primeira do estado com ONA 1; relatou **queda de 32 % nos eventos adversos notificados em seis meses** e redução de 18 min no tempo médio de espera.
- **UPA Cristo Redentor (Fortaleza, CE)** – iniciou com ONA 1 em 2017 e alcançou ONA 3 em 2021; manteve índice de retorno < 3 % em 72 h e aumentou resolutividade para 93 %.
- **UPA Santa Paula (PR)** – após ONA 1, implantou check-lists de medicação de alto risco e zerou erros de dose por três trimestres consecutivos
- **UPA Oropó (Mogi das Cruzes, SP)** – saltou direto para ONA 2; protocolo de sepse reduziu mortalidade sepsis-relacionada na porta de 28 % para 14 %

- Esses dados mostram ganho clínico (segurança e mortalidade), operacional (fluxo) e reputacional (atração de profissionais e incentivos municipais).

4. Ganhos específicos para a gestão municipal e para a rede RUE

1. **Integração com regulação** – indicadores ONA exigem rastreio do tempo de permanência e motivo de transferência, facilitando negociação de leitos e transparência frente à Central de Regulação.
2. **Financiamento e incentivos** – alguns estados já bonificam upas acreditadas com repasse adicional ou prioridade em programas de investimento em infraestrutura.
3. **Economia de escala** – processos padronizados diminuem desperdício de materiais (ex.: queda de 12 % no uso de sondas de Foley em São José) e de horas extras não produtivas.
4. **Imagem pública** – o selo serve como sinal de qualidade tangível ao cidadão, reduzindo pressões políticas em cenários de superlotação.

5. Desafios de implantação

- **Recursos limitados** – UPAs dependem de orçamento municipal/estadual; é preciso priorizar melhorias de alto impacto (fluxo, prontuário eletrônico, capacitação).
- **Turnover de equipe** – plantões terceirizados geram rotatividade; manter cultura de segurança requer onboarding acelerado e repetição de treinamentos.
- **Burocracia vs. agilidade** – ONA 1 pede documentação robusta; equipes assistenciais devem enxergar os protocolos como ferramentas e não mera papelada.

Soluções adotadas pelas unidades citadas incluem **núcleo de qualidade enxuto**, dashboards em TV na sala de plantão e **simulações curtas (15 min)** ao fim de cada turno para fixar boas práticas.

6. Rota para o futuro (ONA 2 e 3)

ONA 1 garante a base de segurança. Uma vez consolidada, a UPA pode avançar para **ONA 2 (processos integrados)** —exigindo gestão por indicadores diária e integração total com regulação hospitalar—e, depois, **ONA 3 (excelência)**, onde a cultura de melhoria contínua vira rotina.

UPAs que percorrem esse caminho tendem a se transformar em **centros de treinamento e referência** para outras unidades da rede.

Conclusão

Dentro do ecossistema da Rede de Urgência e Emergência, **o selo ONA 1 numa UPA não é um enfeite: é a comprovação de que a unidade entrega cuidado seguro, rastreável e resolutivo—24 horas por dia, todos os dias.** Ele organiza fluxos, empodera profissionais, cria transparência para gestores e, principalmente, salva vidas ao reduzir erros evitáveis. Para gestores municipais e estaduais, investir na acreditação é garantir que a porta de entrada da rede trabalhe no padrão certo desde o primeiro contato com o paciente.

Como a AHBB vai conduzir a certificação ONA 1 da UPA de Boquim

1. Meta e verba

- **Objetivo:** conquistar o selo ONA 1 em até 12 meses, assegurando os requisitos mínimos de segurança do paciente.
- **Orçamento reservado: R$ 45 000,00**, proveniente da rubrica específica no Plano de Trabalho.

2. Plano de ação em quatro frentes

Frente	Ações-chave	Responsável-líder
1. **Diagnóstico & Planejamento** (Mês 1)	• Auditoria-foto de processos e infraestrutura • Análise de gap vs. Manual ONA 1 • Cronograma detalhado e matriz RACI	Núcleo de Qualidade AHBB
2. **Padronização & Treinamento** (Mês 2-6)	• Revisão/implantação de protocolos (triagem, sepse, IAM, AVC) • Oficina de notificação de incidentes • Capacitação ACLS/ATLS e simulações de 15 min pós-plantão	Coord. Médica e Enf. da UPA + Educador Clínico AHBB
3. **Gestão de Riscos & Indicadores** (Mês 4-10)	• Implantar prontuário eletrônico simplificado (módulo rastreio) • Dashboard de tempo de espera, tempo porta-agulha/TPA, eventos adversos • Reunião de análise de causa-raiz quinzenal	TI AHBB + Núcleo de Segurança do Paciente
4. **Pré-auditoria & Certificação** (Mês 11-12)	• Simulação de auditoria com consultor externo • Correção de não-conformidades em 30 dias • Agendamento da auditoria ONA	Gerência-geral AHBB

3. Alocação sintética do orçamento (R$ 45 000)

Item	**%**	**Valor (R$)**	**Observação**
Consultoria externa (pré-auditoria)	33 %	15 000	3 visitas presenciais + suporte remoto
Treinamentos e simulações	27 %	12 000	4 turmas ACLS/ATLS, material de simulação
Adequações estruturais pontuais	18 %	8 000	sinalização de rotas, luminárias de emergência, etiquetas de gases
Licença de módulo eletrônico e BI	11 %	5 000	SaaS 12 meses
Taxa de auditoria ONA	11 %	5 000	inscrição + despesas de auditor
Total	**100 %**	**45 000**	–

4. Governança e monitoramento

- **Comitê de Certificação AHBB–Boquim**: presidente da AHBB, coordenador da UPA, enfermeiro de qualidade e representante do SAMU.
- **Rituais de gestão**
    - *Daily flash* de 15 min no início de cada turno para revisar indicadores críticos.
    - *Reunião quinzenal* de status com ata, pendências e ajustes de orçamento.
    - *Painel Kanban* em nuvem para transparência de tarefas (Trello/Planner).

5. Indicadores-chave de sucesso (KPI)

1. **≥ 95 %** de pacientes triados em ≤ 5 min.
2. **≤ 20 min** porta-agulha (IAM) e **≤ 60 min** porta-TPA (AVC).
3. **≥ 90 %** de notificações de incidentes analisadas em 72 h.
4. **≤ 3 %** de retornos não programados em 72 h.
5. **≥ 90 %** de aderência aos bundles críticos (sepse, ventilação, medicação de alto risco).

6. Sustentabilidade pós-selo

- **Contrato de manutenção** com o consultor por 6 meses para coaching à distância (custeio fora dos 45 k).
- Inclusão de metas ONA no **PDI** de líderes da UPA.
- **Road-map** para ONA 2 em 2027, sem novos investimentos estruturais significativos, usando economia gerada por redução de erros e melhor giro de leitos de observação.

Com esse roteiro, a AHBB transforma a verba de R$ 45 000,00 em um projeto de alto impacto, garantindo que a UPA de Boquim cumpra o padrão ONA 1 e se torne referência regional em urgência pré-hospitalar segura e resolutiva.

1.5. Indicadores de impacto

Para medir, demonstrar e aperfeiçoar os resultados do novo modelo de cogestão na UPA de Boquim, a AHBB estruturou um **painel de indicadores de impacto** que cobre cinco dimensões – segurança do paciente, acesso e resolutividade clínica, eficiência operacional, valorização de pessoas/humanização e sustentabilidade institucional. Cada indicador foi escolhido por sua capacidade de traduzir, em números simples e comparáveis, os efeitos esperados do paradigma participativo sobre a assistência e a gestão.

1 | Segurança do paciente

Indicador	Definição e método de cálculo	Finalidade e meta inicial
Taxa de incidentes com dano por 1 000 atendimentos	(N.º de incidentes que resultam em dano / total de atendimentos) × 1 000	Monitorar falhas críticas e orientar ações corretivas; meta ≤ 1,0.
Densidade de IRAS*	(N.º de infecções relacionadas à assistência / total de pacientes-dia em observação) × 1 000	Avaliar controle de infecção em ambiente de curta permanência; meta ≤ 2,0.
Conformidade de dupla checagem medicamentosa	Doses administradas com dupla checagem / doses prescritas de alto risco	Reduzir erro de medicação; meta ≥ 95 %.

* IRAS = Infecção Relacionada à Assistência em Saúde.

A mensuração sistemática dessas variáveis permite que o Núcleo de Segurança do Paciente identifique tendências, realize análise de causa-raiz e avalie se os protocolos implantados com base na Política Nacional de Humanização (PNH) estão, de fato, protegendo o usuário em momentos de maior vulnerabilidade.

2 | Acesso e resolutividade clínica

Indicador	Definição	Sentido estratégico
Tempo Porta-Triagem (min)	Minutos entre chegada e classificação de risco	Reflete a capacidade de acolher rapidamente; meta ≤ 5 min.
Tempo Porta-Médico (min)	Minutos entre chegada e primeiro contato médico	Indica agilidade; meta ≤ 20 min.
Retorno não programado em 72 h (%)	↻ atendimentos de um mesmo usuário em até 72 h / total de altas	Mede eficácia da conduta; meta ≤ 3 %.

Indicador	Definição	Sentido estratégico
Índice de resolução local (%)	Casos solucionados sem remoção ou internação / total de atendimentos elegíveis	Expressa poder resolutivo; meta ≥ 85 %.

Metas agressivas de tempo reforçam a centralidade do paciente; já o retorno precoce e o índice de resolução aferem se decisões clínicas, educação ao usuário e encaminhamentos estão sendo corretos.

3 | Eficiência operacional

Indicador	Definição	Vínculo com o modelo
Tempo médio de permanência em observação (h)	Soma das horas de permanência / pacientes em observação	Protocolos de alta compartilhados reduzem excedentes; meta ≤ 8 h.
Lotação instantânea (NEDOCS score)	Escore padronizado que combina ocupação, fila e tempo de espera	Detecta sobrecarga e orienta redistribuição de fluxos.
Custo direto por atendimento (R$)	Despesa insumo-profissional / total de atendimentos resolutivos	A aplicação de Lean Healthcare em processos reduz desperdícios; meta: queda de 10 % no 1.º ano.
Produtividade hora-profissional	Atendimento resolutivo / h-trabalhada (médica ou de enfermagem)	Indica equilíbrio equipe–demanda; acompanha decisões de escala.

Esses indicadores evidenciam ganhos concretos da cogestão: quando setores redesenham fluxos juntos, filas encolhem e recursos são usados com mais parcimônia.

4 | Valorização de pessoas e humanização

Indicador	Como medir	Objetivo cultural
Índice de Satisfação do Usuário (ISU)	Pesquisa eletrônica pós-alta (escala 0-10)	Verificar percepção de acolhimento e respeito; meta ≥ 9,0.
NPS (Net Promoter Score) do trabalhador	% Promotores – % Detratores em pesquisa semestral	Termômetro de clima interno; meta ≥ +40.
Absenteísmo (%)	Dias perdidos / dias contratados	Avalia bem-estar e engajamento; meta ≤ 3 %.
Cobertura de treinamentos obrigatórios (%)	Trabalhadores formados / total de trabalhadores	Garante competência clínica e segurança; meta = 100 %.

A lógica participativa pressupõe trabalhadores reconhecidos e pacientes acolhidos. Esses números mostram se a cultura desejada se concretiza em experiência positiva.

5 | Sustentabilidade e governança

Indicador	Racionalidade	Meta-guia
Conformidade orçamentária (%)	Despesa realizada / dotação aprovada	Disciplina fiscal; faixa 95-100 %.
Estoque crítico zero (dias)	Dias em que faltou item de lista crítica / total de dias	Integra suprimentos e colegiados; meta = 0.
Taxa de implementação de propostas dos colegiados (%)	Propostas executadas / propostas deliberadas	Mede vitalidade da cogestão; meta ≥ 70 %.
Regularidade nas devolutivas ao Conselho de Saúde	Reuniões realizadas / reuniões previstas	Indica transparência; meta = 100 %.

Esses marcadores reforçam que qualidade e participação só se sustentam quando há gestão financeira prudente e prestação de contas regular à sociedade.

Integração e uso prático

1. **Painel eletrônico em tempo real** – Todos os indicadores são atualizados em dashboard visível para equipes e usuários, reforçando transparência e aprendizagem contínua.
2. **Ciclos PDCA participativos** – Cada setor revisa mensalmente seus resultados, identifica causas de desvios e propõe ações. A decisão final acontece nos colegiados intersetoriais.
3. **Vínculo contratual** – Metas-chave entram no Contrato de Gestão com a SES-SE, alinhando incentivo financeiro à performance.
4. **Feedback e reconhecimento** – Conquistas são divulgadas em murais Kaizen e nas campanhas internas; setores que superam metas recebem certificação de boas práticas.

Assim, o conjunto de indicadores de impacto traduz o projeto ético-político da AHBB em metas objetivas, observáveis e negociadas coletivamente. Eles servem simultaneamente para **controlar**, **aprender** e **motivar**: controlam riscos, geram aprendizado sobre como melhorar processos e estimulam equipes a protagonizar o cuidado. Com esse sistema, a UPA de Boquim transforma dados em decisões e decisões em valor real para usuários, trabalhadores e gestores públicos.

O conjunto de indicadores delineado para a UPA de Boquim é mais que um painel estatístico: ele constitui a espinha dorsal do sistema de governança clínica, operacional e institucional, traduzindo a estratégia de cogestão da AHBB em métricas objetivas capazes de produzir três efeitos simultâneos—**controle de risco, direcionamento de melhoria contínua e transparência pública.**

Segurança do paciente

A taxa de incidentes com dano, a densidade de IRAS e a conformidade na dupla checagem medicamentosa atuam como sensores precoces de falhas latentes. Quando o valor-meta é ultrapassado, gatilhos automáticos orientam análise de causa-raiz e revisão de barreiras de segurança (protocolos, infraestrutura ou treinamento). O impacto direto é a diminuição de eventos adversos graves, o que se traduz em menor mortalidade evitável, menor tempo de observação e consequente redução de custos indiretos (insumos extras, judicialização, imagem institucional).

Acesso e resolutividade

Indicadores como tempo porta-triagem, porta-médico, retorno não programado em 72 h e índice de resolução local mensuram a agilidade do acolhimento e a eficácia das condutas. Tempos reduzidos significam menor deterioração clínica antes do atendimento; retorno precoce baixo sinaliza orientação adequada e prescrição resolutiva. Na prática, isso aumenta a confiança do usuário, diminui congestionamentos típicos de unidades de urgência e evita transferências evitáveis, liberando recursos da rede.

Eficiência operacional

Tempo médio de permanência, NEDOCS e custo direto por atendimento evidenciam gargalos e desperdícios. Ao expor desequilíbrios entre demanda e escala de profissionais, esses indicadores permitem realocar equipe em tempo real, dispensar insumos ociosos e redesenhar fluxos Lean. O resultado é uma operação financeiramente mais enxuta, capaz de atender mais pacientes com o mesmo orçamento, sem sacrificar segurança ou qualidade.

Humanização e pessoas

Índices de satisfação do usuário, NPS do trabalhador, absenteísmo e cobertura de treinamentos monitoram a dimensão psicossocial da unidade. Satisfação alta e clima interno positivo correlacionam-se com menor rotatividade, maior adesão a protocolos e menor incidência de erros relacionados à fadiga ou desmotivação. Esse ciclo virtuoso reforça a cultura de cuidado centrado na pessoa—pilar estratégico da Política Nacional de Humanização—e reduz custos trabalhistas associados a afastamentos.

Sustentabilidade e governança

Conformidade orçamentária, estoque crítico zero, taxa de implementação de propostas dos colegiados e regularidade nas devolutivas ao Conselho de Saúde aferem disciplina fiscal e vitalidade da cogestão. Manter o gasto dentro da dotação, sem ruptura de estoque, protege a continuidade assistencial; já a execução das deliberações fortalece legitimidade democrática e reduz a distância entre decisão e resultado, evitando sucateamento de iniciativas estratégicas.

Síntese do impacto sistêmico

Quando monitorados de forma integrada, esses indicadores convertem-se em **algoritmo de gestão em tempo real**: sinalizam riscos iminentes, priorizam ações corretivas, documentam ganhos e demonstram valor ao financiador público. A

combinação de redução de incidentes, aumento da resolutividade, otimização de recursos e fortalecimento do clima organizacional repercute em três grandes frentes:

1. **Saúde da população:** menos agravos evitáveis e mais casos resolvidos na própria UPA.
2. **Eficiência do sistema:** melhor fluxo na rede de atenção e uso mais racional do orçamento municipal/estadual.
3. **Confiança social:** transparência e participação consolidam a reputação da UPA como serviço público de excelência.

Em última análise, esses indicadores funcionam como linguagens comuns entre gestores, profissionais, usuários e órgãos de controle, alinhando interesses diversos em torno de um objetivo único: oferecer cuidado rápido, seguro, humano e sustentável dentro do padrão de qualidade que a acreditação ONA e o SUS exigem.

1.6. Descrição sumária das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial

A AHBB adota um portfólio integrado de ferramentas e instrumentos de modernização gerencial que viabiliza a cogestão, dá suporte à acreditação ONA 1 e sustenta a melhoria contínua na UPA de Boquim:

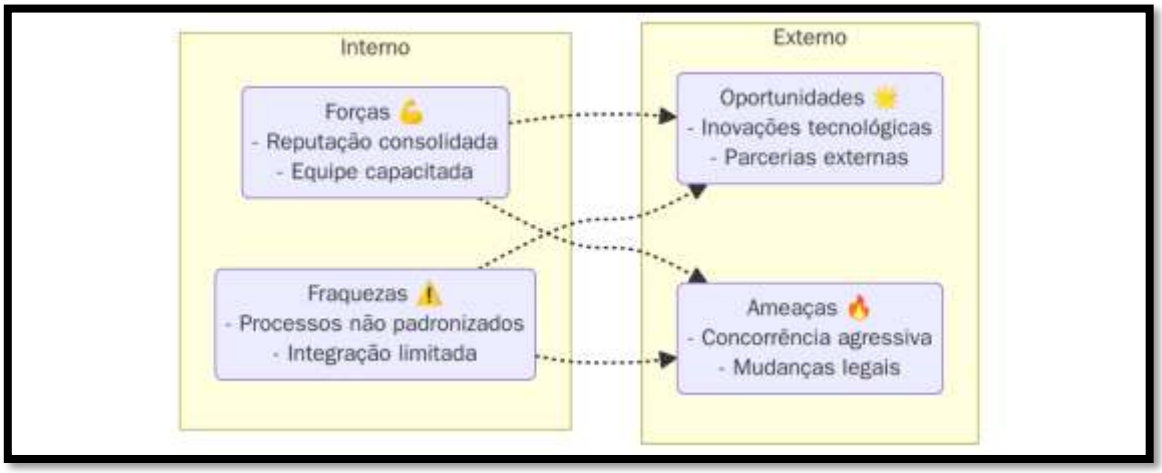
1. **Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) eletrônico** – plataforma web com controle de versões, assinaturas digitais e workflow de aprovação para políticas, POPs e formulários. Garante rastreabilidade documental,

facilita auditorias internas e externas e reduz tempo de atualização de normas.

2. **Business Intelligence (BI) em tempo real** – data mart que capta produção ambulatorial, custos, indicadores assistenciais e de RH diretamente do prontuário eletrônico, do ERP contábil-financeiro e do ponto eletrônico. Dashboards responsivos permitem drill-down por setor, turno ou profissional, transformando dados brutos em insights acionáveis no plantão.
3. **Kanban digital de fluxo do paciente** – tela situacional instalada na sala de comando que exibe, em tempo real, status de classificação de risco, exames pendentes, leitos em observação e encaminhamentos. A visualização instantânea minimiza gargalos e baliza decisões de redistribuição de equipe.
4. **Metodologia Lean Healthcare + VSM (Value Stream Mapping)** – aplicada a processos críticos (porta-triagem, medicação, coleta laboratorial). O uso de kaizens rápidos, 5S e padronização visual corta etapas sem valor agregado e reduz tempos de ciclo.
5. **Ciclos PDCA participativos** – roteiro mensal em que cada colegiado setorial analisa seu painel de indicadores, identifica causas-raiz (Ishikawa, 5 Porquês) e pactua contramedidas. O plano de ação fica público e é revisitado na reunião seguinte, fomentando disciplina de execução.
6. **Matriz de Competências e Trilhas de Aprendizagem** – ferramenta de RH que cruza perfil de cargo, habilidades requeridas e lacunas individuais. Integra-se ao LMS corporativo, disparando cursos obrigatórios (BLS/ACLS, segurança do paciente, comunicação não violenta) e registrando carga-horária para fins de progressão e manutenção da ONA.
7. **Ouvidoria omnichannel com workflow de mediação** – canal único (web, QR Code em crachá e totem) para captar manifestações de usuários e trabalhadores. Integra-se ao módulo de Gestão de Riscos, gerando tickets que seguem matriz de criticidade, prazos e responsáveis até o encerramento, com feedback automático ao demandante.
8. **Gestão eletrônica de suprimentos "just-in-time"** – ERP com parametrização de estoque máximo/mínimo, lote-validade e inventário rotativo. Alertas de ruptura abastecem painel do comitê de suprimentos,

permitindo compra automática ou remanejamento entre unidades da rede.

9. **Balance Scorecard adaptado ao SUS** – mapa estratégico simplificado que relaciona missão pública, pilares (Segurança, Acesso, Eficiência, Pessoas, Sustentabilidade) e métricas-chave. O BSC é revisto semestralmente nos "Dias de Aprendizagem" e serve de base ao Contrato de Gestão estadual.
10. **Plataforma de telemetria de equipamentos biomédicos** – sensores IoT em ventiladores, monitores multiparâmetros e no-breaks geram alertas de falha iminente para engenharia clínica, aumentando disponibilidade técnica e prolongando vida útil.
11. **Assinatura biométrica no ponto eletrônico e escalas autoajustáveis** – solução de Workforce Management que vincula a lotação instantânea (NEDOCS) à abertura ou fechamento de postos, otimizando jornada de enfermagem e reduzindo horas-extras sem comprometer cobertura assistencial.
12. **Relatórios de Prestação de Contas em XML (Padrão TCE/Conselho de Saúde)** – exportados automaticamente do ERP, com rastreio de fonte de recurso, item orçamentário e indicador de resultado, simplificando accountability e diminuindo risco de glosas.



Em conjunto, esses instrumentos criam um **ecossistema digital-lean** que encurta o ciclo informação-decisão-ação, potencializa a participação dos trabalhadores e assegura conformidade regulatória e financeira. O resultado prático é uma UPA mais ágil, previsível e transparente, capaz de sustentar padrões elevados de qualidade mesmo sob pressão típica dos serviços de urgência.

A modernização gerencial da UPA de Boquim baseia-se em um conjunto articulado de ferramentas que, embora distintas em natureza, funcionam como componentes de um mesmo sistema cibernético de tomada de decisão em tempo real. O **Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) eletrônico** é o coração documental desse sistema: cada política, procedimento operacional padrão e formulário circula por fluxos digitais com controle de versão, assinaturas criptografadas e trilha de auditoria. Essa rastreabilidade garante conformidade às exigências da ONA 1, diminui o risco de uso de documentos obsoletos e reduz prazos de atualização normativa, pois a aprovação ou revogação de um POP passa a depender apenas de cliques, não de circulação física de papéis.

O **Business Intelligence (BI) em tempo real** converte dados brutos — vindos do prontuário eletrônico, do ERP financeiro e do ponto eletrônico — em painéis dinâmicos que permitem à chefia de plantão "dar zoom" até o nível do profissional ou do tipo de insumo. Ao visualizar indicadores como tempo porta-triagem ou custo por paciente minuto a minuto, a gestão consegue intervir de forma preditiva, antes que gargalos se consolidem.

Para apoiar tais decisões imediatas, o **Kanban digital de fluxo do paciente** projeta em tela situacional o status de cada usuário: cor de risco, exames pendentes, previsão de alta ou transferência. Isso elimina o ruído de comunicação entre recepção, enfermagem e médicos, diminui chamadas telefônicas internas e acelera liberação de leitos em observação.

Os fluxos exibidos nesse Kanban são redesenhados a partir da **Metodologia Lean Healthcare**. Mapas de fluxo de valor (Value Stream Mapping) expõem passos sem valor agregado — como movimentações duplicadas ou esperas por laudos — que são então eliminados por eventos Kaizen, aplicação de 5S e padronização visual. O resultado é menor tempo de permanência e menor exposição do paciente a riscos.

A melhoria não termina com o redesenho: **Ciclos PDCA participativos** mensais, conduzidos nos colegiados setoriais, revisitam o painel de indicadores, utilizam ferramentas de causa-raiz (Ishikawa, 5 Porquês) e pactuam contramedidas com

responsáveis e prazos. Essa engrenagem fecha o loop de aprendizagem organizacional e impede que não-conformidades se perpetuem.

A sustentação de processos padronizados depende de pessoas competentes. Por isso, a instituição adota uma **Matriz de Competências integrada a Trilhas de Aprendizagem**: cruzando requisitos de cargo e lacunas individuais, o sistema dispara automaticamente módulos no LMS corporativo (BLS/ACLS, segurança do paciente, comunicação não-violenta) e grava a carga-horária para fins de progressão. Assim, o treinamento deixa de ser episódico e se torna resposta estruturada a necessidades detectadas em indicadores.

A qualidade da relação com usuário e trabalhador é monitorada por uma **Ouvidoria omnichannel**. Reclamações chegam por totem, QR Code ou web e entram em workflow com severidade, SLA e responsável. Quando o ticket envolve risco assistencial, o próprio módulo de Gestão de Riscos cria alerta para o Núcleo de Segurança do Paciente, alinhando voz do usuário à política de prevenção de incidentes.

Em paralelo, a **Gestão eletrônica de suprimentos "just-in-time"** parametriza estoque máximo e mínimo por item, monitora lote e validade e dispara alertas de ruptura. O módulo conversa com sistemas de outras unidades da rede, possibilitando remanejamento antes da compra. Isso evita falta de material crítico, reduz capital parado e sustenta a métrico "estoque crítico zero".

Para que toda essa engrenagem tenha norte estratégico, a AHBB utiliza um **Balanced Scorecard (BSC) adaptado ao SUS**. O mapa estratégico conecta a missão pública da UPA a cinco perspectivas — Segurança, Acesso, Eficiência, Pessoas, Sustentabilidade — e vincula cada uma aos indicadores apresentados no painel. O BSC é revisto semestralmente em um "Dia de Aprendizagem", no qual metas são recalibradas à luz de resultados e demandas da rede.

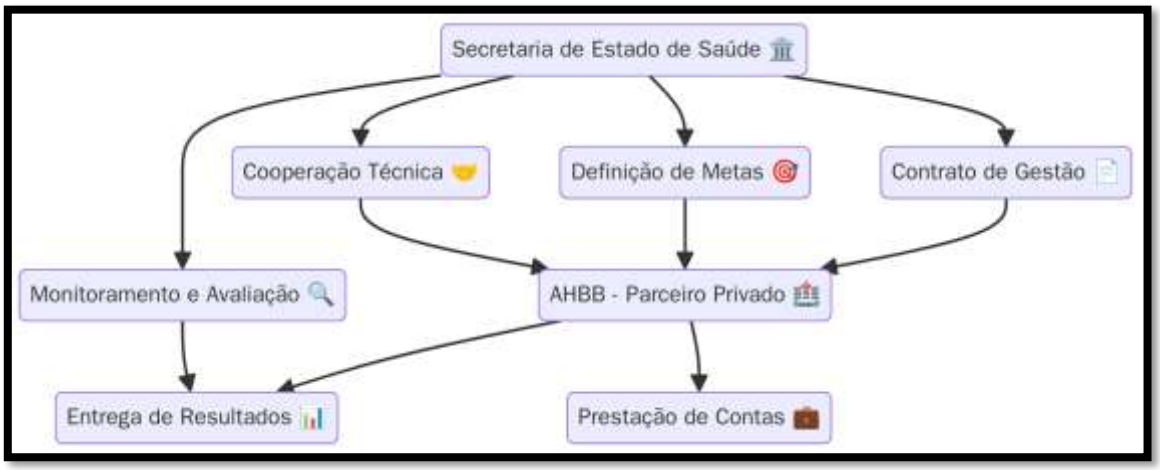
A confiabilidade tecnológica da assistência é reforçada por uma **Plataforma de telemetria de equipamentos biomédicos**. Sensores IoT instalados em ventiladores e monitores enviam dados de temperatura, vibração e ciclos-hora para a engenharia clínica, que prevê falhas e agenda manutenção antes da quebra, elevando disponibilidade e reduzindo custos de reposição.

No âmbito da força de trabalho, a implantação de **Assinatura biométrica no ponto eletrônico e escalas autoajustáveis** conecta o índice de lotação (NEDOCS) ao escalonamento dinâmico. Se o escore aponta sobrecarga, o sistema sugere abrir postos ou antecipar chamadas de backup; se cai abaixo do limiar, fecha pontos, reduzindo horas-extras sem prejudicar cobertura.

Por fim, a responsabilidade fiscal e a transparência com a sociedade são asseguradas por **Relatórios de Prestação de Contas em XML**, gerados automaticamente a partir do ERP conforme layout do TCE e do Conselho Municipal de Saúde. Isso elimina retrabalho manual, reduz risco de glosa e demonstra, com granularidade de centro de custo, a vinculação de cada real gasto aos resultados assistenciais medidos.

Em conjunto, essas ferramentas integram informação, padronizam rotinas, desenvolvem pessoas e alinham recursos materiais ao objetivo de oferecer cuidado seguro, ágil e humanizado. A sinergia entre plataformas digitais, metodologias Lean e instrumentos de governança garante que a inovação gerencial não seja evento pontual, mas funcionamento ordinário da UPA de Boquim.

1.7. Modelo de relacionamento entre o parceiro privado (AHBB) e a Secretaria de Estado de Saúde



Modelo de relacionamento institucional SES/SE ⇆ Organização Social de Saúde (OSS)

(Focado na gestão das UPAs estaduais — primeira experiência de Sergipe com OSS, 2025)

1. Base jurídica que sustenta o arranjo

- **Lei Estadual 9.298/2023** – criou o Programa Estadual das Organizações Sociais (PEOS) e previu o **Conselho de Governança das OS (CGOS)**.(saude.se.gov.br)
- **Decreto 895/2024** – qualificou as primeiras entidades; **Decreto 896/2024** definiu requisitos de contrato de gestão.(gestao.se.gov.br, gestao.se.gov.br)
- **Decreto 679/2024** – regulou o art. 13 da Lei 9.298, detalhando rito de chamamento e de monitoramento.(saude.se.gov.br)
- **Editais 02/2025 (UPA Boquim) e 03/2025 (demais UPAs)** — marcam o início operacional do modelo.(saude.se.gov.br, saude.se.gov.br)

2. Arquitetura institucional

Instância	Papel no ciclo de gestão	Periodicidade
CGOS (vinculado à SECLOG)	Aprova/cessa qualificação de OSS, homologa relatórios anuais, aplica sanções macro	Trimestral e extraordinária
SES/SE – Coord. de Contratos	Negocia metas, valida produção, autoriza pagamentos, gera alertas de risco	Mensal
Sala de Situação da SES	BI em tempo real; cruza fila, porta-médico, consumo de O_2, RH	24 h
Comitê Gestor da UPA (OSS + SES)	Ajusta metas semanais, resolve gargalos locais, padroniza protocolos	Semanal
Direção Executiva da OSS	Garante escala, compras e compliance; publica dados no portal Transparência-OS	Diário
Conselho Estadual de Saúde & COSEMS/SE	Controle social: recebe relatórios quadrimestrais, pode solicitar auditoria	Quadrimestral

Composição real do CGOS confirmada na 16ª ata de 26/mar/2025.

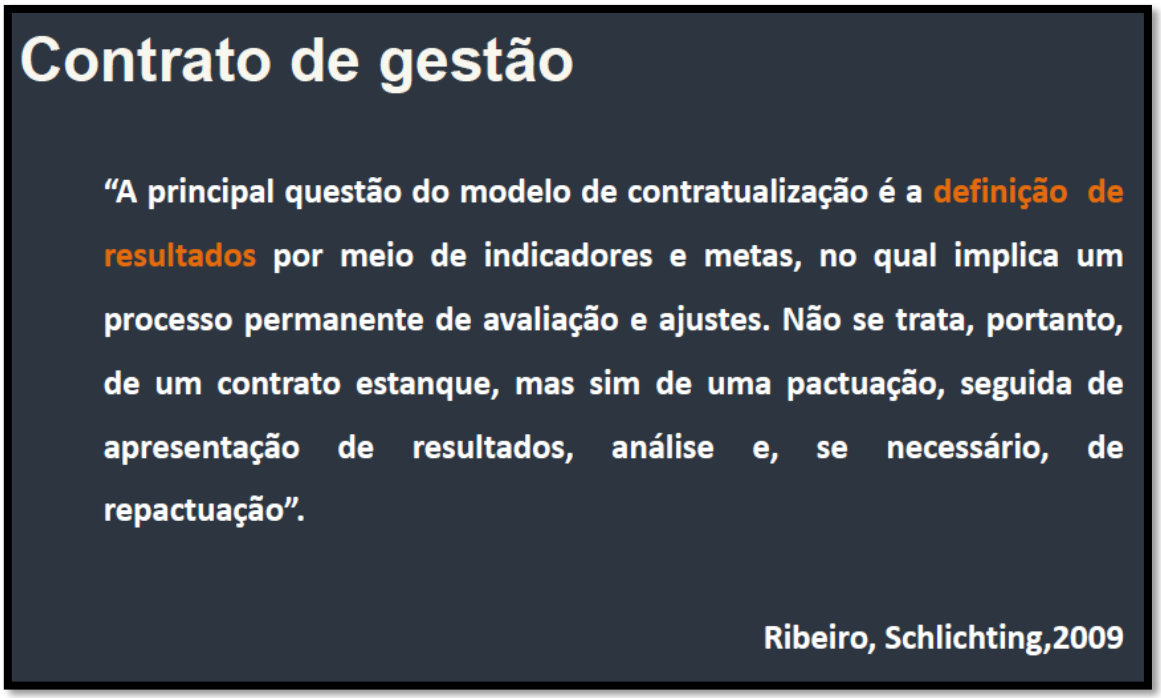
3. Fluxos-chave de relacionamento

1. **Painel Diário (D-1)** — OSS envia CSV padrão à Sala de Situação:
    - Pacientes triados / tempo porta-médico
    - Ocupação salas laranja/vermelha
    - Estoques críticos (lista A Port. GM 10/2017) **SLA**: alerta automático → SES responde em ≤ 4 h.
2. **Reunião Semanal (on-line, 60 min)** — Comitê Gestor revisa KPIs, pactua plano de ação e registra ata digital (e-DOC).
3. **Conferência Mensal (presencial, 2 h)** — SES valida demonstrativo financeiro, aplica bônus/glosa e submete síntese ao CGOS.
4. **Checkpoint Trimestral** — OSS apresenta relatório simplificado + parecer de auditoria interna; SES consolida para CGOS.
5. **Prestação Quadrimestral ao Conselho de Saúde** — garante participação popular.

4. Indicadores-núcleo na fase piloto

Eixo	Métrica	Meta 2025
Acesso	Tempo porta-médico (P90)	≤ 30 min
Qualidade	Re-entrada ≤ 72 h	≤ 5 %
Segurança	Eventos graves/1 000 atend.	≤ 0,2
Eficiência	Custo direto por ficha	teto IPCA-2 p.p.
Satisfação	NPS usuários	≥ 70

Escalonamento: metas sobem 5 pontos percentuais/ano até 2027, conforme curva de maturidade prevista no Termo de Referência.(saude.se.gov.br)



6. Ferramentas de integração

Função	Sistema estadual	Observação
Regulação de leitos	**e-Regulação/SE**	API FHIR abre dados a hospitais de retaguarda
Business Intelligence	**BI SaúdeSE** (Power BI)	Dashboard público em dados.saude.se.gov.br
Ocorrências sentinela	**SIGO-UPA**	Canal 24 h, feed para Ouvidoria-SES
Contratações > R$ 250 mil	**ComprasNet/SE**	Veto técnico da SES em 48 h

7. Fases de implantação (2025-2027)

Fase	Marco	Resultado esperado
0 – Kick-off (Q3-2025)	Contrato Boquim assinado	Baseline de produção levantado
1 – Estabilização (Q4-2025)	Indicadores-núcleo on-line	Porta-médico ≤ 40 min
2 – Expansão (2026)	UPAs Estância e Propriá entram no modelo	CGOS consolida dashboard único
3 – Otimização (2027)	Bônus por valor clínico (DRG)	Redução de 10 % no custo por ficha vs. 2025

8. Mecanismos de transparência e controle

- Relatórios mensais em **portal Transparência-OS** (gastos, escala, contratos).
- Dados abertos (CSV/API) atualizados D-1.
- Auditoria independente anual, publicada integralmente.

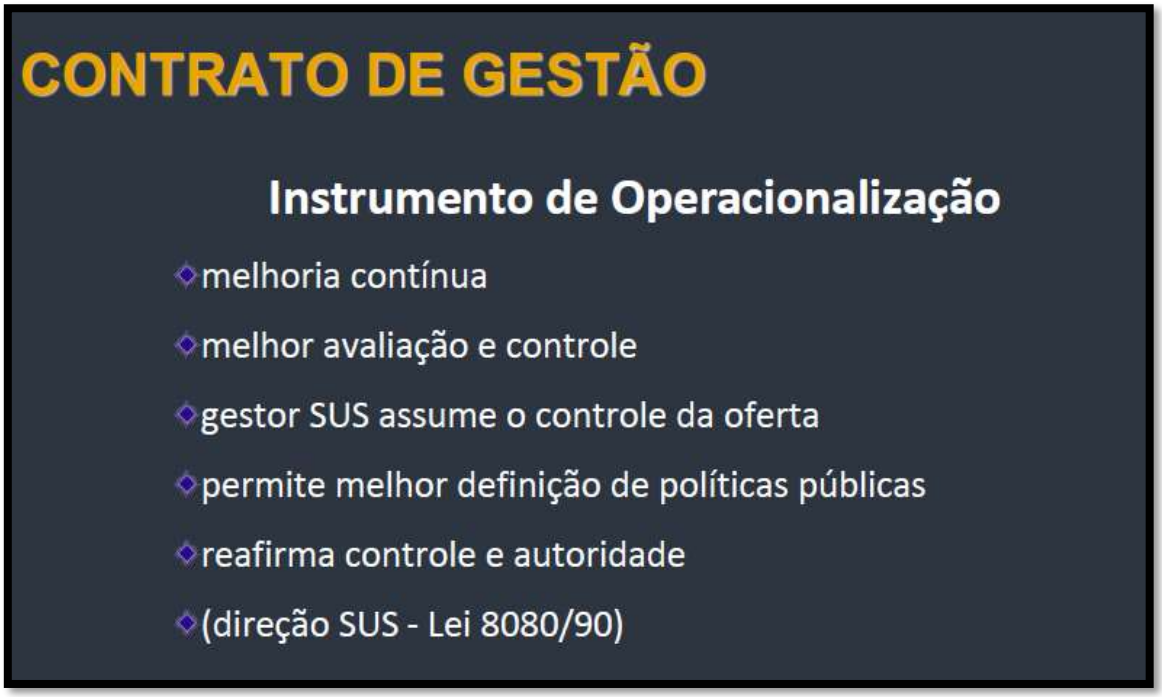
- Canal de denúncia externo sob ISO 37001.

Por que este desenho faz sentido para Sergipe?

1. **Estado compacto** ⇒ cadeia de decisão curta; CGOS centraliza estratégia sem empilhar comitês.
2. **Primeira experiência com OSS** ⇒ metas realistas (85/15) e cronograma de maturidade reduz o risco de choque cultural.
3. **Base legal recém-criada** (Lei 9.298/2023 + decretos 2024) já traz instrumentos modernos de governança; o modelo apenas operacionaliza o que o arcabouço prevê.
4. **Transparência na veia** — BI público e Conselho de Saúde dentro do fluxo evitam a sensação de gestão "privatizada".

Se estes ritos forem seguidos — e ajustados a cada trimestre pelo CGOS — Sergipe terá um **relacionamento institucional enxuto, transparente e orientado a resultado**, capaz de entregar upas rápidas e resolutivas sem abrir mão do controle público.

1.8. Limites de responsabilidades que a OSS se dispõe a assumir — e o que continua sob a SES/SE



Limites de responsabilidades que a OSS se dispõe a assumir — e o que continua sob a SES/SE

(Gestão de UPA 24 h no modelo de publicização de Sergipe)

Domínio	**Responsável principal**	**Limite aceito pela OSS**	**Permanece com a SES/SE**
Assistência direta	OSS	• Atendimento 24 h, triagem, estabilização e encaminhamento.• Cumprir protocolos do SUS e da Portaria GM/MS 10/2017 (portes, fluxos, escala mínima).	• Definir política de acesso e portas de entrada.• Fiscalizar qualidade e metas. (arapongas.pr.gov.br, leisestaduais.com.br)
Medicamentos, O_2 e insumos	OSS	• Comprar, armazenar e repor estoques da "Lista A".• Acionar plano de	• Manter câmara de regulação de preços;

Domínio	Responsável principal	Limite aceito pela OSS	Permanece com a SES/SE
		contingência se estoque < 48 h.	poder de veto a compras > R$ 250 mil.
Recursos humanos	OSS	• Selecionar, contratar (CLT) e remunerar equipe.• Garantir plantões 100 % cobertos.	• Fixar teto salarial, número mínimo de postos e perfil profissional nos termos do contrato de gestão.
Infraestrutura e patrimônio	OSS	• Manutenção predial, equipamentos, TI, utilidades.• Seguro multirrisco e inventário digital.	• Propriedade de imóveis e equipamentos; autorização prévia para qualquer obra estrutural ou alienação.
Compras e contratos	OSS	• Regimento próprio baseado em princípios da Lei 14.133.• Publicar todos os contratos em até 48 h no Portal Transparência-OS.	• Auditoria amostral e bloqueio de despesa em caso de sobrepreço.
Gestão financeira	OSS	• Executar custeio fixo (85 %) e gerir bônus/glosas de desempenho (até 15 %).• Prestação de contas mensal via e-DOC.	• Autorizar repasses, controlar limite global de gasto, glosar valores se metas < 75 %.
TI & dados	OSS	• Manter prontuário eletrônico interoperável e alimentar e-	• Titular dos bancos de dados; definir padrões de interoperabilidade e cibersegurança.

Domínio	Responsável principal	Limite aceito pela OSS	Permanece com a SES/SE
		Regulação/BI-SaúdeSE em D-1.	
Transparência e controle social	OSS	• Publicar dashboard público (produção, fila, gastos) e relatórios quadrimestrais ao Conselho Estadual de Saúde.	• Receber denúncias, instaurar auditorias externas, aplicar sanções previstas nos arts. 23-74 da Lei 9.298/2023. (leisestaduais.com.br)
Risco e continuidade	OSS	• Plano de contingência (gerador 96 h, insumos críticos 15 dias).• Canal de incidentes sentinela 24 h.	• Ativar "Comando de Incidentes" estadual e assumir a unidade se a OSS não restabelecer operação em até 72 h.
Responsabilidade civil, ética e trabalhista	OSS	• Responder por danos a pacientes e colaboradores, inclusive ações trabalhistas.	• Avaliar cobertura securitária mínima e intervir em caso de descumprimento reiterado.
Gestão contratual	OSS	• Cumprir metas, prazos e indicadores; propor revisões anuais.	• Celebrar, alterar, prorrogar ou rescindir contrato; chancela final do CGOS.

Postos-chave do limite

1. **Sem delegação de poder de polícia ou regulação**

   A OSS opera a UPA, mas não pode editar normas, credenciar serviços nem redirecionar pacientes fora dos fluxos da SES.

2. **Sem geração de obrigações para o Tesouro**

Dívidas, financiamentos ou garantias contraídas pela OSS não vinculam o Estado; ativos públicos não podem ser dados em garantia.

3. **Patrimônio indevolutível**

   Todo bem público recebido em comodato deve ser devolvido com depreciação "normal"; melhorias úteis podem ser indenizadas apenas se previamente autorizadas.

4. **Gratuidade e universalidade incontestes**

   É vedada qualquer cobrança ao usuário SUS, venda de serviços privados ou seleção de pacientes. Violação implica rescisão unilateral motivada.

5. **Cláusula de continuidade**

   Em ruptura contratual, a OSS obriga-se a manter atendimento mínimo por 15 dias, garantindo transição sem paralisação — risco compartilhado, mas última responsabilidade da SES.

Com essas balizas, fica claro até onde a OSS vai (gestão operacional completa) e onde o poder público continua intransferível (normatizar, financiar, fiscalizar e zelar pelo patrimônio coletivo).

1.9. Descrição do funcionamento do modelo de regulação assistencial

Como funciona o modelo de regulação assistencial da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri (Sergipe)

Abaixo está o fluxo institucional que garante que cada paciente certo chegue à UPA, seja atendido no tempo correto e, quando necessário, siga para o ponto da rede que realmente precisa.

1. Porta de entrada regulada

1. **Fontes de acesso autorizadas** – A UPA só recebe usuários:
    - encaminhados pela **Central de Regulação Estadual (CRE)**;
    - pelo **SAMU 192**;
    - por Unidades Básicas (referência local);
    - demanda espontânea (porta aberta), que entra no mesmo funil de classificação de risco.
2. **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** – Todo paciente é triado logo na chegada segundo protocolo da Política Nacional de Humanização; as cores definem prioridade e alimentam a fila dinâmica exibida em painel interno e enviada ao BI da SES.

2. Núcleo Interno de Regulação (NIR): o "cérebro" da unidade

Função do NIR	**Como opera**	**Base contratual**
Gerir a porta	Confere se a lotação permite novos encaminhamentos da CRE e do SAMU; em caso de superlotação notifica a CRE em tempo real.	Item 1.25
Solicitar vagas externas	Quando o caso necessita internação ou exame fora da UPA, o NIR abre chamado no e-Regulação e acompanha até a transferência física do paciente.	Item 1.25
Consolidar dados	Gera relatório mensal de acessos, negativas e tempo de espera e envia à SES.	Item 1.25 / 1.24

3. Integração de sistemas e rastreabilidade

1. **Interface eletrônica obrigatória** – A OSS conecta seu prontuário ao hub de dados da SES; a migração é automática, sem planilha manual.
2. **Envio SIA/SUS** – Todos os procedimentos ambulatoriais são lançados no SIA até D+5, garantindo produção habilitada para faturamento.
3. **Prontuário sempre aberto à auditoria** – SES e SUS podem puxar fichas completas a qualquer momento, em meio físico ou digital certificado.

4. Tempo de permanência e alta

1. **Observação ≤ 24 h** – Se o caso não exige internação além desse limite, o paciente recebe alta direta e só se registra o atendimento de urgência (não gera AIH).
2. **Transferência regulada** – Necessidade de internação aciona o NIR → CRE → hospital de referência; ambulância própria da UPA ou do SAMU faz o transporte.

5. Indicadores que ligam regulação ao pagamento

Eixo	Indicador-chave	Meta (2025)	Impacto financeiro
Acesso	Porta-médico (P90)	≤ 30 min	Peso 25 % no bônus
Capacidade	Manter 2 médicos / plantão (dia e noite)	100 % dos dias	Condição de repasse fixo
Produtividade	4 500 atendimentos/mês	≥ 90 % alvo	Bônus 15 % se somado a demais metas
Qualidade	Comissões obrigatórias ativas (NIR, CCIRSS, etc.)	Todas funcionando	Pré-requisito para bônus

Se um indicador cai abaixo de 75 % da meta, a SES glosa o percentual equivalente do mês seguinte, como previsto no contrato de gestão.

6. Rotinas de monitoramento

Frequência	Quem participa	O que é verificado
Diária (H24)	NIR, CRE, Sala de Situação SES	Ocupação, tempo de espera, alerta de estoque crítico.
Semanal (60 min)	Comitê Gestor (OSS + SES)	Desvio de metas, fila de espera, causas de transferências negadas.
Mensal	Coordenação de Contratos/SES	Produtividade SIA, prontuários amostrados, repasse financeiro.
Quadrimestral	Conselho Estadual de Saúde	Relatório de acesso e satisfação do usuário; ouvidoria.

7. Garantias de equidade e gratuidade

- **Proibida qualquer cobrança** direta ou indireta do usuário; a OSS responde civilmente por infração.
- Atendimento é **SUS-único**: não há fast-track particular nem seleção de perfil de paciente.
- Dados assistenciais mantêm **sigilo** e são usados apenas para gestão e pesquisa autorizada.

8. Mecanismo de contingência

Se a UPA entrar em estado de superlotação (porta-médico > 60 min por 2 h seguidas) o NIR declara **status amarelo**:

1. Suspende entradas eletivas pela CRE.
2. SAMU redireciona novas urgências para outra UPA/hospital nas proximidades.
3. SES ativa "sala de crise" até que taxa de ocupação volte ao normal.

Resumo

O modelo de regulação assistencial de Sergipe combina:

1. **Porta controlada pela rede (CRE + SAMU)** – garante equilíbrio entre demanda e capacidade.
2. **NIR forte** – resolve 80 % dos nós dentro da UPA e fala a mesma língua da CRE.
3. **Integração de dados em tempo real** – transparência total para a SES auditar e o SUS remunerar.
4. **Indicadores atrelados ao bolso** – desempenho clínico vira resultado financeiro.

Com esses elementos, a regulação deixa de ser "policiamento" e vira **gestão ativa de risco**, assegurando que a primeira experiência com OSS no estado entregue acesso rápido, seguro e equânime.

O modelo de regulação assistencial previsto para a UPA 24 h Dr. B. Mitidieri traduz, em linguagem operacional, o compromisso de Sergipe com um pronto-atendimento totalmente integrado à sua rede SUS e regido por critérios objetivos de acesso, prioridade e transferência. Tudo começa na definição das **portas de entrada**. A unidade recebe usuários encaminhados pela Central de Regulação Estadual (CRE), pelo SAMU 192, pelas Unidades Básicas de Saúde referenciadas ou por demanda espontânea; em todos os casos, o paciente passa pelo mesmo funil regulatório, sem vias paralelas.

Assim que pisa na UPA, o usuário é acolhido sob o protocolo de **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)**, diretriz da Política Nacional de Humanização que ordena o atendimento pela gravidade, não pela ordem de chegada. A cor atribuída na triagem alimenta em tempo real o painel interno de filas e as bases de dados da Secretaria de Estado da Saúde.

O **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** funciona como o "cérebro" local do sistema. Ele monitoriza continuamente a lotação da UPA, autoriza ou suspende novas entradas da CRE, abre solicitações de vaga hospitalar e consolida relatórios mensais de acesso. Tudo isso é exigência contratual: a OSS deve manter o NIR ativo, informar a SES e jamais alterar fluxos sem anuência prévia do Estado.

Para sustentar decisões em tempo real, a UPA envia semanalmente à CRE indicadores como **tempo de espera** e número de encaminhamentos, além de alimentar até D+5 os sistemas SIA/SUS e DATASUS; a contratada precisa dispor de equipe de faturamento capaz de gerar essas informações corretamente . Dessa forma, a autoridade reguladora estadual enxerga, quase sem defasagem, onde

há gargalos, quais pacientes aguardam leito e que recursos estão de fato disponíveis.

No plano assistencial, a lógica é clara: casos resolvidos em até 24 horas permanecem em **observação** e são registrados apenas como atendimento de urgência; se o quadro exigir internação, o NIR aciona a CRE, que busca leito na retaguarda hospitalar e coordena o transporte, garantindo que o paciente só deixe a UPA com vaga confirmada.

Esse fluxo exige disponibilidade permanente de pessoal. O anexo técnico fixa a presença mínima de **dois médicos por plantão, dia e noite**, além da equipe de apoio necessária para manter a produção pactuada de 4 500 atendimentos mensais (54 000 anuais). Sem cumprir essa escala, a OSS incorre em glosa automática, pois a manutenção da equipe é indicador de desempenho contratual.

A regulação não se limita a controlar portas; ela ancora o **financiamento por resultado**. Parte do repasse mensal depende do cumprimento de metas de acesso (porta-médico), capacidade (escala completa), produtividade e qualidade. Se qualquer indicador cair abaixo de 75 %, a SES desconta o valor proporcional na fatura seguinte, mecanismo que alinha dinheiro a desempenho.

Por fim, o modelo reforça princípios do SUS: proíbe cobrança ao usuário, garante confidencialidade dos dados e impõe relatórios de ouvidoria e satisfação quadrimestrais, de forma que o controle social acompanhe o mesmo painel de informações usado pelos gestores.

Em síntese, a regulação assistencial da UPA sergipana combina **porta única, triagem clínico-prioritária, núcleo interno forte, transparência de dados e incentivos financeiros**. Essa engrenagem transforma a UPA em ponto de passagem organizado — não um funil obstruído — e assegura que a primeira experiência do Estado com Organizações Sociais traduza flexibilidade gerencial em cuidado rápido, seguro e universal.

1.10. Descrição de como será gerenciado o transporte inter-hospitalar dos pacientes da Unidade.

O transporte inter-hospitalar dos pacientes atendidos na UPA 24 h Dr. B. Mitidieri é gerenciado como uma extensão do processo de regulação estadual e repousa sobre três eixos complementares: decisão clínica, coordenação reguladora e logística de mobilização de ambulância.

Primeiro, a transferência só é cogitada quando o médico da UPA conclui que o caso requer internação ou recurso diagnóstico/terapêutico que a unidade não possui. Essa necessidade é frequente porque a UPA não dispõe de leitos de internação registrados – ela mantém apenas áreas de observação por até 24 horas. Confirmada a indicação, o médico comunica o Núcleo Interno de Regulação (NIR), estrutura obrigatória que a Organização Social deve manter em pleno funcionamento dentro da unidade para "regular o acesso de pacientes encaminhados por outras unidades e articular vagas externas com a Central de Regulação Estadual".

O segundo eixo corresponde à coordenação reguladora propriamente dita. O NIR lança a solicitação de vaga no sistema e-Regulação, anexando informações clínicas, resultados de exames e o nível de prioridade. A Central de Regulação Estadual (CRE) analisa o pedido e indica o hospital de referência capaz de receber o paciente, mantendo diálogo on-line com o NIR até confirmar a disponibilidade do leito. Esse fluxo garante que nenhuma remoção seja feita "a descoberto" e que a transferência obedeça ao perfil assistencial de cada hospital de destino.

Finalmente entra o componente logístico. O contrato obriga a OSS a manter um serviço de apoio de **ambulância** próprio na unidade. Sempre que possível, essa viatura, equipada para suporte avançado ou básico conforme a classificação do paciente, realiza a remoção com equipe de enfermagem da própria UPA; quando a gravidade ultrapassa a capacidade da ambulância local ou a agenda está ocupada, o NIR solicita apoio ao SAMU 192, que despacha Unidade de Suporte Avançado. Em todos os casos, a partida só ocorre após estabilização e entrega de prontuário resumido; a chegada ao destino é registrada no sistema para fins de rastreabilidade.

Para assegurar governança, a OSS deve enviar **relatório mensal dos encaminhamentos realizados** – quantidade, motivos, tempo porta-ambulância e eventuais negativas de vaga – à Secretaria de Estado da Saúde, documento previsto nas obrigações contratuais. Esses dados alimentam os indicadores de performance da UPA, pois atrasos ou falhas de transporte impactam metas de acesso e podem gerar glosas financeiras.

Em síntese, o transporte inter-hospitalar é um circuito fechado: o médico decide, o NIR regula, o CRE aloca vaga e a ambulância – própria ou do SAMU – executa, tudo documentado e auditável. Esse arranjo combina a responsabilidade operacional da Organização Social com o poder de regulação do Estado, assegurando que cada transferência ocorra de forma segura, rápida e alinhada ao desenho regional da rede SUS.

1.11. Cronograma com prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto.

Cronograma-guia para colocar a UPA 24 h Dr. B. Mitidieri em plena operação

Referência temporal:

- **T0 = data de assinatura do Contrato de Gestão** (dia 0).
- Prazos indicados em **dias corridos** a partir de T0.

Fase	Serviço / Entregável principal	Implantação concluída até	Operação plenamente estabilizada até	Fundamento no Anexo II
0. Lançamento	Kick-off, inventário patrimonial, plano de transição, criação da matriz de responsabilidades	**D + 10**	**idem**	—
1. Abertura segura da porta de entrada	• Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e pronto-atendimento 24 h com **2 médicos/plantão** • Limpeza e higidez • Segurança patrimonial e controle de acesso	**D + 30**	**D + 30**	Lista de serviços "a, b, d"
2. Sustentação de rotina assistencial	• Farmácia, materiais, gases medicinais • Ambulância e CME • Lavanderia, nutrição, necrotério, SAME, serviço social	**D + 45**	**D + 60**	
3. Recursos Humanos & escalas	• Recrutamento completo (médicos, enfermagem, apoio) • Escala 24 h entregue à SES; plano de contingência de plantões	**D + 45**	**D + 60**	
4. Sistemas de	• Integração com sistema SES	**D + 60**	**D + 75**	"f, k"

Fase	Serviço / Entregável principal	Implantação concluída até	Operação plenamente estabilizada até	Fundamento no Anexo II
informação e faturamento	(interface SIA/SUS, SIGTAP, DATASUS) • Estratificação de indicadores administrativos e BI • Rotina de faturamento e incremento de receita			
5. SADT e apoio diagnóstico	• Radiografia, ECG, coleta laboratorial em operação contínua	**D + 60**	**D + 90**	
6. Núcleos, comissões e SAC	• Instalação do **NIR** e **NVE** • Ativação das 7 comissões obrigatórias • Serviço de Atendimento ao Usuário (SAC)	**D + 75**	**D + 105**	
7. Manutenção & engenharia	• Plano de Gerenciamento de Equipamentos (RDC 02/2010, NBR 15943) • Núcleo de Engenharia Clínica • Manutenção predial e conforto ambiental	**D + 90**	**D + 120**	"c" + 2.3.2.10

Fase	Serviço / Entregável principal	Implantação concluída até	Operação plenamente estabilizada até	Fundamento no Anexo II
8. Educação continuada & qualidade	• Programa permanente de capacitação • Pesquisa de satisfação quadrimestral instalada	**D + 120**	**D + 150**	"i"
9. Inovação, tecnologia & redução de perdas	• Sistema de laudo digital (tele-imagem) • Projeto de redução de perdas logísticas ("e")	**D + 150**	**D + 180**	
10. Preparação para acreditação ONA Nível 1	• Gap analysis, contratação de consultoria e inscrição oficial	**D + 180**	**D + 365** (prazo do contrato)	

Observações práticas

1. **Marco de readiness (D + 60):** todos os fluxos críticos (porta 24 h, SADT, RH completo, limpeza, segurança, sistemas de informação) já operam sem restrições.
2. **Marco de maturidade (D + 120):** unidade passa a reportar indicadores consolidados, com manutenção preventiva ativa e programas de capacitação rodando.
3. **Marco de excelência (D + 365):** visita da ONA agendada ou concluída, confirmando o compromisso de qualidade exigido pelo contrato.
4. Prazos podem ser refinados na fase de kick-off conforme condições de infraestrutura entregue, disponibilidade de fornecedores locais e eventual sobreposição de contratos existentes.

Esse cronograma dá prioridades claras – primeiro abrir a porta com segurança e equipe completa, depois consolidar sistemas, governança e qualidade – para cumprir todas as obrigações contratuais no tempo certo.

1.12. Descrição do modelo de gestão da informação, informando as tecnologias da informação que serão alocadas na Unidade.

Modelo de Gestão da Informação da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri

O desenho de gestão da informação combina **fluxos assistenciais 100 % digitais**, integração automática com os sistemas oficiais do SUS e uma camada analítica que transforma dados brutos em decisões clínicas e gerenciais. A lógica é organizar o ciclo da informação em cinco macro-processos contínuos:

1. **Captura em tempo real** – prontuário eletrônico (PEP) usado no acolhimento/consulta, SADT e enfermagem; coleta automática de sinais vitais e dispositivos de ponto de cuidado.
2. **Integração & validação** – interface eletrônica que envia dados do PEP para o backbone da SES, evitando retrabalho e erro de digitação.
3. **Registros regulatórios** – geração on-line de boletins SIA/SUS e módulos DATASUS por equipe de faturamento especializada.
4. **Análise & indicadores** – estratificação automática de indicadores assistenciais/financeiros prevista no escopo contratual ("f") e dashboards de BI .
5. **Difusão & conservação** – relatórios mensais à SES, acesso web para auditoria e guarda segura de prontuário conforme CFM e LGPD.

Tecnologias da Informação a serem alocadas

Camada	Solução / recurso	Finalidade chave	Fundamentação contratual
Sistemas clínico-assistenciais	Prontuário Eletrônico do Paciente homologado	Registro único, rastreável e estruturado	Registros obrigatórios em meio físico ou

Camada	Solução / recurso	Finalidade chave	Fundamentação contratual
	(módulos triagem, consultório, enfermagem, SADT)		eletrônico certificado
	Módulo ACCR e painéis de espera	Ordena chamada por gravidade e exibe tempo de espera aos usuários	Monitorar e compartilhar tempo de espera semanalmente
	PACS/RIS com laudo digital e tele-imagem	Coleta, transmissão, armazenamento e laudo de imagens com assinatura digital	Serviço de gestão totalmente digital de laudos
Integração SUS	Conector SES ↔ HIS (API/HL7)	Migração automática de dados assistenciais e financeiros	Interface eletrônica disponibilizada pela SES
	Gateways SIA/SUS, SIGTAP, CNES	Faturamento, produção ambulatorial e tabelas de procedimentos	Registros no SIA/SUS e SIGTAP
Governança regulatória	Plataforma NIR	Gestão de solicitações e respostas da Central de Regulação	NIR em funcionamento com informes mensais
	Módulo NVE / SINAN-Net	Notificações compulsórias e alerta epidemiológico	NVE obrigatório
Analytics, BI & compliance	Data-mart e dashboards	Estratificação de indicadores, metas e alertas de desempenho	Item "estratificação de

Camada	Solução / recurso	Finalidade chave	Fundamentação contratual
	Power BI/Metabase		indicadores administrativos"
	CMMS (engenharia clínica) com acesso web	Inventário on-line, OS preventivas/corretivas, rastreabilidade de equipamentos	Plano de Gerenciamento de Equipamentos on-line
Segurança física & lógica	Rede cabeada + Wi-Fi gerenciada, firewall redundante e VPN SES	Conectividade segura entre UPA e datacenter da SES	Implícito na integração 24 h
	CFTV IP com gravação 30 dias	Monitoramento patrimonial e incidentes	Sistemas de câmeras com gravação
Experiência do usuário	Sistema SAC/Ouvidoria omnichannel	Registro de queixas, respostas em ≤ 30 dias e relatórios mensais	SAC com prazo e relatórios
	Totem de pesquisa de satisfação digital	Survey quadrimestral embarcado	Pesquisa de satisfação quadrimestral
Arquivamento & estatística	SAME eletrônico integrado	Custódia legal de prontuários e consolidação estatística	Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Diretrizes operacionais

- **Equipe de TI local 24 × 7**: administrador de redes, suporte ao usuário e analista de BI.
- **Política LGPD**: anonimização em relatórios externos, controle de acesso por perfil e trilhas de auditoria.

- **Resiliência**: servidor virtualizado com backup diário em nuvem SES; redundância de link de dados.
- **Capacitação contínua**: treinamento periódico na correta alimentação dos sistemas nacionais e no uso de novos módulos, atendendo à obrigação de capacitar equipes em boas práticas.

Esse ecossistema garante **dados íntegros na origem, interoperabilidade com o SUS e inteligência gerencial em tempo quase real**, suportando tanto a assistência segura quanto a prestação de contas exigida pelo contrato de gestão.

O modelo de gestão da informação da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri parte do princípio de que **todo dado assistencial ou administrativo nasce digital, percorre um fluxo único até os sistemas oficiais do SUS e volta na forma de conhecimento operacionalizado em tempo real**. A espinha dorsal desse arranjo é um prontuário eletrônico certificado, hospedado em servidor seguro na unidade e conectado ao backbone da Secretaria de Estado da Saúde (SES) por meio de interface HL7/FHIR. Tal integração – obrigação contratual da OSS – permite a migração automática de dados clínicos e financeiros para o ambiente estadual, evitando retrabalho e reduzindo erros de digitação .

Captura e qualificação inicial dos dados

Na recepção, o módulo de **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** registra sintomas, vital signs e prioridade de atendimento já dentro do PEP, enquanto um painel de espera projeta o tempo estimado de chamado. A própria SES exige que a unidade compartilhe semanalmente esses tempos de espera em seus relatórios gerenciais . Durante o atendimento, cada movimento – prescrição, exame SADT, evolução de enfermagem – é alimentado no prontuário; isso garante a mantenção de registros atualizados, acessíveis a auditorias internas e externas, em meio físico ou eletrônico certificado .

Integração regulatória e vigilância

Os dados assistenciais alimentam automaticamente o **Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)**; para isso mantém-se uma equipe de faturamento treinada a preencher os formulários DATASUS . A porta de entrada regulada é comandada pelo **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, que consulta a Central de Regulação Estadual e devolve relatórios mensais à SES . Paralelamente, o **Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)** envia notificações compulsórias ao SINAN-Net, transformando a UPA em nó sentinela de agravos prioritários .

Diagnóstico digital end-to-end

Todo exame de imagens (raio-X, ECG) é capturado em um **PACS/RIS** local; as imagens são transmitidas a radiologistas via tele-imagem, que laudam de forma remota e assinam digitalmente o resultado, cumprindo a determinação de "gestão totalmente digital de laudos" . Para laboratório e outros procedimentos SADT, a ordem médica sai do PEP e o resultado retorna pela mesma via, mantendo rastreabilidade clínica.

Gerenciamento de ativos e manutenção inteligente

A OSS opera um **software de engenharia clínica (CMMS)**. Nele constam inventário de equipamento, plano de manutenções preventivas, calibrações e histórico de intervenções – com login concedido à SES para auditoria . O requisito dialoga com o Plano de Gerenciamento de Equipamentos previsto na RDC 02/2010 e NBR 15943.

Inteligência de negócios e reporting

A própria matriz de serviços contratuais inclui a "estratificação de indicadores administrativos" . Assim, o banco transacional do PEP replica-se, a cada madrugada, para um **data-mart** que abastece painéis BI (Power BI ou Metabase). Diretores clínicos monitoram mortalidade, tempo de estada em leito de observação, consumo de materiais e receita SUS; a governança analisa produtividade e qualidade em reuniões mensais de prestação de contas.

Segurança física, lógica e LGPD

A camada de infraestrutura contempla **rede cabeada gigabit, Wi-Fi gerenciada, firewall redundante e VPN estadual**. No campo físico, o contrato determina **sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo** para controle patrimonial e investigação de incidentes . Do ponto de vista jurídico, o item que garante "confidencialidade dos dados do usuário" -- e, por extensão, conformidade com a LGPD -- aparece explicitamente nos direitos assegurados aos pacientes .

Experiência do usuário e qualidade da informação

Um **Serviço de Atendimento ao Usuário (SAC) omnichannel** registra queixas e sugestões e devolve resposta em até 30 dias . A satisfação é aferida por pesquisa eletrônica quadrimestral (totens ou mensagem pós-alta), cujos resultados engordam o data-mart de indicadores .

Síntese operacional

Em uma visão única, o **ciclo de vida do dado** passa por:

1. **Geração** (PEP, ACCR, PACS, SADT);
2. **Integração** (middlewares HL7/FHIR, conectores SIA/SUS);
3. **Armazenamento** (banco transacional + repositório de imagens + CMMS);
4. **Análise** (BI, indicadores, auditorias NIR/NVE);
5. **Ação** (ajustes clínicos imediatos, decisões gerenciais, melhoria contínua).

Esse arcabouço tecnológico garante **interoperabilidade plena com o SUS, rastreabilidade de ponta a ponta e inteligência aplicada ao cuidado**, alinhando-se ponto a ponto às exigências contratuais do Anexo II.

1.13. Descrição de modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua relação com os sistemas de informação do SUS, em especial, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

Modelo de gerenciamento eletrônico de prontuários e sua articulação com o SIH-SUS e o SIA-SUS

O desenho adotado parte de um **prontuário eletrônico do paciente (PEP) como "fonte única de verdade"**. Nele nasce todo dado assistencial ou administrativo registrado na UPA 24 h Dr. B. Mitidieri; a partir dele, rotinas automáticas geram os arquivos de produção exigidos pelos sistemas nacionais, sem digitação paralela.

1. Arquitetura funcional do PEP

1. **Servidor local + nuvem SES** – o PEP roda em um servidor virtualizado dentro da UPA, conectado por VPN ao datacenter da Secretaria de Estado da Saúde (SES). A interface HL7/FHIR disponibilizada pela própria SES possibilita a **migração automática de dados clínicos e financeiros** para o backbone estadual, conforme obrigação contratual.
2. **Registro em tempo real** – triagem (ACCR), consulta médica, enfermagem, prescrição, SADT e alta alimentam o PEP em ambiente 100 % paper-less; os prontuários permanecem disponíveis a qualquer momento para auditoria da SES e do SUS, em meio físico ou eletrônico certificado.
3. **Segurança e LGPD** – perfis de acesso, trilhas de auditoria e cópia diária criptografada atendem ao requisito de garantir a confidencialidade dos dados dos usuários.

2. Integração primária: SIA-SUS (produção ambulatorial)

A **porta de entrada da UPA é ambulatorial**. Cada atendimento gera, no PEP, um conjunto mínimo de dados (procedimento SIGTAP, CID, CNS, profissional, tempo de observação, etc.).Um motor ETL mapeia esses campos para:

Etapa	Produto gerado	Destino
Consolidação diária	BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado)	Banco SIA local
Validação interna	Regras CNES, SIGTAP e consistência de CNS	Equipe de faturamento
Transmissão mensal	Arquivo "envio" SIA-SUS	DATASUS/SES

A obrigação de **"proceder aos devidos registros no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)"** está expressa no item 1.2 do anexo II . Para cumpri-la, o contrato exige equipe de faturamento "qualificada e corretamente dimensionada" e rotinas de preenchimento dos sistemas nacionais do DATASUS.

3. Integração secundária: SIH-SUS (produção hospitalar)

A UPA não possui leitos de internação; se o usuário permanece em observação < 24 h, **não é gerado registro de internação**. No entanto, duas situações ativam o fluxo SIH:

1. **Transferência com internação em hospital receptor** – o PEP exporta uma pré-Autorização de Internação Hospitalar (pré-AIH) contendo dados de atendimento e motivos da remoção. O hospital receptor complementa e finaliza a AIH no seu HIS; dessa forma, o episódio permanece rastreável no SIH-SUS.
2. **Óbito em unidade de estabilização** – se o óbito ocorrer antes da transferência, gera-se uma AIH "longa permanência zero dia" para registro estatístico e financeiro.

Os campos SIH (competência, código AIH, rubrica de leito, etc.) são preenchidos pela mesma equipe de faturamento citada acima, usando dados extraídos do PEP e do módulo de regulação (NIR) .

---

4. Garantias de qualidade dos dados

- **Validação cruzada** – rotinas de checagem impedem envio de procedimento sem CID ou profissional sem CNES.
- **Logs de erros** – inconformidades retornadas pelo DATASUS alimentam tabelas de correção rápida.
- **Treinamento contínuo** – cláusula 2.3.4.15 obriga capacitações periódicas em "boa prática de utilização dos equipamentos", estendida à correta alimentação dos sistemas nacionais .

5. Benefícios operacionais

- **Zero digitação paralela**: eliminação de retrabalho e redução de erros de transcrição.
- **Transparência financeira**: produção ambulatorial e eventuais AIHs chegam ao Ministério da Saúde já conciliadas com o prontuário.
- **Rastreabilidade clínica**: do primeiro atendimento à eventual internação, todo evento fica encadeado sob um mesmo identificador.
- **Compliance em tempo quase real**: a SES pode auditar prontuários eletrônicos e relatórios SIA/SIH sem solicitar cópias físicas, acelerando repasses e avaliações de desempenho.

Em síntese, o PEP funciona como **hub de interoperabilidade**: captura o dado na ponta, garante segurança jurídica do prontuário, gera a produção ambulatorial de rotina (SIA) e oferece as bases para registros hospitalares (SIH) nos raros casos necessários, cumprindo todos os requisitos contratuais e regulatórios do SUS.

Na UPA 24 h Dr. B. Mitidieri, o **prontuário eletrônico do paciente (PEP)** foi concebido como o eixo pelo qual todas as informações clínicas, administrativas e financeiras circulam. O contrato exige que o sistema local converse, por interface eletrônica HL7/FHIR, com a base de dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES) para "migração automática de dados assistenciais e financeiros" . Isso significa que cada evento registrado — da triagem ao desfecho — já nasce estruturado para alimentar os grandes bancos nacionais do SUS.

Da porta de entrada ao SIA-SUS: exemplo prático

Imagine que Ana, 42 anos, chega à UPA com dor torácica. Na sala de **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** a enfermeira lança sinais vitais e queixas no PEP. O sistema gera, em tempo real, um ticket de atendimento com código SIGTAP de consulta de urgência, CID provável (R07.4) e o número do Cartão SUS.

- Esses campos integram o **Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I)** que a equipe de faturamento consolida ao fim do dia.
- Antes do envio, regras automáticas checam se há CID, se o procedimento pertence à tabela SIGTAP e se o profissional possui inscrição CNES; registros incorretos são devolvidos ao setor para correção.
- No quinto dia útil do mês, o BPA-I é transmitido via VPN ao DATASUS, cumprindo o item 1.2 do Anexo II, que obriga o registro completo no **SIA-SUS** .

Se Ana recebe alta em menos de 24 h — situação típica de observação — não há internação e, portanto, nenhum registro no SIH; o próprio anexo esclarece que estadas curtas "não geram hospitalização" . A produção ambulatorial basta para remunerar a unidade.

Quando o SIH-SUS entra em cena

Suponha agora que Paulo, 68 anos, seja estabilizado na UPA após um AVC e precise de vaga em hospital referenciado. O médico do **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** dispara, a partir do

mesmo PEP, uma pré-Autorização de Internação Hospitalar (pré-AIH) contendo identificação do paciente, procedimentos realizados e CID de transferência.

- O hospital receptor recebe o arquivo, complementa dados de leito e procedimentos cirúrgicos e fecha a AIH.
- Assim, o episódio iniciado na UPA segue rastreável no **SIH-SUS**, garantindo remuneração e estatística de morbidade hospitalar.

Caso extremo: se um paciente evoluir a óbito antes da remoção, o módulo de óbito gera uma AIH "permanência zero" — exigência do Ministério da Saúde para mortes extrahospitalares atendidas em portas 24 h. A informação parte do PEP, passa pela equipe de faturamento qualificada (obrigação 2.3.4.12-13) e segue para o SIH.

Por que o prontuário eletrônico é indispensável

- **Confiabilidade** — O item 1.6 obriga a UPA a "manter registro atualizado de todos os atendimentos (…) em meio físico ou eletrônico certificado" disponível à SES e auditorias. O PEP satisfaz essa exigência sem papel.
- **Segurança jurídica** — Trilhas de auditoria, backups criptografados e perfis de acesso garantem confidencialidade, em consonância com o dever de "garantir a confidencialidade dos dados dos usuários" .
- **Eficiência financeira** — Elimina digitação paralela; o mesmo dado alimenta prontuário, BPA-I e AIH, reduzindo glosas e acelerando repasse de recursos.
- **Governança em tempo real** — A SES visualiza relatórios de tempo de espera (cláusula 1.24) , taxas de atendimento e indicadores de desempenho diretamente nos dashboards, pois o PEP replica seus dados para um data-mart analítico.

Conclusão

O modelo adota a lógica "capture uma vez, use sempre":

1. **Entrada no PEP** na triagem ou no consultório.
2. **Validação interna** pela equipe de faturamento.
3. **Geração automática** de BPA-I (SIA) e, quando necessário, AIH (SIH).
4. **Transmissão segura** via interface estadual.

Dessa forma, a UPA garante conformidade plena com as cláusulas contratuais, sustenta a remuneração SUS e oferece, a gestores e clínicos, informações confiáveis para decisões rápidas — tudo isso ilustrado pelos casos reais de Ana e Paulo.

1.14. Descrição da Organização de Serviços - serviços assistenciais, diferentes clínicas, atividades de urgência/emergência, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, centro cirúrgico, UTI, unidade de internação (enfermarias).

A organização assistencial da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri foi estruturada em módulos claros, cada qual com espaço físico, recursos humanos e tecnologia definidos, obedecendo às exigências do Anexo II. A seguir, cada serviço é descrito em profundidade.

1 – Porta de entrada de urgência e emergência

O acesso começa no **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)**, único ponto de triagem, implantado segundo a Política Nacional de Humanização. A enfermagem aplica protocolos de prioridade e gera ficha eletrônica que acompanha o paciente até a alta. O contrato determina funcionamento **24 h ininterruptas**, equipe mínima de **dois médicos por plantão diurno e noturno** e meta de até **150 atendimentos/dia**. Dois **consultórios médicos** dão vazão às primeiras condutas, evitando congestionamento da sala de estabilização.

2 – Clínicas funcionais nos consultórios

Nos dois consultórios, médicos alternam atendimentos de **clínica médica adulta, pediatria, trauma de baixa complexidade e pequenos casos cirúrgicos ambulatoriais**. A segmentação por perfil continua nos repousos: feminino (5 leitos), masculino (5), pediátrico (9) e indiferenciado (16), perfazendo **35 leitos de observação**.

3 – Sala de atendimento ao paciente crítico / estabilização

Em casos graves, o doente é levado a uma das **duas salas de estabilização**; juntas oferecem **cinco leitos monitorizados**, ventiladores, bombas de infusão, desfibrilador e monitores de ECG, pressão não-invasiva e SpO_2 . Embora não configure UTI, o ambiente permite suporte avançado até a reversão do quadro ou transferência regulada.

4 – Ambulatório de observação até 24 h

Se a conduta exigir vigilância, o paciente ocupa um dos 35 leitos já descritos. A permanência é limitada a **menos de 24 h**; não havendo necessidade de

internação hospitalar, o evento segue registrado apenas como atendimento ambulatorial de urgência. Caso haja agravamento, o Núcleo Interno de Regulação providencia vaga hospitalar.

5 – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O SADT atende **exclusivamente usuários da própria UPA**, classificado como "SADT Urgência/Emergência" . O parque tecnológico inclui **raio-X de 100–500 mA**, dois **eletrocardiógrafos** e insumos POC para exames laboratoriais rápidos. Laudos de imagem são gerados em plataforma totalmente digital, com emissão remota e assinatura eletrônica, exigência expressa do contrato. O programa de qualidade radiológica segue a Portaria 453/98 e ISO 17025.

6 – Centro cirúrgico ambulatorial (sala de pequena cirurgia)

A unidade não dispõe de centro cirúrgico clássico. Entretanto, a **sala de pequena cirurgia** permite suturas, drenagens, unhas encravadas e outras intervenções de baixa complexidade sob anestesia local, apoiada por **Central de Material e Esterilização (CME)** para reprocessar instrumentos termo-resistentes e termo-sensíveis . Procedimentos maiores são estabilizados e transferidos.

7 – Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – conceito de ponte

Por ser uma **UPA Tipo I**, a instalação de UTI não está prevista. O papel de contenção hemodinâmica recai sobre a sala de estabilização descrita no item 3. Pacientes que necessitem ventilação prolongada ou suporte dialítico são transferidos via Central de Regulação.

8 – Unidade de internação (enfermarias)

Não existem leitos hospitalares cadastrados; os 35 leitos referem-se a **enfermarias de observação**. Separar por sexo e faixa etária preserva privacidade e facilita protocolos pediátricos, sem contrariar a exigência de alta ou encaminhamento em até 24 h.

9 – Serviços de apoio logístico e clínico

- **Ambulância própria** para remoção regulada e Samu reverso
- **CME** para esterilização (vide item 6)
- **Farmácia clínica** com estoque controlado em sistema integrado
- **Lavanderia** em sistema de barreira, garantindo escore de sujidade adequado

- **Necrotério** com câmara frigorífica para manejo digno de óbitos
- **Serviço de Nutrição e Dietética (SND)** para dietas enterais e refeições de acompanhantes
- **SAME** para guarda de prontuários e estatística hospitalar
- **Engenharia clínica e manutenção predial**, exigidas em regulamento próprio, asseguram funcionamento contínuo de equipamentos vitais.

A UPA 24 h Dr. B. Mitidieri, habilitada como Tipo I pelo Ministério da Saúde, foi concebida para prover atendimento de média complexidade a até 150 pacientes por dia, com base física para 35 leitos de observação e escala mínima de dois médicos em cada plantão diurno e noturno.

Esse desenho parte do pressuposto de que o pronto atendimento precisa receber, estabilizar, diagnosticar e, quando necessário, transferir usuários do SUS encaminhados pela Central de Regulação, SAMU ou demanda espontânea, mantendo-se em funcionamento ininterrupto durante as 24 horas.

O fluxo assistencial começa no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), instalado logo após a recepção. A enfermagem aplica protocolo da Política Nacional de Humanização, hierarquizando os casos por gravidade e registrando todas as informações diretamente no prontuário eletrônico. Esse único ponto de triagem constitui a "porta hospitalar" exigida pelo contrato, devendo permanecer operacional permanentemente e dotado de equipe multiprofissional qualificada. Daí, o usuário segue para um dos dois consultórios médicos, onde se concentram as micro-clínicas de clínica médica adulta, pediatria, trauma de baixa complexidade e pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, permitindo flexibilizar a agenda de acordo com a demanda do plantão.

Casos que apresentem instabilidade hemodinâmica ou necessidade de suporte avançado são direcionados à sala de atendimento ao paciente crítico. O anexo prevê duas salas de estabilização equipadas com cinco leitos monitorizados, ventiladores, bombas de infusão, desfibrilador, monitores de ECG e pressão não invasiva, garantindo condições mínimas de terapia intensiva transitória até a remoção para hospital de referência. Concluída a fase aguda, o paciente pode permanecer em observação por até 24 horas em enfermarias segmentadas em feminino (5 leitos), masculino (5), pediátrico (9) e indiferenciado (16). Essa permanência curta não gera AIH nem caracteriza internação; caso o quadro exija internação formal, o Núcleo Interno de Regulação aciona vaga hospitalar.

Para sustentar o diagnóstico rápido, a unidade opera um Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) estritamente voltado aos próprios usuários em regime de urgência. O parque tecnológico mínimo inclui um raio-X de 100–500 mA, dois eletrocardiógrafos e o conjunto de monitores e ventiladores listados no anexo; laudos de imagem são emitidos em plataforma digital e assinados por especialista, conforme exigência de controle de qualidade radiológica da Portaria 453/98 e ISO 17025.

Exames laboratoriais point-of-care complementam a avaliação clínica e retornam ao prontuário eletrônico em minutos.

Embora não disponha de centro cirúrgico convencional, a UPA abriga uma sala de pequena cirurgia apta a realizar suturas, drenagens de abscessos ou onicectomias sob anestesia local.

O instrumental é reprocessado na Central de Material e Esterilização (CME) descrita entre os serviços de apoio, que atende tanto materiais termo-resistentes quanto termo-sensíveis, garantindo rotação rápida sem comprometer a cadeia asséptica. Procedimentos de maior porte são apenas estabilizados e, em seguida, encaminhados à rede de referência.

Como a tipologia Tipo I dispensa Unidade de Terapia Intensiva formal, a sala de estabilização assume o papel de ponte para pacientes críticos. Ventilação prolongada, hemodiálise ou suporte cardiovascular avançado são providos em hospitais de retaguarda, acionados pelo NIR. Assim, a UPA mantém foco na resolubilidade inicial sem sobrecarregar seus recursos.

Os serviços de apoio logístico completam o ecossistema assistencial: ambulância própria para regulações, farmácia com rastreio informatizado de estoques, lavandeira em sistema de barreira, necrotério refrigerado para manejo digno de óbitos, Serviço de Nutrição e Dietética (SND) para dietas enterais e refeições de acompanhantes, SAME eletrônico para guarda de prontuários e um setor de engenharia clínica responsável por manutenção preventiva dos equipamentos. Todos esses núcleos operam segundo metas quantitativas e qualitativas que incluem manter 4 500 atendimentos mensais de urgência com observação e conservar equipe médica completa em 100 % dos plantões.

Em síntese, a distribuição física e funcional detalhada no Anexo II garante um percurso assistencial contínuo: triagem humanizada, atendimento médico multi-clínico, estabilização crítica, diagnóstico essencial, pequena cirurgia e observação de curta duração, tudo sustentado por serviços de apoio integrados. Esse arranjo permite à UPA cumprir sua missão de resolver a média complexidade, filtrar a alta

complexidade para a rede de referência e assegurar que nenhum paciente fique sem assistência qualificada no intervalo que separa o domicílio do hospital.

O fluxo assistencial do **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)** da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri foi estruturado para transformar a porta de entrada em um processo único, contínuo e orientado à gravidade, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

Primeiro, o usuário chega pela recepção, onde o agente administrativo confirma identidade, CNS e origem (SAMU, Central de Regulação, UBS ou demanda espontânea) e abre o atendimento no prontuário eletrônico, cumprindo a obrigação de manter registro atualizado de todos os atendimentos.

Em seguida, ele é encaminhado à **sala de acolhimento** — único ambiente dedicado à triagem, listado no quadro de instalações como "Sala de acolhimento com classificação de risco (1)" . Aqui a equipe de enfermagem aplica o protocolo de classificação recomendado pela PNH (por exemplo, Manchester ou Sinais Vitais Alterados), aferindo pressão, frequência cardíaca, glicemia capilar e saturação. Os sinais e a queixa principal são digitados em tempo real no sistema, gerando uma cor de prioridade (vermelho-emergência, amarelo-urgência, verde-pouca urgência, azul-não urgência).

O sistema imediatamente coloca o paciente na **fila eletrônica** e projeta, em monitor visível, sua posição e o tempo estimado de espera; esse dado é capturado para cumprir a cláusula que manda "acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários e compartilhá-lo semanalmente com o Complexo Regulador Estadual" .

Pacientes classificados como vermelhos ou instáveis são levados direto à sala de estabilização; amarelos seguem para um dos dois consultórios médicos; verdes e azuis aguardam em área específica com cadeiras, respeitando o princípio de "priorizar o atendimento por gravidade do caso" . Dois médicos por plantão — exigência contratual — absorvem essa demanda contínua, garantindo atendimento 24 h sem quebra de escala .

Após o atendimento médico ou a estabilização inicial, o fluxo diverge:

- **Alta imediata**: o enfermeiro finaliza o prontuário; o sistema gera o BPA-I para faturamento ambulatorial.
- **Observação de até 24 h**: o paciente é internado em leito de observação e monitorado; se não há necessidade de internação hospitalar, o evento não gera AIH, conforme regra específica para UPA Tipo I .

- **Transferência regulada**: o Núcleo Interno de Regulação compila os dados do ACCR e emite a pré-AIH ou relatório de vaga.

Durante todo o processo, a equipe multiprofissional (enfermeiros, técnicos e médico de apoio) garante que qualquer piora clínica gere reclassificação de risco imediata e atualização da fila eletrônica. Ao final do turno, um relatório automático consolida número de pacientes por cor, tempos médios de espera e proporção de reclassificações, indicadores que subsidiam as metas quantitativas de 4 500 atendimentos mensais e 150 diários.

Assim, o ACCR não é apenas a porta de entrada física, mas o **hub decisório** que organiza prioridades, alinha a assistência ao contrato de gestão e produz dados em tempo real para controle de produtividade e qualidade da UPA.

1.15. Recursos Humanos – Servidores cedidos

Modelo de gestão da AHBB para integrar os servidores cedidos à UPA 24 h de Boquim

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) assumirá a UPA com uma estratégia de **coprodução de resultados**: as equipes próprias da entidade (gestores, preceptores clínico-assistenciais, núcleo de qualidade e apoio administrativo) atuarão lado a lado com os **171 servidores estaduais cedidos** constantes do *Anexo IV – Quantitativo de Servidores* do Edital de Chamamento Público.

- **Governança clínica e assistencial.** Um *diretor técnico* médico e uma *gerente de enfermagem* da AHBB conduzirão protocolos assistenciais, rounds diários e análise de indicadores sentinela (tempo-porta-médico, permanência em observação, taxa de retorno nos sete dias). Os 23 enfermeiros generalistas cedidos responderão hierarquicamente a essa gerência, garantindo aderência a prontuário eletrônico, ONA 1 e PNH.
- **Dimensionamento de RH sem ruptura contratual.** Como os cedidos pertencem a quatro regimes (FES-PSS, FHS-Contrato, FHS-Concurso/Estatutário e livre provimento), a AHBB criou um **módulo específico no Sistema de Gestão de Pessoas** para controlar plantões, férias e gratificações, mas mantendo o pagamento em folha estadual (evita bitributação trabalhista).
- **Educação permanente.** Cada categoria terá um *tutor AHBB* que ministrará microcursos mensais (protocolo de sepse, uso seguro de medicamentos, padronização de RT-PCR via e-SUS, etc.). A carga horária de 2 h/mês ocorrerá dentro da jornada, sem ônus extra para o erário.
- **Qualidade e segurança.** Técnicos de Enfermagem e Auxiliares serão distribuídos segundo o método *Projeto FHIR – Fast Healthcare In-Room* da entidade (1:4 em P.A., 1:6 em observação). Eventos adversos serão notificados no *apps* da AHBB e auditados quinzenalmente.
- **Suporte logístico.** Farmacêuticos e Assistentes de Farmácia cedidos serão integrados ao *Almoxarifado 4.0* (WMS) da AHBB, que já opera por curva ABC – garantindo estoque máximo de 15 dias e rastreabilidade por lote.

- **Gestão de apoio** (motoristas, vigilante, agentes e executores de serviços básicos) permanecerá sob coordenação de Facilities da AHBB, seguindo SLA de 30 min para chamados internos.

Esse arranjo preserva vínculos e direitos dos cedidos, reduz passivo trabalhista e permite à AHBB focar em *outcomes* (tempo de espera < 60 min, satisfação ≥ 90 %) em vez de apenas *inputs* de pessoal.

2 | Servidores cedidos, agrupados por categoria profissional

Total de cedidos: 171 servidores – impacto financeiro mensal de **R$ 671.999,89**, sem encargos previdenciários.

Abaixo, todos os nomes exatamente como constam no anexo.

Categoria Quantitativo	**Servidores cedidos**
Médicos Clínicos Gerais (5)	Cledison S. Ramos; Cleverson S. Ramos; Julio C. Gonçalves de Azevedo; Ronald S. Gois da Silva; Valber L. Cardoso
Enfermeiros Generalistas (23)	Ana Carla O. Santos; Ana Karoline M. Gomes; Andreane P. Andrade; Dalita de L. Cruz; Fernanda de Sá Fernandes; Glenda A. D. O. Ribeiro; Joyce Kelly O. Santos; Juliana L. Brito; Juliana L. Santos; Leila K. de J. A. Silva; Lucimar L. N. Santos; Marcos Paulo L. Oliveira; Marília S. Rodrigues; Mistiane N. dos Reis; Paula Fernanda F. Souza; Rafaela D. V. Trindade; Rafaela G. Rocha; Sandriele de J. Santos; Sandra Regina F. Batista; Sandra Trindade A. Nascimento; Soraia S. Oliveira; Tereza Fernanda P. Santos; Vagner (não há)**
Técnicos de Enfermagem (35)	Alexandra de O. Santos; Aline G. dos S. Andrade; Aldenora R. de Almeida; Ana Claudia P. Lins; Ana Paula A. Santana; Andreia F. A. Cruz; Berenice M. da Silva; Cristiane P. dos Santos; Diosvalda D. do Nascimento; Elane A. Cruz; Eliene Maria Menezes; Eleilma F. do E. Santos; Geane R. dos Santos; Gilvaneide M. A. Santos; Glaúcia F. N. S. Filgueiras; Henrique O. de Souza; Iranildes C. de Souza; Joel Calisto dos Santos; Josefa I. F. dos Santos; Kenia Caroline A. S.

Categoria Quantitativo	Servidores cedidos
	Rodrigues; Luciana S. Santos; Marcone da S. Santos; Maria Ângela S. Reis; Maria Rita de S. P. Pereira; Rivaneide S. C. Oliveira; Rosangela R. Silva; Roserene de O. Souza; Valdirene Quitéria da Silva; Vagna Miriam dos S. Correia; Valber? → (não é técnico)
Auxiliares de Enfermagem (30)	Adriana C. dos Santos; Adriana P. J. dos Santos; Ana Carla M. P. Soares; Claudia Santos Silva; Claudineide M. dos Santos; Cristina de A. Alves; Danielle S. A. Reis; Eliana M. S. da Conceição; Elisabete M. C. Santos; Elisangela C. O. Fonseca; Graciele A. Santos; Joseane de J. Santos; Josefa E. F. Santos; Josefa L. C. N. Santana; Josefa Souza de Santana; Jalmira F. da Silva; Maria Cristina O. Messias; Maria José de F. S. Santana; Mariana Araújo dos S. Souza; Maria de Fátima S. S. Mendes; Patrícia N. Rodrigues; Rogeria C. C. Silveira; Valdelice da C. Santos; Valmira da Silva; Vangelícia S. Santos; Vivian Santos de Souza; Vivian Vieira Rodrigues; (lista segue até 30)
Técnicos de Radiologia (5)	Anderson Laurindo C. Reis; Celeciano S. da Silva; Gleice S. A. Silva; Reinivaldo R. de Oliveira; Sandoval de A. Souza
Farmacêuticos (8)	Gabriela F. de Oliveira; Gilma M. dos Santos; Gilvânia N. Souza; Rodrigo P. de Brito Filho; Rogério S. Santos; Raphaël A. A. R. Ramos; Rodrigo P. de Brito Filho (Estat.) – mesmo profissional em outro vínculo; (total oito registros)
Técnico de Farmácia (1)	Dilma da Silva Maciel
Assistentes de Farmácia (6)	Edsandra de J. Fontes; Jamyson Prata de Souza; Jose da Purificação; Jucilene P. Nascimento; Maria A. de Oliveira Brito; Rosemary Barbosa dos Santos
Nutricionistas (2)	Aline A. M. R. Sena; Lídia Carla da Cruz Ferreira

Categoria Quantitativo	Servidores cedidos
Assistentes Sociais (4)	Emília de O. Pinheiro; Gabriela Lopes Ribeiro; Lara Cíntia do N. Santos; Rhozana Teixeira da Silva
Assistente Administrativo (1)	José dos Santos Silva
Coordenadora (cargo em comissão – 1)	Andressa Maria de C. Bastos
Técnico de Laboratório (1)	Maria Fagundes dos Santos
Executores de Serviços Básicos (3)	Maria A. N. C. de Jesus; Nagilson de J. Santos; Rinaldo Menezes Soares
Agente de Serviço de Saúde (1)	Ramires Dantas Fonseca
Motorista (1)	Henrique Lima Vieira
Vigilante (1)	Edezio Souza Correia

Observação: há pequenas variações de nomes repetidos em mais de um vínculo (ex.: Rodrigo Pinto de Brito Filho aparece como FES-PSS e FHS-Estatutário). Mantivemos cada ocorrência, pois o anexo os trata como matrículas distintas.

Com esse quadro completo, a AHBB poderá fazer **match exato de perfil x escala**, acelerar a implantação dos seus protocolos e comprovar à concedente (SES/SE) a utilização eficaz da força de trabalho já remunerada pelo Estado, cumprindo ao mesmo tempo as metas de desempenho da UPA de Boquim.

Para dimensionar corretamente a UPA 24 h de Boquim, a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) integrou o quantitativo de **171 servidores cedidos pelo Estado** – descritos no *Anexo IV* – a um contingente adicional próprio, formando um quadro único que cobre 24 horas por dia, sete dias por semana. A seguir apresento primeiro a lógica de distribuição das cargas horárias e, em

seguida, um **quadro-resumo** com todos os perfis, números de profissionais (cedidos e/ou a contratar) e a grade semanal de trabalho.

Para a operação da UPA 24 h de Boquim, a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) trabalhará **exclusivamente com os 171 servidores estaduais já cedidos** constantes do **Anexo IV – Quantitativo de Servidores Lotados na Unidade de Saúde e Impacto Financeiro**, acrescidos apenas de **sete (7) recepcionistas** contratadas diretamente pela entidade para compor a linha de frente de acolhimento administrativo.

Não haverá, portanto, qualquer outra contratação complementar por parte da AHBB, salvo se houver uma constatação *in loco* e operacional, conforme o perfil assistencial e a demanda da assistência.

Como trata-se de um projeto, a realidade pode ter questões especificas.

1 | Princípios de dimensionamento e ajuste financeiro

9.1. O quantitativo, por cargo, e o impacto financeiro individual de cada servidor encontram-se detalhados no Anexo IV, documento que servirá de referência oficial tanto para o planejamento assistencial quanto para o controle de custeio.

9.2. O **impacto financeiro efetivo** – isto é, a soma mensal da remuneração dos servidores cuja folha permanece sob responsabilidade do Estado – deverá ser apurado pelo setor de Recursos Humanos da SES. Esse valor será informado, mês a mês, à Diretoria de Organizações Sociais para que o montante correspondente seja **deduzido do repasse contratual** destinado à manutenção da UPA.

9.3. Recomenda-se que **nenhum desconto seja aplicado nos três (3) primeiros meses** do contrato de gestão. Esse período de implantação permitirá à AHBB:

1. executar o diagnóstico situacional das escalas;
2. adequar cada servidor ao posto de trabalho mais compatível;
3. formalizar, junto aos profissionais, o termo de concordância exigido pelo **art. 18 da Lei Estadual n.º 9.298/2023** para a efetivação da cessão.

9.4. Concluída a fase de ajustes, o setor de RH da SES apurará o valor total a ser descontado relativo aos servidores que permanecerem na unidade. O montante será então abatido em **sete (7) parcelas mensais e sucessivas**, iniciando-se a partir do **5.º mês** de vigência contratual.

2 | Descrição técnica do quadro de Recursos Humanos

Com base nos perfis profissionais do Anexo IV e na necessidade de cobertura assistencial 24 h, a AHBB distribuiu as cargas horárias da seguinte maneira:

- **Médicos clínicos gerais (5) – 20 h/sem cada**

  Escalas diurnas (segunda–sexta, 07 h–19 h), complementadas com sobreaviso noturno assumido por médico cedido em rodízio.

- **Enfermeiros generalistas (23) – 36 h/sem**

  Quatro equipes fixas (A-D) em regime 12 x 36, garantindo um enfermeiro por ala e um responsável técnico por turno.

- **Técnicos de Enfermagem (35) – 36 h/sem**

  Distribuídos em blocos de seis por turno, também em 12 x 36, assegurando a relação mínima preconizada pela Portaria 2048/GM.

- **Auxiliares de Enfermagem (30) – 40 h/sem**

  Escala 5 x 2, cobrindo setores de medicação, curativos e observação em turnos 08 h–16 h e 13 h–21 h.

- **Técnicos de Radiologia (5) – 36 h/sem**

  Plantões de 12 h, um profissional por turno, mantendo radiologia convencional 24 h.

- **Farmacêuticos (8) – 30 h/sem** e **Técnico/Assistentes de Farmácia (7) – 36 h/sem**

  Operação da farmácia clínica em dois grandes turnos (06 h–18 h / 18 h–06 h).

- **Nutricionistas (2) – 40 h/sem**

  Jornada administrativa (07 h–15 h), com visita nutricional diária aos pacientes em observação.

- **Assistentes Sociais (4) – 30 h/sem**

  Expediente 08 h–14 h, com plantão de referência à distância para ocorrências noturnas.

- **Técnico de Laboratório (1) – 40 h/sem**

Rotina 07 h–15 h; plantões noturnos cobertos por bioquímico de sobreaviso (servidor estatutário).

- **Executores de Serviços Básicos (3), Motorista (1), Vigilante (1), Agente de Serviço de Saúde (1)** – 36 h/sem cada
  Escala operacional 12 x 36 alinhada aos plantões assistenciais.
- **Assistente Administrativo (1) – 40 h/sem**

  Suporte direto à Direção Geral, 08 h–17 h.
- **Coordenadora (cargo em comissão – 1) – 40 h/sem**

  Gestão de Processos e Qualidade, 08 h–17 h.
- **Recepcionistas (7) – 44 h/sem (contrato AHBB)**

  Escala 6 h diárias em revezamento 6 x 1, garantindo dois postos simultâneos (triagem documental e faturamento CNES) e um flutuante para períodos de pico.

Quadro-resumo semanal

Categoria / Perfil	Qtde. cedidos	Qtde. AHBB	Carga horária individual	Regime / Horário de trabalho
Médicos clínicos	5	–	20 h	Seg–Sex, 07–19 h em rodízio
Enfermeiros	23	–	36 h	12 x 36, Equipes A–D
Técnicos de Enfermagem	35	–	36 h	12 x 36
Auxiliares de Enfermagem	30	–	40 h	5 x 2, 08–16 h / 13–21 h
Técnicos de Radiologia	5	–	36 h	12 x 36
Farmacêuticos	8	–	30 h	06–18 h / 18–06 h

Categoria / Perfil	Qtde. cedidos	Qtde. AHBB	Carga horária individual	Regime / Horário de trabalho
Téc./Ass. Farmácia	7	–	36 h	12 x 36
Nutricionistas	2	–	40 h	Seg–Sex, 07–15 h
Assistentes Sociais	4	–	30 h	Seg–Sex, 08–14 h
Técnico de Laboratório	1	–	40 h	Seg–Sex, 07–15 h
Executores Serv. Básicos	3	–	36 h	12 x 36
Motorista	1	–	36 h	12 x 36
Vigilante	1	–	36 h	12 x 36
Agente Serv. Saúde	1	–	36 h	12 x 36
Assistente Administrativo	1	–	40 h	Seg–Sex, 08–17 h
Coordenadora	1	–	40 h	Seg–Sex, 08–17 h
Recepcionistas	–	**7**	44 h	6 x 1, 06–12 h / 12–18 h / 18–24 h

Total: 171 servidores cedidos + 7 recepcionistas = 178 profissionais, suficientes para cobrir as 168 horas operacionais semanais da UPA sem necessidade de contratações adicionais, respeitando as exigências de escala da Rede de Urgência e Emergência e possibilitando a implantação gradual de protocolos assistenciais durante o período de carência financeira previsto nos itens 9.3 e 9.4.

1.16. Descrição do sistema de qualificação profissional: treinamento, capacitação, educação em saúde.

Descrição do Sistema de Qualificação Profissional

(Treinamento • Capacitação • Educação em Saúde)

A política de qualificação profissional da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri foi concebida como um **Programa Permanente de Educação em Saúde (PPES)** alinhado às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e às exigências contratuais do Anexo II. O PPES estrutura-se em quatro eixos integrados, cada um com objetivos, métodos e ferramentas próprios, mas todos amparados por indicadores de processo e resultado para avaliação contínua de eficácia.

1. Diagnóstico de Necessidades Formativas

- **Mapeamento de Competências**: na admissão e anualmente, cada cargo passa por análise de requisitos técnicos, comportamentais e de segurança do paciente, baseada em protocolos assistenciais e regulatórios da SES/SE.
- **Dados Assistenciais e Indicadores**: taxas de absenteísmo, incidentes sem danos, notificações da Ouvidoria e resultados de Pesquisa de Satisfação alimentam o plano anual de capacitações, garantindo aderência às metas da UPA e ao processo de acreditação ONA 1 previsto no contrato.

2. Integração e Treinamento Inicial

- **Programa de Integração Institucional (PII)** de 24 horas presenciais, cobrindo: missão do SUS, fluxos assistenciais da UPA, Política Nacional de Humanização (Acolhimento com Classificação de Risco), normas de biossegurança e cultura de segurança do paciente.
- **Avaliação de Competência** ao final do PII, exigindo 80 % de aproveitamento teórico-prático para liberação ao posto de trabalho.

3. Educação Continuada e Capacitação Técnica

Conforme exige o Anexo II — item "Educação continuada" e o item 2.3.4.15, que determina treinamento contínuo na boa prática de uso de equipamentos —, o PPES garante:

Modalidade	Frequência	Conteúdo-chave	Metodologia	Público-alvo
Sessões clínicas multiprofissionais	Semanais	Casos críticos, protocolos clínicos, lições aprendidas	Discussão de caso + debriefing	Corpo clínico e enfermagem
Simulações realísticas de urgência	Mensais	PCR adulto/pediátrico, via aérea difícil, atendimento ao politrauma	Cenários in situ com manequins de alta fidelidade	Equipe assistencial completa
Cursos modulares EAD	Contínuo	Segurança do paciente, gestão de riscos, faturamento SIA/SUS	Plataforma virtual + fóruns moderados	Todos os colaboradores
Capacitações operacionais	Trimestrais	Engenharia clínica, CME, gestão de resíduos	Oficinas práticas	Apoio e manutenção
Programas de atualização externa	Semestrais	Ultrassonografia POCUS, acesso vascular ecoguiado, liderança em saúde	Convênios com HU/UFS e SENAC-Saúde	Profissionais selecionados

Todos os registros de presença, avaliação de reação e aprendizado são lançados no **Sistema de Gestão de Competências (SGC)**, módulo integrado ao software de RH, permitindo relatórios automáticos para a SES/SE.

4. Educação em Saúde para a Comunidade e Preceptoria

- **Ambulatórios educativos**: enfermeiros e nutricionistas realizam rodas de conversa sobre prevenção de agravos crônicos durante o tempo de observação dos pacientes.

- **Preceptoria Acadêmica**: convênios com universidades permitem que residentes multiprofissionais atuem sob supervisão, retroalimentando o PPES com atividades de ensino-serviço.

5. Governança e Avaliação

- **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**: composto por coordenador pedagógico, enfermeiro educador, representante médico e RH, responsável por planejar, executar e avaliar o PPES.
- **Comissões de apoio**: CCIH, Segurança do Paciente, Ética Médica e CIPA fornecem demandas específicas de capacitação, assegurando coerência com metas qualitativas do contrato.
- **Indicadores de desempenho**:
    - Cobertura de treinamento ≥ 90 % dos colaboradores/ano
    - Redução de incidentes sem danos em 10 % ao ano
    - Taxa de aprovação em avaliações pós-treino ≥ 85 %
    - Satisfação do colaborador ≥ 4/5 nas pesquisas internas

Resultados são apresentados trimestralmente à Diretoria Técnica e à SES/SE, permitindo ajustes rápidos e garantindo transparência.

Benefícios Esperados

1. **Melhoria na qualidade assistencial** com consolidação de protocolos e menor variabilidade clínica.
2. **Segurança do paciente** reforçada por equipe treinada em detecção precoce de deterioração clínica e uso apropriado de tecnologias.
3. **Eficiência operacional** decorrente da redução de retrabalho, melhor manejo de equipamentos e menor absenteísmo.
4. **Adequação regulatória** para atender plenamente às exigências contratuais, auditorias SUS e processo de acreditação ONA 1.

O Programa Permanente de Educação em Saúde, portanto, sustenta a missão da UPA de oferecer atendimento resolutivo, humanizado e tecnicamente qualificado à população sergipana, ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento contínuo de seus profissionais e a sustentabilidade do serviço.

• Mapeamento de Competéncías
• Dados Assistencíais
• Acolhimento é Biossegurança
1. Diagnóstico de Necessidades Formativas
2. Integração e Treinamento Inicial
Sistema de Qualificação Profissional
4. Governança e Avaliação
EducacãoContinuada e Capacitáção Tecnica
• Núcleo de Educação Permanente
• Indicadores de Desempenho
• Sessões Clínicas e Simulações
• Cursos EAD e Operacionais
Programa Permanente de Educação em Saúde
(PPES) –UPA 24h Dr. B. Mitidieri

Segue a ilustração com equipe multiprofissional participando de um treino de RCP em laboratório de simulação – um recurso visual que ajuda a comunicar o compromisso da UPA com a capacitação prática e colaborativa de seus colaboradores.

Segue a ilustração ambientada na **UPA 24 h de Boquim**, destacando uma roda de Educação em Saúde: a enfermeira-educadora conduz a sessão diante de moradores, com pôsteres de "Alimente-se Bem" e "Tenha uma Vida Saudável" e um totem informativo do SUS, evidenciando o compromisso da unidade com a promoção do cuidado e do conhecimento. Se quiser integrar a imagem a apresentações ou materiais institucionais, basta baixá-la no arquivo fornecido.

1.17. Descrição dos critérios de remuneração direta e indireta, identificação pessoal e uniformização dos recursos humanos.

A Política de Gestão de Pessoas da AHBB, por meio de seus princípios, sedimenta as bases para uma organização dinâmica, ágil e em transformação, pautada por princípios legais, com processos embasados na premissa de fazer bem-feito, em tempo adequado e com menor custo possível.

As diretrizes detalhadas neste documento, por sua vez, orientam sobre os vários aspectos de gestão e liderança, de forma a inspirar colaboradores e gestores em um cenário marcado pela constante inovação e necessidade de desenvolvimento. A fim de consolidar o compromisso de cuidar de vidas, atender aos objetivos estratégicos e reforçar a sua missão e visão, a **AHBB** integra esses conceitos aos valores defendidos para um crescimento sustentável, contribuindo para o desenvolvimento de cada profissional e impactando diretamente a vida de cada pessoa que interage com a **AHBB** e unidades por ela gerenciadas.

Ao estabelecer o propósito de cuidar de vidas, contemplamos o compromisso institucional em oferecer condições seguras e saudáveis de trabalho para todos os colaboradores e prestadores de serviço.

Nesta política, são detalhados os princípios da Gestão de Pessoas da **AHBB** e da sua contínua implementação, a partir dos subsistemas da área de Recursos Humanos. Sendo assim, destaca-se que é papel da área de Recursos Humanos a promoção e disseminação da cultura de gestão de pessoas na instituição, por meio de ações que estimulem a participação dos colaboradores mediante uma comunicação efetiva e transparente, incentivando e apoiando o seu desenvolvimento.

Nesse processo, as lideranças devem adotar postura de forma a contribuir com a motivação e comprometimento das pessoas visando o desenvolvimento das competências profissionais e o alcance dos objetivos e metas institucionais. Os colaboradores, por sua vez, devem atuar com foco no propósito da **AHBB** de cuidar de vidas, tendo como norte os valores institucionais.

A Política de Gestão de Pessoas tem como objetivo guiar comportamentos, processos e práticas relacionadas à gestão de pessoas na AHBB e em suas unidades. Ela define o papel das áreas de Recursos Humanos na contratação, aplicação, desenvolvimento e acompanhamento das pessoas, com foco em promover um ambiente seguro, produtivo e favorável ao crescimento,

reconhecimento e retenção dos profissionais. Essa abordagem reforça o compromisso com o propósito e a missão da instituição.

As diretrizes aqui descritas devem ser seguidas por todos no exercício de suas funções, servindo como referência para ações do setor de Recursos Humanos e como orientação para os demais profissionais das unidades. Em caso de dúvidas, é responsabilidade do colaborador buscar esclarecimentos com os responsáveis pelos processos, com o RH da unidade ou com a Diretoria Corporativa de Recursos Humanos. Cumprir corretamente os princípios dessa política é dever de todos — e essa responsabilidade é individual e intransferível.

PROVIMENTO DE PESSOAL

Recrutar e selecionar pessoas evocam os processos de agregar candidatos capazes de ajustar as características e competências pessoais aos requisitos e características predominantes na instituição.

Nesse sentido, o processo seletivo corresponde à busca da adequação entre o que a instituição pretende e o perfil apresentado pelo profissional. No entanto, não são apenas as organizações que selecionam, as pessoas também escolhem as instituições em que pretendem trabalhar.

Assim, trata-se de uma escolha recíproca: as instituições escolhem as pessoas que pretendem engajar e as pessoas escolhem as instituições nas quais pretendem trabalhar (Chiavenato, 2014).

Portanto, o processo de Provimento de Pessoal trata do abastecimento de talentos humanos necessários para o bom funcionamento da instituição.

O processo de seleção de pessoal realizado por Organização Social (O.S.) deve ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, conforme preconiza a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923.

É vedada, nos termos da Lei Federal nº 9.029/95, a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação

familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor prevista no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

O Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoas da AHBB preconiza que, autorizada a contratação pelo Superintendente Executivo, o Núcleo de Seleção dará início aos procedimentos para preenchimento da(s) vaga(s).

A seleção de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser interna, externa ou mista.

Os procedimentos para recrutamento, seleção e contratação de pessoal serão realizados pelo Núcleo de Seleção, estrutura do Recursos Humanos, por meio de técnicas e de pessoal capacitado.

- **Recrutamento**: é o processo de atrair pessoas interessadas em ocupar uma vaga que já tem perfil e requisitos definidos previamente.
- **Seleção**: é a etapa em que se escolhe, entre os candidatos recrutados, aquele que melhor se encaixa nas exigências da vaga.
- **Cargo/Função**: o **cargo** é a posição formal ocupada por alguém na instituição. Já a **função** se refere ao que essa pessoa faz — as tarefas e responsabilidades ligadas ao cargo.
- **Remanejamento/Transferência**: é a mudança de um colaborador de um setor para outro, ou de uma unidade para outra, mantendo o mesmo cargo.
- **Promoção/Alteração de dados funcionais**: mudança de cargo ou função para um nível mais elevado, aplicada a colaboradores que já fazem parte da instituição.
- **Recrutamento externo**: ações voltadas a atrair candidatos de fora da instituição que tenham o perfil e as qualificações desejadas para uma vaga.
- **Recrutamento misto**: quando a busca por candidatos é feita tanto dentro quanto fora da instituição, ampliando as possibilidades de

encontrar a pessoa ideal para o cargo.

- **Recrutamento interno**: processo que busca preencher uma vaga com profissionais que já fazem parte do quadro da instituição.
- **Competências**: são os conhecimentos, habilidades e atitudes que diferenciam cada profissional e influenciam no seu desempenho.
- **Ato Convocatório de Seleção Pública**: documento oficial que torna público um processo seletivo e informa os interessados sobre como ele vai acontecer.
- **Processo Seletivo**: conjunto de etapas voltado à escolha de profissionais qualificados, sempre com base em critérios como legalidade, igualdade de oportunidades, transparência e ética, conforme determina a Constituição Federal.
- **Ampla Concorrência**: vagas abertas ao público em geral, sem restrições ligadas a cotas ou outras políticas de inclusão.

Solicitação de Vagas

A abertura de vagas é realizada conforme quadro de pessoal, definido e aprovado, sendo aberta a requisição, via Portal RH, pelo Gestor/Requisitante.

Tipos de abertura de vagas:

Substituição: vaga em substituição de colaborador desligado por iniciativa da instituição ou do profissional.

Aumento de Quadro: vaga para aumento do quadro de uma determinada área. Os casos de aumento de quadro deverão, obrigatoriamente, ter autorização da Diretoria Administrativa Financeira da Unidade, bem como deliberação da Superintendência Executiva.

Substituição por Transferência e/ou Alteração de Dados Cadastrais: vaga em substituição ao colaborador aprovado em Processo Seletivo ou promovido para outra função, ou designado a ir para outra Unidade, na mesma função.

Processo Seletivo Misto

O processo seletivo se dará obedecendo aos critérios tecnicamente admitidos, por meio das possíveis etapas: inscrição, triagem curricular, avaliação específica online, análise curricular, entrevista por competências e análise funcional (apenas os colaboradores da instituição).

Este processo pode ser conjugado a outros instrumentos como: avaliação psicológica/testes psicológicos, avaliação prática operacional, dinâmica de grupo, dentre outros legalmente reconhecidos, desde que previamente previstos e divulgados no Ato Convocatório de Seleção Pública.

Inscrição: período em que a vaga fica disponível no site da AHBB para que o candidato interessado se inscreva.

Triagem curricular: análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no questionário de triagem e os requisitos da vaga.

Avaliação Específica Online: avaliação técnica, vinculada ao cargo proposto. A Avaliação Específica Online conterá questões objetivas e/ou discursivas com conteúdo de conhecimentos específicos, conforme requeira o perfil da vaga.

Análise Curricular: verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência do candidato para o cargo pretendido.

Entrevista por Competências: instrumento que busca investigar comportamentos e características que confirmam, ou não, a presença de determinados atributos ou competências, embasado no conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o desempenho do cargo.

Avaliação Psicológica: refere-se à coleta e interpretação de dados, obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica. A avaliação consiste na aplicação de testes (comportamentais, psicométricos e/ou testes de personalidade).

Avaliação Prática: aplicadas in loco, com o objetivo de verificar o grau de domínio do candidato para a função.

Dinâmica de Grupo: consiste na aplicação de um conjunto de técnicas grupais, para a identificação e análise das habilidades e atitudes individuais, possibilitando

aos candidatos a participação em vivências baseadas em situações reais ou não, para analisá-los em suas relações no trabalho.

Regras para interessados em participar do processo seletivo misto:

Colaboradores:

- Adesão voluntária, tendo o colaborador no mínimo 06 (seis) meses desde a data de sua admissão na Instituição ou de sua última promoção.
- Salário/hora atual menor que o salário/hora proposto pela vaga oportunizada
- Não haver recebido sanções disciplinares, como advertências, suspensões e/ou mais de duas faltas injustificadas nos últimos 06 (seis) meses que antecedem o primeiro dia de inscrição no processo seletivo.
- Não possuir vínculo institucional com status de afastamento do trabalho, no período de inscrição à vaga e/ou na data da convocação, e/ou em período coincidente à data da oitiva da proposta, e/ou em data estipulada para a movimentação de pessoal.

O colaborador em período de férias não poderá assumir a vaga para a qual foi convocado caso a data de convocação, oitiva da proposta, ou movimentação de pessoal coincida com o período de gozo de férias.

É importante destacar que as férias são um direito indisponível garantido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e o colaborador não pode renunciar a esse direito.

Ex-colaboradores:

Período de desligamento superior a 90 (noventa) dias, sendo esses completados até o último dia das inscrições.

Em acordo com a Portaria 384/92, artigo 2º do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que dispõe que a readmissão não deve ser feita dentro dos 90 dias seguintes da rescisão: "Art. 2º Considera-se fraudulenta a rescisão seguida de recontratação ou de permanência do trabalhador em serviço quando ocorrida dentro dos noventa dias subsequentes à data em que formalmente a rescisão se operou."

Aproveitamento de candidato classificado

A AHBB poderá, a seu critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado tenha sido publicado a menos de 06 (seis) meses, prorrogáveis a critério da instituição por igual período.

O aproveitamento se dá por meio do chamamento de pessoas que foram aprovadas em processo seletivo anterior e ficaram classificadas, cujo cargo e os requisitos do processo seletivo que o candidato participou sejam idênticos aos da nova vaga em questão, respeitando rigorosamente a ordem de classificação.

Processo Seletivo Interno

O processo seletivo interno é aberto exclusivamente para os colaboradores que já trabalham na instituição. As etapas são consoantes às estabelecidas no Processo Seletivo Misto, sendo da mesma forma, realizada a Análise Funcional, conforme requisitos já detalhados.

Seleção de liderança

De acordo com Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoas da AHBB, o preenchimento de funções gratificadas, quer pelo público interno, quer pelo externo, por se tratar de atividades de liderança e gestão, será de livre escolha dos Superintendentes e, quando for o caso, consultado o Diretor das unidades.

Serão observados os critérios de qualificação técnica e fidúcia para o desempenho da função, aprovação da Superintendência de Gestão e Planejamento, e deliberação da Superintendência Executiva.

Os Diretores de unidades são de livre escolha do Conselho de Administração, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia.

Para essas situações, fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e Municípios, especificamente do Estado de Goiás, bem com o dos Diretores de unidades e Superintendentes da AHBB.

Transferência entre unidades e mudança de função

As transferências entre unidades e/ou mudança de função se dão mediante a necessidade da instituição e/ou a partir da aprovação do colaborador em Processo Seletivo Interno ou Misto. Visam suprir uma vaga internamente, a partir da existência de talentos internos, oportunizando a valorização destes profissionais.

Para tanto, são observados alguns critérios, tais como: a autorização pelo Superintendente Executivo do aumento de quadro ou substituição e o atendimento por parte do candidato aos requisitos de acesso para o cargo, sendo analisado o desempenho de performance deste aliado, às competências técnicas e comportamentais e, preferencialmente, estar empregado há no mínimo 6(seis) meses na instituição. Esses critérios estão descritos de forma detalhada no Protocolo Operacional Padrão (POP) de Transferência e/ou Promoção.

Em caso de movimentação do colaborador (transferência ou mudança de função), seja proveniente de processo seletivo interno ou misto, fica estabelecido o prazo para a alteração funcional e liberação do colaborador, pelo gestor concedente para a nova oportunidade, de 07 (sete) dias úteis a partir da data da publicação do resultado.

Vínculos diversos

A contratação é a firmação de compromisso entre o colaborador e o contratante de acordo com o modelo estabelecido, sendo apresentados os direitos que o profissional possui, os acordos de trabalho e como funcionará para que esses compromissos sejam firmados. Existem diversos modelos de contratação, cada tipo de contratação tem as suas especificidades, seja com relação aos objetivos, remuneração e normas.

Nesse sentido, a AHBB, pautada nos pilares de inovação, humanização e transparência, trabalha com diversificação de vínculos, sendo eles: Mão de obra terceirizada, Cooperados, Pessoa Jurídica, Contrato por tempo determinado, Estatutários, Voluntários, Reeducandos, Programa de ingresso Institucional, Programa de Aprendizagem (Jovem Aprendiz) e Programa de Trainee.

Mão de obra terceirizada

A terceirização de serviços é uma tendência mundial e tem sido cada vez mais praticada. Esta ocorre a partir da delegação de determinados serviços específicos a uma prestadora de serviços a fim de se obter uma produção mais eficiente e um foco no desenvolvimento interno.

Ou seja, o contrato é firmado entre a instituição solicitante e a empresa que presta o serviço, que fica como responsável por intermediar os interesses da contratante e dos prestadores de mão de obra. Desse modo, a solicitante não terá nenhuma ligação com os profissionais terceirizados.

Sendo assim, não se configura vínculo empregatício entre a contratante e os trabalhadores ou sócios das empresas prestadoras de serviços, qualquer que seja o seu ramo. Trata-se de uma contratação de empresa-empresa sendo que a responsabilidade pelo colaborador é da empresa contratada. Dessa forma, o responsável pela contratação, gestão e pagamento dos colaboradores é a contratada.

Refere-se a um acordo celebrado entre a AHBB, e a empresa prestadora de serviços e/ou cooperativa de trabalho, por meio do qual é estabelecido um tratado de vontades, com obrigações para as partes e formalização de um vínculo jurídico.

Cooperados

De acordo com a Lei nº 12.690 / 2012, cooperativa de trabalho é uma coletividade composta por trabalhadores exercendo atividades de interesse comum, com autonomia e autogestão. Nesse modelo, todo o faturamento é dividido entre os associados e são eles que gerem a instituição. Os sócios prestam serviços especializados para outras empresas, porém não há vínculo empregatício entre as partes.

Apesar da cooperativa se assemelhar à terceirização em alguns aspectos, elas não são a mesma coisa. De acordo com o parágrafo único do artigo 442 da CLT, é legal a possibilidade de terceirização de serviços por meio de cooperativas: "Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe

vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela".

A opção pela contratação de cooperativa, traz benefícios à instituição, como a possibilidade de alcançar profissionais competentes e treinados para atender áreas e demandas por vezes mais concorridas no mercado cujos profissionais estão menos dispostos para o regime de contratação CLT. Assim como proporciona a redução do absenteísmo, uma vez que na falta de um profissional a cooperativa tem o papel de reposição rápida da posição, reduzindo assim a probabilidade de lacunas de profissionais.

Pessoa Jurídica - PJ

Pessoa Jurídica (PJ) é o termo usado para identificar uma empresa, independentemente do seu porte. Isso quer dizer que, uma vez que haja um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ativo, o profissional pode ser considerado uma pessoa jurídica na hora de prestar os seus serviços. Ou seja, estabelece uma relação comercial firmada entre dois negócios, ainda que o prestador de serviço seja uma única pessoa, como acontece com quem é empresário individual. O contrato PJ estabelecido versa sobre a relação entre as duas pessoas jurídicas devendo incluir o prazo de vigência, forma de atendimento, responsabilidades, entre outros.

Mão de obra temporária

O trabalho temporário é regulamentado pela Lei 6.019/1974 e preconiza o atendimento a uma substituição transitória de pessoal permanente ou a uma demanda complementar de serviços. Os motivos que justificam a contratação da mão de obra temporária em caráter de substituição são: férias, licença-maternidade, licença médica/afastamento e casos oriundos de fatores imprevisíveis ou previsíveis com natureza intermitente, periódica ou sazonal. Portanto, em situações como as descritas, o prazo de contrato pode ser de até 180 dias (6 meses) consecutivos, ou não, prorrogáveis por mais 90 dias (3 meses), podendo chegar a no máximo 270 dias (9 meses).

Contrato por tempo determinado

Face às urgentes demandas por contratos de gestão firmados por tempo determinado, com caráter de emergência ou não, dada a temporalidade e sazonalidade destes, a AHBB entende como uma alternativa importante a ser somada ao seu modelo de contratação, a adoção do contrato por tempo determinado, como previsto em CLT.

O contrato por tempo determinado tem sua duração limitada a um termo extintivo definido, portanto, uma data previamente conhecida pelas partes para acabar.

Além disso, pode se dar para a contratação de serviços especializados e específicos. Devendo essa ser expressa no contrato, sob pena de ser considerado contrato por prazo indeterminado.

Para ser válido, o contrato por prazo determinado deverá se tratar de serviço cuja natureza ou transitoriedade justifique a predeterminação do prazo; de atividades empresariais de caráter transitório ou de contrato de experiência, conforme §2º do artigo 443 da CLT. O contrato por tempo determinado não poderá ter duração superior a 2 (dois) anos, e o de experiência limita-se a 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogado apenas uma vez, respeitados os limites descritos.

Estatutários

O regime estatutário é aquele destinado aos servidores públicos concursados. Ele trata de normas específicas aplicadas no vínculo trabalhista dos servidores que ocupam cargos públicos. Os servidores estatutários são aqueles que são funcionários públicos e que seguem ao regime estatutário, de acordo com o Art. 37, II da CF, com direitos e deveres regidos por este estatuto.

A AHBB, em atenção à Lei 9.637/98, dispõe em seu quadro de pessoal de servidores estatutários, sendo estes absorvidos/mantidos a partir da assunção por parte da instituição, de novo contrato de gestão, em unidade hospitalar na qual os servidores estejam lotados, ou a partir de encaminhamento da SES – Secretaria da Saúde, para complementar o quadro da unidade.

A referida Lei versa sobre a parceria entre Organizações Sociais e a Administração Pública, formalizada por meio de contrato de gestão, e dispõe ainda que, em

virtude da relevância dos serviços prestados pela O.S., no contrato de prestação de serviços poderá constar de provimento de fomento estatal, que além de recursos financeiros também poderá constituir na cessão de servidores públicos. Portanto, no valor do repasse mensal para custeio da unidade hospitalar, é englobado o custo estimado para a quitação integral da folha de pagamento dos servidores públicos cedidos.

Os servidores cedidos, em exercício em uma das unidades gerenciadas pela AHBB, têm resguardados todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pela AHBB.

Portanto resguardados os direitos e deveres previstos em estatuto próprio, a eles incorrem os mesmos direitos e deveres dos demais colaboradores da instituição e da unidade hospitalar na qual estiver inserido.

Voluntários

Tendo a AHBB como propósito cuidar de vidas, entende que as pessoas são fator determinante para a construção e efetivação desse propósito, dessa forma prima por valores como a filantropia e a responsabilidade social. Face a isso, relaciona às suas práticas o programa de voluntariado, como uma prática efetiva de disseminação desses valores, estimulando ações de cidadania e solidariedade, para a promoção do atendimento mais humanizado aos pacientes e acompanhantes e apoio às áreas administrativas dos hospitais.

Intitulado como AHBB Voluntário, é um programa institucional, praticado em todas as unidades geridas pela AHBB, cuja gestão matricial é centralizada na área de Recursos Humanos corporativa, e conta com uma referência de Recursos Humanos em cada unidade, como apoio operacional na gestão dos voluntários in loco. Conta também com a cooperação dos profissionais das diversas áreas, acompanhando, orientando e estreitando o laço entre os voluntários da unidade e a comunidade. O trabalho voluntário vem a complementar o trabalho do profissional, e não a substituí-lo.

A Lei 9.608, de 18 de fevereiro de 1998 regulamenta a relação entre voluntários e organizações sociais. Considera como serviço voluntário a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada de fins não lucrativos. E estabelece ainda que o serviço voluntário não gera vínculo empregatício nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Para o exercício do serviço voluntário, de acordo com a referida Lei, deverá ser celebrado um Termo de Adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, constando o objeto do serviço voluntário e as condições do seu exercício, bem como outras informações relevantes.

O Programa AHBB voluntário, dispõe de normativas bem delimitadas alicerçadas na Declaração Universal do Voluntariado, no propósito de cuidar de vidas e nos valores da AHBB: Compromisso com a Qualidade, Cuidado Humanizado, Colaboração e Trabalho em Equipe, Transparência e Comunicação Eficaz, Eficiência e Inovação, Responsabilidade Social e Ambiental.

Os voluntários do programa podem atuar em uma das diversas áreas delimitadas dentro do programa, de acordo com a sua afinidade e impulso solidário, atendendo tanto às necessidades do próximo ou aos imperativos de uma causa, como às suas próprias motivações pessoais, sejam estas de caráter religioso, cultural, filosófico, político, emocional.

Programas de ingresso institucional

Além da forma convencional de ingresso na instituição, através dos processos seletivos, via Ato Convocatório de Seleção Pública, que se destina às oportunidades específicas nas diversas áreas, a Agir entende como essencial investir em outros programas de ingresso institucional, como forma de ampliar e qualificar os meios de atração e seleção de pessoas. Assim, atendendo às normativas que regem à CLT e proporcionando maior pool de talentos à instituição.

Programa de Aprendizagem (Jovem Aprendiz)

A contratação dos aprendizes é regulamentada pela Lei nº 10.097/2000, que foi ampliada pelo Decreto Federal nº 5.598/2005.

A referida lei determina que todas as organizações de médio e grande porte contratem um número de aprendizes equivalente a um mínimo de 5% e um máximo de 15% do seu quadro de funcionários cujas funções demandem formação profissional. A aprendizagem proporciona a qualificação social e profissional adequada às demandas e diversidades dos adolescentes, em sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, dos jovens, do mundo de trabalho e da sociedade quanto às dimensões ética, cognitiva, social e cultural do aprendiz.

A AHBB contrata, preferencialmente, jovens entre 18 e 22 anos nas unidades hospitalares. Para o corporativo contempla jovens de 14 aos 22 anos, considerando 24 meses como o período máximo de contrato.

O processo de recrutamento destes jovens é realizado pelo Recursos Humanos da Unidade, com a parceria da Instituição Agente de Integração, que exerce papel de responsável pela parte educacional do Programa.

Programa de Trainee

A AHBB entende que a excelência na saúde depende, em grande parte, do trabalho dos gestores e, tendo como missão de Promover Gestão de Excelência em Saúde, contribuindo com a construção do conhecimento, considera como primordial para a perenidade e crescimento da instituição ampliar as suas estratégias de aceleração do pipeline de gestão.

Dessa forma, preparar os futuros líderes é fundamental para garantir o crescimento e a perenidade da Instituição. Nesse sentido, a AHBB tem no programa de trainees uma trilha de formação e desenvolvimento de novos líderes.

O Programa de Trainee da AHBB, intitulado Incubadora de Líderes, acontece anualmente e visa a atração, contratação e o desenvolvimento de potenciais talentos de gestão em saúde, somando-se às estratégias de pipeline de liderança da instituição.

Configura-se também como um meio para a formação de líderes dentro do nicho de atuação em saúde pública, de modo a oferecer aprendizagem prática, tendo em vista a carência desses profissionais no mercado. O Programa tem duração de 12 (doze) meses, e visa formar as lideranças do amanhã.

São elegíveis profissionais de todo o país, graduados nas áreas de Engenharia, Administração, Economia, Ciências Contábeis, Tecnologia da Informação, Enfermagem, Gestão Hospitalar, Saúde Pública e áreas afins, que possuam mobilidade nacional.

É permitida a participação dos colaboradores, desde que atendam aos critérios do perfil de seleção, possuam no mínimo 06 (seis) meses da data da sua admissão ou da sua última promoção, e que não tenham recebido sanções disciplinares, como advertências, suspensões e/ou mais de duas faltas injustificadas nos últimos 06 (seis) meses que antecedem o primeiro dia de inscrição no processo seletivo.

O contrato de trabalho do trainee é regido pelos dispositivos da CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas. Sendo o trainee, como qualquer outro empregado, regido pela CLT, é contratado inicialmente em contrato de experiência de 45 dias renováveis por mais 45, após esse período o contrato passa a ser válido por prazo indeterminado. Ao trainee, portanto, ficam assegurados todos os direitos trabalhistas, uma vez caracterizada a relação de emprego. Portanto, o trainee possui os mesmos direitos e deveres de qualquer outro funcionário da instituição, apenas com a diferença de que os mesmos, entram na instituição com um programa de treinamento delimitado e formatado com cursos e treinamentos recebidos ao longo do período de vigência do Programa.

Dimensionamento de pessoal e quadro de vagas

O Dimensionamento de Pessoal visa atender aos dispositivos legais e necessidade institucional de parametrização e planejamento da força de trabalho. O objetivo é a adequação de pessoal às demandas institucionais, dimensionando as necessidades institucionais de pessoal, com definição da alocação do quadro de vagas que contemple a realidade da instituição por meio dos seguintes procedimentos: análise do quadro de pessoal baseada na necessidade da

estrutura organizacional (reestruturação dos organogramas), dos processos, funções necessárias para suportar às necessidades da estrutura, análise dos processos, suas demandas (volume) e principalmente produtividade.

Gestão do Quadro de Lotação (posições ocupadas e/ou vagas)

O cadastro do Quadro de Lotação tem como objetivo definir as lotações permitidas para cada função/cargo. Nesse controle são validados os limites de vagas disponíveis em cada seção/setor, ou seja, deverá existir para a função limites disponíveis para contratação e/ou realocação de colaboradores.

Definições para aumento de quadro

O aumento de quadro é baseado no dimensionamento da demanda a ser atendida e previsão de limite no quadro de lotação. É necessário que a função/cargo seja dimensionada (prevista) no quadro de lotação da seção/setor demandante.

Formalização de pessoal

A área de Formalização de Pessoal é responsável pela jornada do colaborador referente às relações trabalhistas e previdenciárias, desde a contratação, férias, jornada de trabalho, aditivos contratuais, relações sindicais até o desligamento. Por isso, é um setor estratégico ao mediar as relações entre empregado e empregador, garantindo que ambas as partes sigam o que foi pactuado em contrato de trabalho.

Admissão

Conjunto de normas internas visando padronizar o processo de admissões observadas os critérios e requisitos estabelecidos no processo de recrutamento e seleção.

Toda admissão será concretizada pela área de Formalização de Pessoal, depois da requisição aprovada pela Superintendência Executiva e após o candidato ser considerado apto no atestado de saúde ocupacional.

O prazo legal para registro do colaborador no e- social é de até 24 horas antes da data de admissão.

O colaborador admitido deverá assinar o contrato de experiência com o prazo inicial de 45 dias, não manifestando as partes ao final dos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias, considera-se o contrato prorrogado automaticamente por mais 45 (quarenta e cinco) dias também a título de experiência, totalizando os 90 (noventa) dias, conforme preconiza o parágrafo único do artigo 445 da CLT, após esse período o contrato passa a vigorar como prazo indeterminado.

Pagamento de Insalubridade

A insalubridade pode ser entendida como a exposição do trabalhador a determinados agentes físicos, químicos ou biológicos em circunstâncias prejudiciais à saúde que porventura possam existir no ambiente de trabalho. O pagamento da insalubridade pode variar conforme o Laudo Técnico Pericial de Insalubridade é também possível previsão em acordo/convenção coletiva de trabalho de cada categoria e sindicato.

Assiduidade e Pontualidade

Previsto em acordo coletivo de trabalho de cada categoria, paga-se mensalmente o percentual de 5% (cinco inteiros por cento) sobre o salário-base de cada empregado como adicional de assiduidade, desde que o colaborador não apresente faltas injustificadas ou atrasos superiores a 30 minutos, no decorrer do mês.

Adicional noturno

O trabalho noturno possui remuneração superior à do diurno e, para esse efeito, sua remuneração tem um acréscimo de 20% pago sob a hora noturna trabalhada a partir das 22h até o fim da jornada, conforme artigo 73º CLT e súmula 60º TST, exceto para jornada 12x36 (doze horas seguidas de trabalho por trinta e seis horas ininterruptas de descanso).

Triênio e quinquênio

Previsto em acordo coletivo de trabalho de cada categoria, fica assegurado o pagamento mensal de 3% (três inteiros por cento) calculados sobre salário base ao colaborador que completar três anos de trabalho a título de triênio, quando o colaborador completar 5 (anos) de trabalho fica assegurado o pagamento mensal de 5% (cinco inteiros por cento) calculados sobre salário base ao colaborador a

título de quinquênio. Os referidos adicionais não são cumulativos, quando o colaborador completar 05 anos de trabalho, deixará de receber o triênio e passará a receber apenas o quinquênio.

13º Salário

Décimo terceiro salário é uma gratificação salarial paga por lei, entre os meses de novembro e dezembro de cada ano, a todo colaborador que atua com carteira assinada. Faz jus ao pagamento do 13º salário o colaborador urbano ou rural, o trabalhador avulso e o doméstico. A primeira parcela do 13º deve ser paga no máximo até dia 30 de novembro, ou se solicitado em janeiro do ano corrente, na data definida pelo empregado no gozo de suas férias, e a segunda deve ser paga até 20 de dezembro do ano vigente.

Gratificação por área (Ambiente Fechado)

Previsto em acordo/convenção coletiva de trabalho, o pagamento de gratificação, para profissionais que exerçam atividades em setores especializados, para cada acordo ou convenção coletiva é especificado a área que compreende o setor especializado, havendo variações conforme cada categoria.

A referida gratificação é compreendida como um valor variável, sendo condicionado o seu pagamento às regras estabelecidas nos acordos coletivos e área de atuação do profissional.

Adicional de Periculosidade

O Adicional de Periculosidade é um acréscimo ao salário do colaborador que realiza atividades ou operações perigosas que colocam em risco sua integridade física. O valor é de 30% (trinta por cento) do salário-base do empregado.

Jornada de Trabalho

Objetiva estabelecer a jornada de trabalho do colaborador e os procedimentos definidos pela AHBB para o devido controle de frequência.

A jornada máxima diária de trabalho, fixada pela Constituição Federal, é de 08 (oito) horas, para área administrativa e no máximo 12 (doze) horas nos casos da jornada de trabalho 12x36 (doze horas seguidas de trabalho por trinta e seis horas ininterruptas de descanso), para área assistencial.

Intervalos Intrajornada e Interjornada

Entender o que é intervalo intrajornada e interjornada é fundamental para o descanso durante a jornada de trabalho e entre a jornada de trabalho do colaborador.

Disposto no artigo 71 da CLT, o intervalo intrajornada é concedido durante a jornada de trabalho, ou seja, a folga do almoço ou do jantar. Conforme a CLT, essa pausa deve ser de pelo menos 15 minutos para as jornadas de trabalho entre 04 e 06 horas diárias, já para jornadas superiores a 06(seis) horas o intervalo deve ser de no mínimo 01 (uma) hora e no máximo 02 (duas) horas.

Jornada	Intervalo
De até 4 horas	Não obrigatório
De 4 a 6 horas	Mínimo de 15 minutos
Superior a 6 horas	Mínimo de 1 hora

Por fim, o intervalo Interjornada é previsto no artigo 66 da CLT, o intervalo interjornada é aquele que deve existir entre duas jornadas de trabalho consecutivas. Este tipo de intervalo conta-se a partir da saída definitiva do colaborador do posto de trabalho até a entrada no dia seguinte ao posto de trabalho.

Hora Extra

O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente, e com anuência do gestor da área, limitando-se a 02 (duas) horas extras diárias, exceto para os profissionais na jornada de trabalho 12x36, onde é vedado a prorrogação de jornada.

A jornada diária de trabalho, nela já incluídas as horas extras, não poderá ultrapassar 10 (dez) horas, salvo nas situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizada pelo Diretor da área.

Férias

Todo colaborador adquire o direito a férias após cada 12 meses de vigência do contrato de trabalho.

As férias constituem o período anual de descanso remunerado, com duração máxima de 30 dias, sendo proporcionais ao número de dias trabalhados, descontadas as faltas injustificadas ao trabalho ocorridas durante o período aquisitivo. Desde que haja concordância do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até 03 (três) períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a 14 (quatorze) dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a 5 (cinco) dias corridos, cada um. O gozo de férias deverá obedecer à programação previamente elaborada em cada área e devidamente aprovada pela respectiva gerência da área.

Não terá direito às férias o colaborador que no decorrer do período aquisitivo faltar injustificadamente por mais de 32 dias consecutivos ou alternados durante o período aquisitivo ou se ausentar por auxílio-doença ou acidente do trabalho por mais de 180 dias durante o período aquisitivo.

A quantidade de dias de férias deverá ser reduzida para o colaborador que faltar injustificadamente, considerando as seguintes proporções:

A cada período aquisitivo normal de 12 meses	
Número de faltas	Número de dias de férias que o empregado terá direito
Até 05 faltas no período	30 dias corridos de férias
De 06 a 14 faltas no período	24 dias corridos de férias
De 15 a 23 faltas no período	18 dias corridos de férias
De 24 a 32 faltas no período	12 dias corridos de férias
Acima de 32 faltas no período	O empregado perde o direito às férias

Ausência, Falta e Atraso

No descumprimento do horário de trabalho previsto em escala ou contrato, deve ser classificado nos seguintes enquadramentos:

Falta: é o não comparecimento do colaborador durante um ou mais dias de trabalho.

Atraso: é o comparecimento do colaborador depois do horário inicial de trabalho.

É tolerado e não serão descontadas nem computadas como jornada extraordinária as variações de horário no registro de ponto não excedentes de cinco minutos, observado o limite máximo de dez minutos diários, conforme preconiza o parágrafo 1º do artigo 58 da CLT.

São consideradas faltas justificadas, sem prejuízo de salário, as ausências amparadas no artigo 473 da CLT e as previstas em Acordo Coletivo de Trabalho/Convenção Coletiva de Trabalho.

São consideradas faltas injustificadas, com prejuízo de salário, aquelas cujos motivos apresentados pelo colaborador e analisados pelo responsável da área, forem considerados insuficientes para justificar o não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.

Quando o colaborador se ausentar do trabalho deverá informar ao gestor da área com antecedência e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório, quando couber.

Afastamentos

Período em que o colaborador deve se afastar do exercício de suas atividades, por motivos de saúde. O colaborador deverá informar ao gerente, ou responsável pela unidade, as ausências por motivos médicos ou odontológicos com antecedência, ou no primeiro dia de afastamento, conforme o caso. Na impossibilidade do colaborador em comunicar a instituição sobre seu afastamento, esta formalização poderá ser feita por familiares ou testemunhas.

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 será encaminhado, pelo SESMT, para a realização de perícia médica previdenciária – INSS.

O colaborador que obtiver alta do Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença e que apresentar novo atestado, pelo mesmo motivo do afastamento anterior, em um período de

60 dias após a data da alta, independentemente do número de dias, deverá ser encaminhado para avaliação do médico do trabalho.

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.

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.

Medidas disciplinares

No sistema disciplinar trabalhista, o empregador poderá aplicar as sanções de advertência, suspensão disciplinar, dispensas com e sem justa causa, conforme artigo 482 da CLT a depender das ocorrências praticadas pelo empregado.

Todas as orientações de como aplicar, quando aplicar, o que aplicar, ocorrências e tratativas sobre medidas disciplinares, devem seguir os pilares definidos no programa cultura justa, acolher, treinar e disciplinar.

Folha de pagamento

A folha de pagamento refere-se ao registro detalhado das rubricas salariais percebidas por cada colaborador mensalmente, as rubricas são compostas principalmente por salário base, assiduidade, adicional noturno, insalubridade, periculosidade, horas extras, adicionais de ambiente fechado, desconto de INSS, desconto de IRRF e descontos de contribuições sindicais.

Rescisão de Contrato de Trabalho

A rescisão de contrato de trabalho do colaborador celetista se refere ao encerramento formal e legal de um contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A rescisão ocorre quando há o término

da relação de trabalho entre o empregado e o empregador, podendo ser motivada por diversas circunstâncias, tais como:

Iniciativa do empregador	Iniciativa do colaborador	Outras formas
Por justa causa	A pedido	Invalidez permanente
Sem justa causa	Término do contrato de experiência	Falecimento
Término do contrato de	Rescisão antecipada do	Decisão judicial

Formalização do Contrato de Trabalho

O contrato de trabalho é fundamental para estabelecer um vínculo empregatício que atenda às normas legais, proporcionando estabilidade e previsibilidade para ambos os envolvidos.

O processo de contratação sob regime celetista (CLT - Consolidação das Leis do Trabalho), visa garantir direitos e deveres para ambas as partes, assegurando uma relação de trabalho justa e equilibrada. É um processo automatizado, proporcionando eficiência e precisão desde a coleta de informações dos candidatos até a formalização dos contratos de trabalho. Este processo começa com a submissão das informações dos candidatos de forma eletrônica, permitindo um fluxo contínuo e ágil.

O primeiro passo envolve o recebimento da requisição de contratação, que é submetida eletronicamente para aprovação. Esta requisição detalha a necessidade de contratação e passa por um processo de validação interna. Uma vez aprovada, a requisição é integrada ao nosso sistema automatizado de gestão de contratações.

Com a requisição aprovada, os dados do candidato são inseridos no sistema, que automaticamente processa a admissão do novo empregado. Este sistema garante

que todas as informações necessárias sejam coletadas e verificadas, reduzindo erros e garantindo conformidade com as políticas internas e a legislação vigente.

Após a conclusão do processo de admissão, o contrato de trabalho é gerado e enviado para o Portal de Assinatura Digital/Eletrônica. O novo empregado recebe uma notificação por e-mail, contendo um link para acessar e revisar seu contrato de trabalho. Este portal é seguro e permite que o empregado leia todos os termos do contrato no seu próprio tempo.

Se o empregado estiver de acordo com os termos, ele pode proceder com a assinatura digital. Este método não só economiza tempo, como também elimina a necessidade de manipulação de documentos físicos, proporcionando maior segurança e rastreabilidade.

Uma vez que ambas as partes, empregado e empregador, tenham assinado o contrato digitalmente, o documento é automaticamente baixado em formato PDF. Este PDF inclui todas as autenticações de assinatura eletrônicas e/ou digitais necessárias, garantindo sua validade jurídica. O contrato assinado é então salvo no dossiê eletrônico do empregado, onde fica armazenado de forma segura e pode ser acessado facilmente quando necessário.

Desenvolvimento Humano Organizacional

A área de Desenvolvimento Humano Organizacional concentra-se em diversas estratégias e práticas voltadas para o aprimoramento dos conhecimentos, habilidades, competências e no aumento da satisfação dos colaboradores e parceiros. Isso envolve o gerenciamento dos programas de aprendizado, desempenho, clima, cultura, carreira e remuneração, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Educação Corporativa

Conforme afirma Madruga, 2018 "a verdadeira Educação Corporativa ocorre quando a instituição estabelece um processo contínuo, vigoroso e planejado de implementação de várias modalidades educacionais fundamentadas em métodos e técnicas de ensino estruturados e motivadores, visando o desenvolvimento de competências nos seus colaboradores e parceiros sem excluir grupos nem cargos."

Ou seja, a Educação Corporativa, está para além da aplicação de treinamentos isolados. Ela é pensada a longo prazo, para que tanto a instituição quanto os colaboradores estejam alinhados aos mesmos objetivos.

Diferente do treinamento, que se apresenta quanto parte da educação corporativa, e é feito a curto prazo, visando a capacitação imediata de habilidades para áreas, funções e atividades específicas, porém importantíssimo que aconteça, desde que esteja em consonância com as práticas institucionais.

Dessa forma, o foco da educação corporativa na Agir é realizar a gestão de conhecimento e ações de aprendizagens, alinhada ao planejamento estratégico. Ou seja, visa colocar os colaboradores em um processo de aprendizagem e desenvolvimento de acordo com competências e habilidades que são importantes para a instituição, dentro de toda a jornada do colaborador.

A Jornada do Colaborador representa o percurso do profissional na instituição, englobando todos os processos de aprendizagem ao longo de sua carreira. Esse acompanhamento vai desde a admissão até o momento do offboarding, incluindo orientações gerais sobre os termos do contrato de trabalho, avaliações durante o período de experiência e de desempenho, além de capacitações e treinamentos. Essa abordagem garante o desenvolvimento contínuo do colaborador, alinhado ao planejamento estratégico e fortalecendo o propósito de cuidar de vidas.

Destaca-se ainda nesse percurso, conteúdos padronizados exclusivamente para a execução das práticas da Educação Corporativa, denominada Jornada de Aprendizagem, que são ações de aprendizagens focadas em três pilares centrais de ensino, sendo eles: Onboarding, Performance e Carreira. Todos os pilares são estruturados com base na definição dos eixos organizacionais e categorias ocupacionais, conforme descrito no PCCR (Plano de Cargos Carreira e Remuneração). A seguir, será detalhado cada um para melhor contextualização.

Pilar Onboarding

O pilar Onboarding é considerado o processo de integração, apresentação, acolhimento, instrução e capacitação do novo colaborador.

Está relacionado à jornada de adaptação do profissional, visando alinhar seus conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entorno - (CHAVE), às necessidades do cargo/função descritos.

Este pilar é imprescindível aos profissionais que ingressam na instituição, sendo requisito essencial tanto para novos colaboradores quanto para aqueles em processo de movimentação/transferência entre unidades ou mudança de função. É estruturado de forma a garantir que o colaborador se integre à identidade, cultura e operacionalização da instituição.

O pilar onboarding possui um fluxo de três etapas sequenciais, sendo elas: Treinamento de Integração., boas-vindas e acolhimento.

Treinamento de Integração

O Treinamento de Integração é a ação de aprendizagem que apresenta a instituição ao novo colaborador, com o objetivo de facilitar sua adaptação ao ambiente social e físico. Isso é feito por meio de trilhas virtuais planejadas de acordo com os cargos e atribuições estabelecidos por eixos organizacionais.

Todos os colaboradores, independente do vínculo empregatício, realizam o treinamento de integração no primeiro dia de trabalho, via plataforma em formato EAD. Após a conclusão do processo admissional, as informações de registro do novo colaborador são direcionadas ao Serviço de Desenvolvimento Humano e Organizacional da respectiva unidade de atuação, para que seja providenciado a orientação da realização deste treinamento.

Este treinamento tem validade de 1 ano. Em casos de promoção, movimentação ou transferência, se o colaborador o tiver realizado nos últimos 12 meses, não precisará refazer a integração e poderá seguir diretamente para a etapa de boas-vindas. Entretanto, isso não se aplica quando a promoção envolve uma mudança na modalidade de contratação.

Ao término do conteúdo aplicado, é disponibilizado ao colaborador o termo de ciência e compromisso na própria plataforma, para leitura e assinatura. Após a conclusão do Treinamento de Integração, um certificado é emitido, atestando a aprovação do novo colaborador.

Com o certificado em mãos, o profissional deve comparecer à sua unidade de destino no dia útil seguinte para dar continuidade ao processo de Onboarding, conforme seu cargo/função.

Boas-Vindas

A etapa de Boas-Vindas é conduzida de forma presencial, proporcionando ao novo colaborador a oportunidade de familiarizar-se com as instalações físicas e concluir as formalidades relacionadas ao contrato de trabalho.

Esse processo inclui a recepção do colaborador na unidade de destino durante seu primeiro dia de presença física, garantindo uma integração acolhedora e eficiente. Todos os eixos organizacionais e categorias ocupacionais são abrangidos nesta etapa.

Acolhimento

A etapa do Acolhimento tem como principal objetivo promover a adaptação do colaborador à cultura institucional e garantir harmonização das competências técnicas e comportamentais conforme descrições dos cargos.

Com foco em disponibilizar um acolhimento específico e abrangência a todos os cargos, este processo acontece em três possibilidades: Jornada da Liderança, Conte Comigo e Acolher Para Desenvolver.

O direcionamento para a execução em algum desses programas dependerá do eixo organizacional e da categoria ocupacional de cada cargo/função, podendo ser ministrados nas modalidades EAD, presencial ou híbrido.

Jornada da Liderança

A Jornada da Liderança é especificamente voltada para cargos de categoria ocupacional de gestão.

Ela visa qualificar, capacitar, integrar e aprimorar as habilidades dos novos líderes (sejam os admitidos ou promovidos) dentro da instituição. Esse enfoque é fundamental porque os gestores desempenham um papel crucial na condução das equipes, influenciando diretamente a eficácia operacional e a cultura organizacional.

Ao oferecer um desenvolvimento contínuo e direcionado aos líderes, a instituição assegura que eles estejam preparados para enfrentar desafios, tomar decisões estratégicas e inspirar suas equipes.

O impacto dessa jornada nas instituições é significativo, promovendo uma liderança mais eficaz, que resulta em maior produtividade, melhor alinhamento com os objetivos estratégicos e um ambiente de trabalho mais coeso e motivado.

O programa é realizado em formato de trilhas de aprendizagem, com conteúdo específicos divididos por eixo organizacional, unidade de atuação e função gratificada. Esse formato inclui capacitações presenciais e a distância (EAD) para todas as funções gratificadas e o Job rotation para níveis de gerência acima, além de reuniões com pares e subordinados.

Conte Comigo

O Conte Comigo é especificamente voltado para cargos de categoria ocupacional profissional e especialista. Ele visa integrar e aprimorar as habilidades dos colaboradores, preenchendo lacunas relacionadas às práticas institucionais.

Considerando que todos os profissionais dessas categorias ocupacionais já possuem formação acadêmica como requisito de acesso, o programa se concentra em complementar esse conhecimento, esclarecendo dúvidas tanto em questões técnicas quanto em normativas e diretrizes institucionais. Ao fazer isso, promove um senso de pertencimento, impulsiona o desempenho e contribui significativamente para a retenção de talentos na instituição.

O programa Conte Comigo é conduzido por um facilitador designado pelo gestor da área. Este facilitador utiliza como guia um checklist padronizado, disponível no sistema da qualidade, para acompanhar o novo colaborador.

A missão do facilitador é realizar o acompanhamento inicial do profissional na instituição, orientando-o sobre todos os processos descritos no checklist e esclarecendo suas dúvidas, tanto em questões técnicas quanto em normas institucionais.

O checklist do programa Conte Comigo abrange quatro contextos principais:

- Institucional.
- Sistemas e acessos.

- Documentos institucionais.
- Atividades específicas da área de atuação.

Acolher para desenvolver

O programa "Acolher para Desenvolver" é voltado especificamente para cargos de categoria ocupacional, apoio e técnico.

O foco é capacitar os novos colaboradores para o desempenho de suas atribuições por meio de trilhas de aprendizagem especializadas.

Considerando que os requisitos de acesso para os cargos dessas categorias ocupacionais não necessitam de formação acadêmica ou especializações, o programa se concentra em fornecer conteúdos detalhados e padronizados para suprir essa lacuna. Ele qualifica as habilidades desses profissionais, esclarecendo dúvidas e capacitando-os tanto em questões técnicas e operacionais quanto em normativas e diretrizes institucionais.

Especificamente, o programa visa:

- Aumentar o senso de pertencimento;
- Reduzir o turnover;
- Aumentar o índice de permanência dos novos colaboradores;
- Aumentar o índice de produtividade dos novos colaboradores;
- Diminuir falhas e retrabalhos no processo de trabalho.

O conteúdo programático é padronizado de acordo com a área de atuação, com foco na capacitação do novo colaborador. Cada cargo ou função conta com uma grade específica de temas e carga horária, adequados para a execução de suas responsabilidades.

A quantidade de módulos é adaptada conforme a necessidade de cada cargo, porém, recomenda-se respeitar a carga horária máxima de 30 horas para minimizar possíveis impactos na operação. Todos os módulos do conteúdo programático devem ser aprovados pelo grupo gestor, visando à padronização do material para a trilha de aprendizagem.

Essa organização de conteúdo é cuidadosamente estruturada para garantir que cada colaborador receba as informações necessárias para desempenhar suas funções com eficiência e segurança desde o início de sua jornada na organização. O conteúdo é dividido em módulos de domínios técnicos e obrigatórios. Entre os conteúdos obrigatórios, estão as temáticas "Acolher para Pertencer" e "Diálogo com o Líder".

Acolher para Pertencer: Aborda a identidade organizacional, descrição de cargos, documentos institucionais, aplicação teórica e práticas ligadas aos recursos tecnológicos e sistemas operacionais.

Diálogo com o Líder: Refere-se ao último módulo da trilha, que promove o diálogo com o líder para reforçar as responsabilidades da função, organograma institucional, aplicação da APPO (Avaliação Participativa por Objetivos) e alinhamento das expectativas.

Quanto aos módulos de domínio técnico, as temáticas incluem noções básicas dos serviços, contextualização dos padrões e rotinas gerais adotadas no setor, imersão prática nas atividades a serem desempenhadas e apresentação dos principais documentos do setor.

Pilar Performance

O pilar de Performance abrange todas as iniciativas de aprendizagem voltadas para manter o quadro de colaboradores da instituição capacitado, atualizado e em constante aperfeiçoamento. Essas ações são mais eficazes quando estão alinhadas aos objetivos estratégicos da organização.

Isso significa que os programas de aprendizagem são planejados para apoiar diretamente o alcance das metas organizacionais, como aumentar a produtividade, promover a inovação, melhorar a qualidade do serviço, bem como a performance, satisfação e retenção dos colaboradores.

Em resumo, as ações de aprendizagem são iniciativas estruturadas e contínuas que buscam equipar os indivíduos com os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para desempenhar suas funções de forma eficaz e contribuir para o sucesso da instituição. Elas são fundamentais para o desenvolvimento profissional e para a manutenção de uma força de trabalho competitiva e bem preparada.

Neste contexto, considera-se aprendizagem a mudança de comportamento decorrente da incorporação de hábitos, atitudes, conhecimentos, destrezas e competências (Chiavenato, 2014).

Desse modo, o pilar performance expressa o compilado de ações de aprendizagem da Agir, norteadas por três domínios de aprendizagem: obrigatório, técnico e comportamental.

Domínio de aprendizagem obrigatório

O domínio de aprendizagem obrigatório abrange ações essenciais impostas por normas regulamentadoras de órgãos governamentais, documentos institucionais e outras entidades reguladoras, que normatizam as atividades de determinadas categorias profissionais. Essas ações são obrigatórias para todos os colaboradores da instituição ou para públicos/cargos específicos, conforme as normativas estabelecidas.

Focar em ações de aprendizagem obrigatórias é crucial para assegurar que todos os colaboradores estejam em conformidade com regulamentações legais e normas internas. Isso inclui treinamentos em segurança no trabalho, políticas de ética e conformidade, e outras exigências regulamentares. Garantir que todos cumpram essas exigências minimiza riscos legais e operacionais, protegendo tanto os colaboradores quanto a instituição de possíveis penalidades e reputações negativas.

Domínio de aprendizagem técnico

O domínio de aprendizagem técnico, refere-se às ações de aprendizagem focadas na ampliação do nível de aptidão dos colaboradores, conforme rotinas e atividades que compõem a descrição do cargo/função previstos no PCCR.

A aprendizagem técnica é fundamental para desenvolver as habilidades específicas necessárias para executar as funções do trabalho de maneira eficaz e eficiente. Esse tipo de treinamento abrange o uso de ferramentas e tecnologias específicas, bem como a aplicação de técnicas de trabalho e conhecimentos especializados. Manter os colaboradores tecnicamente atualizados é vital, pois promove a inovação, eleva a qualidade do trabalho e incrementa a produtividade. Além disso, a expertise técnica dos colaboradores contribui diretamente para a excelência operacional. Estas ações visam aprimorar hard skills requeridas para o exercício do cargo, tais como ferramentas e procedimentos de trabalho (Madruga, 2018).

Domínio de aprendizagem comportamental

O domínio de aprendizagem comportamental abrange ações de capacitação e atualização dos colaboradores, com o objetivo de desenvolver suas competências e alinhar suas práticas com as da organização. Essas ações visam aprimorar as soft skills dos colaboradores e formar equipes de alta performance, promovendo o desenvolvimento comportamental e contribuindo significativamente para a melhoria do trabalho.

Pilar Carreira

O pilar de Carreira é destinado para ampliar e desenvolver as competências dos colaboradores, a fim de alavancar o seu potencial, resultando na possibilidade de ascensão profissional mediante as expectativas e oportunidades da instituição com base na estratégia organizacional.

Este pilar é estruturado com base no PDL (Programa de Desenvolvimento de Líderes) e no PDI (Plano de Desenvolvimento Individual).

Nesse contexto, espera-se que a aprendizagem promova mudanças de comportamento por meio da incorporação de novos hábitos, atitudes, conhecimentos, habilidades e competências (Chiavenato, 2014). As ações de aprendizagem são desenvolvidas considerando os domínios de aprendizagem técnico e comportamental.

PDL – Plano de Desenvolvimento de Líderes

O PDL (Programa de Desenvolvimento de Líderes) refere-se às práticas de desenvolvimento adotadas a quem ocupa posições de liderança dentro da Instituição, no intuito de potencializar as habilidades de gestão, liderança e excelência operacional, para que estes, por sua vez, estejam aptos a desenvolver a própria equipe e entregar resultados de excelência.

Esta modalidade de desenvolvimento de carreira visa construir, anualmente, um programa de formação teórica e prática que assegure o desenvolvimento contínuo e o aperfeiçoamento da liderança, promovendo engajamento e alinhamento nas unidades/corporativo.

A proposta é baseada no levantamento dos principais GAPs de gestão, identificados por meio de avaliações de desempenho e observações da própria

liderança, além da análise de tendências de gestão no mercado e do planejamento estratégico da instituição.

Esses GAPs podem ser técnicos, comportamentais ou ambos.

Com os temas indicados, será elaborada a trilha de aprendizagem do PDL, que posteriormente será validada pelas hierarquias vigentes. As trilhas serão desenvolvidas em formato virtual e/ou presencial. A definição do público para cada ano será feita de acordo com a proposta de desenvolvimento da liderança e a estratégia adotada para potencializar o alcance dos resultados conforme estabelecido pelo planejamento estratégico da instituição.

PDI – Plano de Desenvolvimento Individual

O PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) é um plano desenhado especificamente para cada colaborador, com base no resultado da avaliação de desempenho por competências, estabelecendo metas claras e prazos, com o objetivo de orientar o autodesenvolvimento e maximizar o potencial do colaborador, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional. Funciona como um mapa, delineando uma rota clara entre o ponto de partida e o objetivo final, com orientações a serem seguidas em cada etapa do percurso.

Neste cenário, o líder atua como facilitador, auxiliando na identificação de possibilidades dentro da perspectiva do liderado e oferecendo feedbacks contínuos.

A metodologia utilizada é a de 70:20:10. Essa abordagem considera que 70% do aprendizado ocorre por meio de experiências práticas e na solução de problemas reais do dia a dia. Esses são os conhecimentos adquiridos com a prática. 20% do aprendizado acontece por meio da interação com outros profissionais, através da solicitação de feedbacks e do espelhamento em pessoas que são referências em determinados assuntos, habilidades ou atitudes que o profissional busca desenvolver. E os 10% restantes do aprendizado são obtidos através do modelo formal de educação, como cursos de graduação, pós-graduação, idiomas, cursos à distância, leitura de livros, participação em eventos e treinamentos.

Gestão por Competências

Segundo Brandão (2017), um dos modelos de gerir o capital intelectual de forma estratégica é por meio da gestão por competências que tem como propósito identificar, avaliar, desenvolver e mobilizar as competências necessárias à concepção dos objetivos organizacionais.

A metodologia de Gestão por Competências tem o intuito de otimizar os processos de gestão de pessoas e fortalecer o engajamento institucional, aumentando a capacidade de atuação estratégica e melhorando a tomada de decisão. Esta metodologia subsidia todos os processos de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção, Educação Corporativa, Avaliação de Desempenho, Feedback, Gestão do Clima Organizacional, Ações de Endomarketing, Carreira, Remuneração e Desligamento.

As competências são definidas pensando na estratégia e objetivos da instituição em conjunto com o que se espera de cada cargo, norteando o desenvolvimento do colaborador em suas atividades.

A AHBB adota o modelo de Gestão por Competências para gerenciar e desenvolver ao máximo as habilidades técnicas e comportamentais dos colaboradores. As competências representam o conjunto de entregas do profissional, resultante da mobilização do repertório individual em determinado contexto, considerando as diretrizes estratégicas e as competências da instituição (Dutra, 2001).

Dessa forma, estabeleceu-se na instituição, a prática da metodologia CHAVE, que compreende, os conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entorno, conforme detalhado a seguir:

Conhecimento - é o Saber Teórico adquirido em cursos, especializações, capacitações, graduações e/ou aperfeiçoamento.

Habilidades - é o Saber Fazer, ou seja, é colocar em prática o conhecimento que possui.

Atitudes - estão relacionadas ao Querer fazer, é a vontade/interesse do colaborador de colocar em prática os conhecimentos e as habilidades que possui para concretizar tarefas e atingir objetivos.

Valores - estão relacionados aos valores, tudo aquilo que o indivíduo prioriza e valoriza com base em sua cultura, linguagem e história pessoal.

Entorno - está relacionado à interação entre a pessoa e o ambiente, é externo ao colaborador, toda estrutura envolvida para o desenvolvimento de suas atividades.

Considerando o processo de identificar as habilidades, conhecimentos e atitudes específicas necessárias para um profissional realizar as atribuições de seu cargo/função de forma efetiva, a AHBB, com base nos objetivos institucionais e nas estratégias de gestão, definiu competências que traduzem o propósito, a missão, visão, valores e estabelecem vantagens competitivas no mercado das Organizações Sociais de Saúde.

Estas competências foram descritas e traduzidas em conceitos e em evidências de comportamento para que todos tenham o mesmo entendimento do significado de cada competência para a Agir. Desta forma, todos saberão o que identificar no perfil dos colaboradores. As competências da Agir foram agrupadas em 5 grupos:

Competência Essencial ou Competência Core: Compõe a razão de ser do negócio, está relacionada à missão, visão, valores, propósito e estratégia da instituição.

Competências Comportamentais (Soft Skills): Estão relacionadas ao comportamento humano, o modo de se comportar ou de reagir a determinada situação, à capacidade de se relacionar e/ou ao cumprimento de regras.

Competências Técnicas (Hards Skills): Estão relacionadas aos conhecimentos técnicos requeridos para o exercício do cargo, conhecimento de instrumentos e ferramentas de trabalho.

Competências de Resultado: Avalia as entregas conforme o esperado por cada cargo/função, juntamente com os indicadores e metas setoriais.

Avaliação

A avaliação é um processo de análise sistemática, com o propósito de determinar qualidade ou desempenho. É uma prática que exerce um papel crucial na busca de melhoria contínua e na tomada de decisões.

Avaliação em período de experiência

O contrato de experiência é uma modalidade de contrato de trabalho prevista pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que permite realizar a avaliação do novo colaborador durante a execução das atividades para o qual foi contratado. O objetivo da avaliação em período de experiência é fornecer elementos que possibilitem a análise quanto ao desempenho do colaborador no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a viabilidade da prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado.

A avaliação é realizada pelo gestor imediato do colaborador, em formulário via sistema, em dois períodos, 45 e 90 dias a contar da data de admissão, trata-se de uma avaliação que resulta em feedback, prevalecendo-se a transparência, o respeito, à contribuição para o desenvolvimento, a discrição e a confidencialidade.

Avaliação de Desempenho por Competências

Uma das ferramentas utilizadas na gestão por competências é a avaliação de desempenho, que visa a mensuração dos resultados de cada colaborador, proporcionando uma visão mais clara do seu desempenho, direcionando o desenvolvimento profissional, além de desdobrar as estratégias institucionais em ações voltadas para resultados.

A avaliação de desempenho por competências é uma ferramenta de desenvolvimento, que gera evidências para a tomada de decisões estratégicas, que envolvem ações de aprendizagem, plano de carreira e remuneração.

As competências de cada cargo estão definidas dentro de suas respectivas descrições de cargos, e são avaliadas em dois eixos, potencial e desempenho. No eixo potencial, são consideradas as competências comportamentais, sendo o conjunto de habilidades e atitudes que influenciam na maneira como o colaborador interage com os outros, enfrenta desafios e realiza seu trabalho. No eixo desempenho são consideradas as competências técnicas, que são conhecimentos específicos relacionados ao campo de atuação do profissional, diz respeito a performance, entregas tangíveis e resultados.

Para os cargos de liderança e profissionais de nível superior contratados no regime celetista, a avaliação é realizada anualmente na modalidade de 180º. Nesse processo, o líder avalia o colaborador, o colaborador se autoavalia e ambos

fazem a avaliação consensual, mediante o registro do feedback e/ou plano de desenvolvimento individual – PDI. Para os cargos, técnicos e/ou nível médio e/ou fundamental, a avaliação também ocorre anualmente, na modalidade de 90º, onde o líder avalia o colaborador.

Feedback

O principal objetivo do feedback é promover o desenvolvimento do colaborador, é um diálogo que traz aprendizagem e necessita ser conduzido de forma estruturada.

Pensando nisso, a AHBB investiu no desenvolvimento de uma ferramenta para que nela seja realizado o registro desta comunicação entre o gestor e o colaborador.

A ferramenta de feedback está disponível no Portal AHBB. O registro é realizado pelo gestor, na presença do colaborador, onde ele dará ciência ao lançamento. O jeito AHBB de proporcionar feedback envolve três tipos:

Feedback Avaliativo: comparar com um padrão, ajustar expectativas, subsidiar a tomada de decisões;

Feedback de Reconhecimento: reconhecer, conectar, motivar, agradecer;

Feedback Orientativo: contribuir para a ampliação de conhecimentos, aprimorar técnicas, aperfeiçoar capacidades.

Para que esse processo se torne verdadeiramente construtivo, o feedback deve ser uma parte intrínseca da gestão do líder, garantindo que seus colaboradores estejam cientes do alinhamento de suas entregas com as expectativas da instituição, se dentro e/ou acima do esperado, e quais os pontos de melhoria. É uma ferramenta que subsidia e gera evidências para outros processos, como Avaliação de Experiência, Avaliação de Desempenho e demais ações estratégicas da instituição.

Pesquisa de clima e ambiência organizacional

Segundo Luz (2015), o clima organizacional está relacionado à percepção coletiva que os profissionais têm sobre diferentes aspectos da instituição, influenciados

por forças internas e externas, que corroboram para a satisfação e engajamento dos indivíduos dentro dela.

Na AHBB espera-se um clima organizacional que promova um ambiente de valorização das pessoas, assim como, o fortalecimento dos valores organizacionais (transparência, humanização, inovação, competência, ética, respeito, responsabilidade, eficiência, credibilidade e comprometimento).

Uma das ferramentas estratégicas da área de gestão de pessoas para mensuração do clima organizacional é a pesquisa de clima, aplicada para os colaboradores. É uma ferramenta usada para mapear as percepções dos profissionais sobre o ambiente de trabalho. Aplica-se em forma de questionário, desta forma o profissional assinala as questões conforme sua experiência dentro da instituição, demonstrando o grau de engajamento e satisfação com os pontos abordados.

A pesquisa é realizada anualmente, seus resultados são apresentados aos colaboradores da instituição e resulta na elaboração do Plano de Ação registrado em sistema, que deverá conter, as ações propostas e o prazo para execução. No entanto, para garantir que as iniciativas identificadas no Plano de Ação estejam efetivamente sendo implementadas e surtindo os efeitos desejados, é importante complementar esse processo com a aplicação da pesquisa de satisfação e-NPS em intervalos menores, como a cada quatro meses.

A aplicação quadrimestral do e-NPS permite à organização captar de forma contínua o nível de satisfação e engajamento dos colaboradores, oferecendo uma visão mais dinâmica e atualizada do clima organizacional. Isso possibilita ajustes rápidos nas estratégias e ações, garantindo que os esforços para melhorar o ambiente de trabalho sejam eficazes e alinhados às expectativas dos colaboradores.

Além disso, a coleta frequente de feedback através do e-NPS demonstra um compromisso contínuo com o bem-estar dos colaboradores, promovendo uma cultura organizacional baseada em escuta ativa e resposta ágil. Essa prática fortalece a confiança entre a equipe e a liderança, assegurando que os colaboradores se sintam valorizados e que suas opiniões são levadas em consideração no desenvolvimento de um ambiente de trabalho mais positivo e produtivo.

Ações de Endomarketing

São ações voltadas para reforçar o engajamento, humanizar as relações, criar um ambiente de trabalho positivo, promover o sentimento de pertencimento, valorizar os profissionais e reter talentos. Essas ações visam construir uma cultura organizacional

saudável, fortalecer a relação entre a instituição e os colaboradores e cultivar um ambiente que promova a satisfação e o bem-estar.

Dentro desta perspectiva, são implementadas inciativas internas que abrangem datas comemorativas, aniversariantes do mês, datas profissionais e de conscientização.

Entrevista de desligamento

A AHBB tem como propósito, "Cuidar de vidas" e esse cuidado perpassa por toda trajetória do colaborador na instituição.

Dessa forma, espera-se que o momento de desligamento, seja por interesse da instituição (passivo), ou por iniciativa do colaborador (ativo), esteja alinhado aos valores da instituição.

Neste sentido, o propósito de compreender a jornada do colaborador desde sua entrada até fatores que levaram à rescisão contratual, a AHBB implementou a ferramenta de entrevista de desligamento.

Essa abordagem permite a coleta organizada das percepções do ex-colaborador em relação à instituição, que por sua vez converge em planos de ação voltados para a redução de indicadores como absenteísmo e turnover, e para a melhora do clima organizacional.

Plano de Cargos Carreira e Remuneração - PCCR

Visando o equilíbrio econômico e financeiro aliado às estratégias de excelência na gestão de suas unidades, a AHBB tem buscado as melhores práticas de mercado para provimento e retenção de seus colaboradores.

Tendo em vista os princípios da legalidade, transparência, impessoalidade, isonomia, eficiência, profissionalização e publicidade, assim como as previsões

dos Contratos de gestão de suas unidades, a instituição implantou o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração - PCCR.

O referido PCCR consolida às descrições dos cargos existentes na instituição, os requisitos de acesso, as atribuições e responsabilidades, bem como os critérios de remuneração dos profissionais contratados pela AHBB e unidades por ela administradas.

Tem por objetivo, orientar a execução da administração e práticas de remuneração da AHBB, bem como estabelecer as diretrizes para a evolução dos colaboradores nos cargos/funções e possibilidades de carreira, regulamentando a gestão das movimentações salariais e funcionais, visando o equilíbrio interno, externo e orçamentário, alinhado às Diretrizes Estratégicas da Instituição e Política de Gestão de Pessoas.

Política de Remuneração

A política de remuneração leva em conta o desempenho econômico-financeiro institucional e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. (Pontes, 2012).

A AHBB reúne um conjunto de critérios que definem as movimentações funcionais e salariais, bem como os prazos e períodos de toda a prática salarial, possibilitando o desenvolvimento da carreira dos colaboradores, pautado pela gestão de desempenho.

Remuneração Estratégica

A remuneração estratégica alinhada ao contexto e à estratégia institucional, constitui fator de harmonização de interesses, ajuda a gerar consensos e atua como alavanca de resultados (Wood Jr. e Picarelli Filho, 1999).

Assim sendo, a composição da Remuneração da AHBB reconhece os esforços dos colaboradores que contribuem para o sucesso da instituição. Ela é composta por valores fixos (Remuneração Fixa) e variável (Remuneração Variável), e recompensa por meios de adicionais, bonificações e pagamentos aos colaboradores que apresentam bom desempenho.

Remuneração Fixa

A Remuneração Fixa é todo e qualquer tipo de remuneração que tem um valor fixo pré-estabelecido. Está relacionada diretamente ao cargo ocupado pelo colaborador.

Salário Base

Corresponde ao salário nominal definido de acordo com a posição ocupada na tabela salarial da AHBB, quanto ao cargo/função, nível e faixa correspondente, sem o acréscimo de adicionais fixos ou variáveis que o colaborador possa receber.

Remuneração Variável

É um complemento da remuneração fixa, e como não é necessariamente mensal, o valor pode sofrer alteração. Na AHBB a remuneração variável funciona como um programa de reconhecimento e recompensa ao desempenho individual do colaborador. É monetária, e se apresenta como gratificação por função, gratificação por projeto, bonificação, premiação e comissão.

Demais adicionais e/ou gratificações de função por atividade específica

Os demais adicionais, tais como: insalubridade, assiduidade/pontualidade, adicional noturno, tempo de serviço, função por atividade específica (exemplo: UTI, ambiente fechado, dentre outros), serão contemplados conforme legislação específica e/ou se assegurará o estabelecido em Acordo /Convenção Coletiva das categorias.

Recompensas não financeiras

Ao contrário das recompensas financeiras, as não financeiras vão além do valor percebido pelo colaborador, inclui reconhecimento por desempenho, oportunidades de desenvolvimento, preocupação com o bem-estar e um ambiente organizacional atrativo. Trata-se de fatores que melhoram significativamente o olhar do colaborador sobre a instituição.

Núcleo de Saúde Mental no Trabalho

O Núcleo de Saúde Mental no Trabalho destina-se ao cuidado com a saúde mental dos colaboradores e parceiros da AHBB, visando melhor qualidade de vida, humanização e felicidade no ambiente de trabalho.

Ações de conscientização e prevenção

O Núcleo de Saúde Mental no Trabalho tem uma programação anual de palestras psicoeducativas e atividades de promoção de bem-estar com os setores de Recursos Humanos das unidades gerenciadas, buscando desenvolver ações pontuais de acordo com demanda específica, visando a prevenção e promoção de saúde para os colaboradores.

Programa Sinta-se bem no ambiente de trabalho

O projeto tem como escopo compreender o perfil epidemiológico e o diagnóstico emocional dos setores das unidades da AHBB e a partir destes dados realizar ações de promoção de bem-estar e prevenção do adoecimento mental e ocupacional, com foco na saúde integral do colaborador e promoção de bem-estar.

Programa Dialoga Mais

O programa Dialoga Mais é um programa do Núcleo de Saúde Mental no Trabalho, que atua como facilitador na prevenção e promoção da saúde com ações individuais e coletivas a partir do atendimento psicológico baseado na terapia breve focal.

O programa Dialoga Mais proporciona atendimentos conforme a necessidade de cada profissional, sendo inicialmente estabelecido o limite de 8 (oito) sessões, mas havendo flexibilidade em casos específicos que são analisados pelo psicólogo do Núcleo de Saúde Mental no Trabalho. Todos os atendimentos são 100% custeados pela instituição.

Programa Mais Gestão

O Mais Gestão é um programa que visa criar um ambiente organizacional saudável, com mais significado, conexão, bem estar e saúde mental para os gestores, o que impactará também indiretamente em todos os times.

O programa envolve a escuta de gestores das unidades, análise de dados coletados para que sejam identificados temas relevantes para a criação de planos de ação direcionados a cada área de gestão.

Canal da Integridade

Pode-se destacar a solidificação de uma cultura de integridade, aplicando os conceitos de cultura justa e proporcionando melhorias aos processos e ajustes de condutas pertinentes por meio da gestão de pessoas.

Buscando construir um ambiente de trabalho seguro e saudável, foi instituído o Canal de Integridade (DIS 033- Programa de Integridade), para comunicação e fonte de informações que possibilite a investigação de pontos de melhoria e de condutas divergentes da legislação vigente e/ou do Código de Conduta Ética da AHBB.

Os registros no Canal de integridade organizam-se em categorias para destinação de área de análise, cabendo a Gerência Corporativa de Recursos Humanos e Recursos Humanos das unidades a responsabilidade das tratativas enquadradas na categoria Comportamento.

Operacionalização de fluxo entre Núcleo de Compliance e Integridade e Núcleo de Saúde Mental no Trabalho

Trata-se de um fluxo intersetorial, entre Núcleo de Compliance e Integridade (responsável pela coordenação do Canal de Integridade) e Núcleo de Saúde Mental no Trabalho, onde foram desenvolvidos dois fluxos:

Fluxo para gestão de conflitos: registros no Canal de Integridade que não contemplam o escopo do canal são encaminhados ao Núcleo de Saúde Mental no Trabalho para que sejam tratados como conflitos interpessoais. Desta forma, a finalidade do Canal de Integridade é mantida, ao mesmo tempo em que os colaboradores continuam sendo amparados na mitigação de conflitos.

Fluxo para atendimento às vítimas de violência: as vítimas de violência confirmada através do fluxo do Canal de Integridade são encaminhadas para o Núcleo de Saúde Mental no Trabalho para que sejam acolhidas com suporte técnico especializado e recebam todo o atendimento psicológico necessário.

Iniciativas institucionais normatizadas para o fluxo de violência

As iniciativas têm o objetivo atuar junto à prevenção, apuração e tratativas nos casos de violência (física, psicológica, sexual e moral) no ambiente de trabalho, norteando-se pelo Código de Conduta Ética da instituição (POL 002- Código de Conduta Ética).

No itinerário da violência institucional, faz-se necessário realizar um compilado de ações realizadas para zelar pelo bem-estar dos colaboradores, sendo elas:

Medidas para prevenção da violência: palestras de prevenção à violência, cartilha de boas práticas no ambiente de trabalho e trilhas de aprendizagem para capacitação dos colaboradores dentro dos princípios de ética e respeito;

Medidas para apurar casos de violência: Canal de Integridade e em casos de possível violação grave, CET- Comitê de Ética

Medidas para tratar casos confirmados de violência: aplicação dos conceitos de cultura justa e encaminhamento das vítimas para atendimento junto ao programa Dialoga Mais, conforme fluxo citado para atendimento às vítimas de violência.

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

A AHBB por meio do SESMT adota procedimentos, a fim de garantir a qualidade e desempenho em matéria de segurança e saúde dos colaboradores, preservando sua integridade física e psíquica. A metodologia de atuação é pautada por rotinas de adequação, identificação e controle dos riscos ocupacionais, com intuito de eliminar e ou reduzir incidentes, adoecimentos e acidentes de trabalho.

Nossos profissionais são constantemente orientados a zelar pela segurança e saúde ocupacional, com o foco na prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e promoção da saúde, atendendo os requisitos legais e regulamentares. São disponibilizados atendimentos com o médico do trabalho para o acompanhamento da saúde ocupacional do colaborador de forma periódica ou pontual conforme necessidade, ações de saúde preventiva, imunização, ginástica laboral, realização de palestras com foco em ergonomia e postura adequada, realização de oficinas de vivência corporal, atividades de relaxamento e alongamento para os profissionais.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT atua de forma preventiva liderando ações estabelecidas nos cronogramas dos programas de gerenciamento de risco, controle médico de saúde ocupacionais e os laudos técnicos, a fim de ter um melhor atendimento na área de segurança e saúde dos colaboradores, para tanto desenvolve atividades

voltadas para a prevenção de acidentes ou doenças ocupacionais. Todos os processos e procedimentos são realizados, conforme as Normas Regulamentadoras – NR e Legislações Vigentes do Ministério da Economia – Secretaria do Trabalho.

Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho é uma especialidade médica voltada para a promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes relacionados ao ambiente de trabalho. Seu foco principal é a proteção da saúde dos colaboradores, assegurando que as condições laborais sejam saudáveis, minimizando riscos ocupacionais e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos no contexto profissional.

PCMSO - Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional

O PCMSO preconizado pela NR 07, é elaborado pelo Médico do Trabalho e visa promover e preservar a saúde dos profissionais, rastreando e diagnosticando precocemente os agravos relacionados ao trabalho, a partir dos exames complementares, conforme os riscos de exposição. Constam exames para fins de Atestado de Saúde Ocupacional: Admissional, Periódico, Demissional, Retorno ao Trabalho e Mudança de Risco Ocupacional.

Acidente de trabalho

Conforme o Artigo 19 da Lei 8.213/91, acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Dentre as possibilidades existentes, temos:

- Doença profissional ou do trabalho: produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade;
- Acidente típico: ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da instituição;
- Acidente de trajeto: ocorre no percurso do local de residência para o trabalho ou desse para aquele, considerando a distância e o tempo de deslocamentos compatíveis com o percurso do referido trajeto. Para que

seja considerado acidente de trajeto, é necessária a cópia do boletim de ocorrência, atestado médico com o CID ou duas testemunhas.

Todos os acidentes de trabalho deverão ser comunicados ao SESMT em até 24 horas, ou no primeiro dia útil após a ocorrência, para o acompanhamento da Medicina do Trabalho e emissão de CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho.

As orientações acerca dos procedimentos quando ocorre um acidente de trabalho constam na Diretriz do Fluxo de atendimento para o colaborador acidentado.

Atestado médico/odontológico

Os atestados médicos e odontológicos deverão ser entregues ao Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT até o segundo dia útil após a data do início do afastamento. Passado este período, não serão aceitos pela instituição, conforme a Diretriz de Recebimento de Atestados.

Exame Periódicos – NR 07

Os exames médicos periódicos são fundamentais para avaliação do estado de saúde cdos colaboradores, e visa orientá-los quanto aos níveis dos fatores de risco, sejam eles físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos/acidente, a que estão expostos em seus ambientes laborais. É responsabilidade do colaborador comparecer ao SESMT para a realização do seu exame na data prevista.

Programa de Imunização Ocupacional

O programa de imunização ocupacional desempenhando um papel fundamental na prevenção de doenças infecciosas relacionadas ao trabalho, promovendo a saúde e o bem-estar dos colaboradores, assegurando a cobertura geral do ambiente de trabalho. As imunizações são acompanhadas e realizadas conforme as recomendações da NR – 32.

Aqui está a ilustração de **uniformização dos recursos humanos** na UPA 24 h de Boquim: diferentes profissionais (enfermagem, médico, recepção, serviço de apoio e segurança) posicionados na entrada da unidade, todos com crachás e uniformes padronizados que reforçam identidade visual, organização e profissionalismo da equipe. Ideal para materiais de apresentação ou manuais de RH.

2. Implantação dos fluxos

2.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, não restritas e externas

Fluxos operacionais da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri

(circulação em áreas externas, não-restritas e restritas)

Os circuitos abaixo integram requisitos contratuais de controle de acesso e vigilância, a lista de ambientes assistenciais e o modelo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Cada fluxo foi desenhado para: (a) impedir cruzamentos entre pacientes, resíduos e materiais limpos; (b) reduzir infecção cruzada; e (c) agilizar deslocamentos em uma UPA Tipo I.

Categoria de área	Exemplos na UPA	Quem circula	Controles & barreiras
Externa	Doca de ambulâncias, abrigo de resíduos, estacionamento, portaria social	Ambulâncias, fornecedores, visitantes, coleta de lixo	Cancelas, guarita 24 h, circuito CFTV, sinalização vertical
Não-restrita	Recepção, ACCR, consultórios, corredores públicos, sala de espera	Pacientes, acompanhantes, equipe administrativa	Crachá, totem senha, fluxo unidirecional "entrada → ACCR → saída"
Restrita	Sala de estabilização, leitos de observação, CME, farmácia, almoxarifado, expurgo, SADT	Profissionais assistenciais e apoio técnico	Porta com biometria, registros em livro-trança, EPIs obrigatórios

1 • Fluxo assistencial de pacientes

1. **Entrada regulada ou espontânea**
   Ambulância (externa) ou porta social → Recepção/ACCR (não-restrita).
2. **Classificação e destino**

- **Casos graves**: ACCR → Sala de estabilização (restrita) → Observação → Transferência ou alta.
- **Baixa/média complexidade**: ACCR → Consultório (não-restrita) → Exames SADT (restrita) → Sala de curativo/medicação → Observação ou alta.

3. **Saída**
   Alta administrativa → Recepção → Área externa; ou ambulância → referência.

2 • Fluxo de colaboradores

Portaria externa → Vestiários → Setor de trabalho (chave eletrônica). Circulação livre apenas em percurso designado; acesso à CME, farmácia e almoxarifado concedido por senha biométrica.

3 • Fluxo de materiais esterilizáveis

Uso clínico → Expurgo (restrita) → CME "área suja" → Esterilização → CME "área limpa" → Estoque estéril → Distribuição por carrinho fechado em corredor técnico (separado do corredor de pacientes).

4 • Fluxo de medicamentos e insumos

Recebimento na doca (externa) → Almoxarifado central (restrita) → Farmácia satélite → Dispositivos de dispensação nos postos de enfermagem. Todos os movimentos registrados em sistema ERP integrado.

5 • Fluxo de roupas hospitalares

Roupa suja coletada em sacos hidrossolúveis → Rouparia suja (restrita) → Lavanderia terceirizada (externa) → Rouparia limpa → Setores; circuitos nunca se cruzam.

6 • Fluxo de resíduos

Resíduos segregados na origem (coletores coloridos) → Caminho interno fechado → Abrigo de resíduos externo → Coleta autorizada. Barreiras físicas evitam passagem por áreas de público.

7 • Fluxo de visitantes

Entrada principal → Recepção → Controle de horário → Observação (não-restrita) – permanência controlada por pulseira cor diferenciada → Saída.

Boas-práticas de sinalização e segurança

- **Cores de piso e paredes** marcam transição: verde (não-restrita) → amarelo (semi-crítica) → vermelho (restrita).
- **Portas automáticas intertravadas** entre CME suja e limpa; alarmes sonoros em caso de abertura dupla.
- **CFTV com gravação mínima de 30 dias** cobre todos os eixos, reforçando rastreabilidade.

Resultado esperado

A separação física e lógica desses fluxos garante:

- Menor risco de infecção cruzada e eventos adversos.
- Trânsito mais rápido de pacientes críticos até a estabilização.
- Rastreabilidade de insumos, OTIF logístico e conformidade com requisitos de ONA 1.

A engenharia de fluxos da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri parte de uma zonificação espacial que separa áreas externas, não-restritas e restritas, organizando a circulação de pessoas, materiais e resíduos para reduzir riscos assistenciais e agilizar o atendimento. Toda a unidade foi pensada para que trajetórias críticas – paciente grave, material contaminado, roupa suja – jamais se cruzem com rotas limpas ou com a movimentação de visitantes.

Logo no entorno da edificação situam-se as áreas **externas**: doca de ambulâncias, estacionamento de público, guarita e abrigo de resíduos. A doca possui acesso direto às salas de estabilização, permitindo a entrega rápida de pacientes politraumatizados, enquanto a guarita, integrada ao circuito de CFTV exigido no contrato, impõe registro de entrada a veículos, fornecedores e visitantes, garantindo rastreabilidade 24 h .

Ao atravessar a porta social, o usuário ingressa na faixa **não-restrita**. Aqui concentram-se recepção, Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e consultórios, obedecendo ao preceito da Política Nacional de Humanização de atender primeiro pela gravidade do caso . O percurso é linear: cadastro, ACCR, espera direcionada ou retorno para casa. Se o paciente recebe pulseira vermelha

ou laranja, segue pelos corredores internos para as salas críticas; se classificado como verde ou azul, permanece em ambiente ambulatorial até a alta.

Da recepção para dentro estabelece-se o domínio **restrito**. Salas de estabilização com cinco leitos, observação masculina, feminina, pediátrica e indiferenciada, curativos, pequenos procedimentos e centro de apoio diagnóstico (SADT) formam um anel assistencial fechado, acessível apenas por portas com controle biométrico, conforme diretriz de segurança patrimonial e controle de acesso. Pacientes graves entram por uma antecâmara com álcool-gel e aventais, diminuindo carga microbiana; materiais sujos saem por rotas técnicas independentes e chegam ao expurgo antes de atingir a Central de Esterilização de Materiais – CME, que conta com áreas física e logicamente separadas para "sujo" e "limpo".

Dentro desse arquétipo, sete circuitos simultâneos mantêm a engrenagem da UPA:

• **Fluxo assistencial** – ambulâncias ou porta social conduzem o paciente ao ACCR; dali casos críticos ingressam na estabilização e, depois, na observação ou em ambulância de remoção; quadros de baixa complexidade percorrem consultório, exames e medicação, retornando à recepção para alta.

• **Fluxo de colaboradores** – profissionais identificados por crachá especial registram presença na portaria, trocam uniforme no vestiário e acessam apenas o setor designado, cumprindo o padrão de identificação corporativa previsto no anexo contratual.

• **Fluxo de materiais esterilizáveis** – instrumental recolhido no posto de enfermagem percorre corredor técnico até o expurgo, passa para a CME suja, atravessa esterilização e retorna pela CME limpa em carrinho fechado, evitando cruzamento com pacientes.

• **Fluxo de medicamentos e insumos** – caminhão descarrega na doca; itens entram no almoxarifado central, seguem à farmácia satélite e, por dispensadores eletrônicos, chegam aos postos de enfermagem, tudo monitorado em sistema logístico interno.

• **Fluxo de roupas** – roupa suja sai em sacos hidrossolúveis para a rouparia suja, de onde segue para lavanderia terceirizada; o enxoval limpo retorna por porta distinta, armazenado em rouparia limpa antes da distribuição.

• **Fluxo de resíduos** – segregados na origem, os resíduos caminham por dutos ou carrinhos fechados até o abrigo externo específico; coleta contratada remove-

os conforme legislação ambiental, requisito expresso de gerenciamento aprovado pela SES.

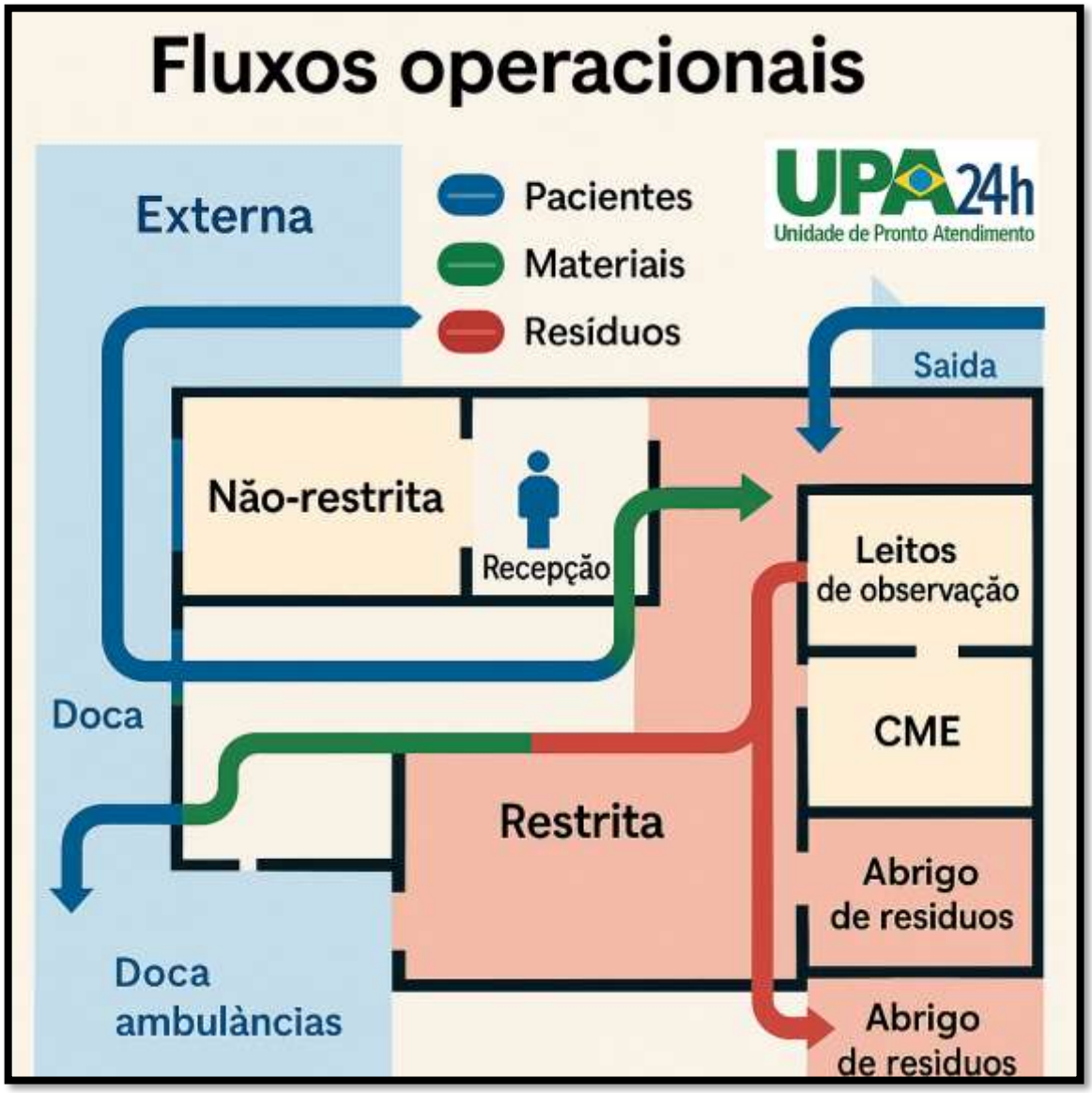
• **Fluxo de visitantes** – controle por pulseira na recepção, horários fixos e percurso único até a sala de observação, mantendo-os sempre em zona não-restrita e sob supervisão de segurança.

A integração desses circuitos resulta em menor risco de infecção cruzada, otimiza o tempo de chegada do paciente crítico à sala de estabilização e garante rastreabilidade de insumos, conforme metas operacionais e de qualidade definidas no Anexo II do contrato de gestão.

Além disso, a clara diferenciação cromática das áreas (verde para livre, amarelo para semi-crítica, vermelho para restrita) e a presença de sinalização vertical auxiliam usuários e equipes a respeitar limites físicos, consolidando um ambiente seguro, eficiente e alinhado aos requisitos da futura acreditação ONA 1.

Segue a ilustração em formato de **planta baixa simplificada**, com setas azul (pacientes), verde (materiais) e vermelha (resíduos) indicando como cada fluxo

percorre as áreas Externa, Não-restrita e Restrita da UPA 24 h de Boquim. Esse esquema visual facilita a compreensão rápida dos circuitos críticos descritos no texto e pode ser usado em manuais operacionais ou apresentações de treinamento.



2.2. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

O fluxo unidirecional dos materiais esterilizados na UPA 24 h de Boquim foi desenhado para que cada peça percorra um trajeto sempre "da esquerda para a direita" – do ponto de uso ao depósito estéril – sem nenhum retorno ou cruzamento com a rota dos itens contaminados. Esse conceito, norteado pela RDC 15/2012 da Anvisa e pelos requisitos de acreditação ONA 1, garante barreira física e lógica contra recontaminação e mantém a rastreabilidade de todo o processo.

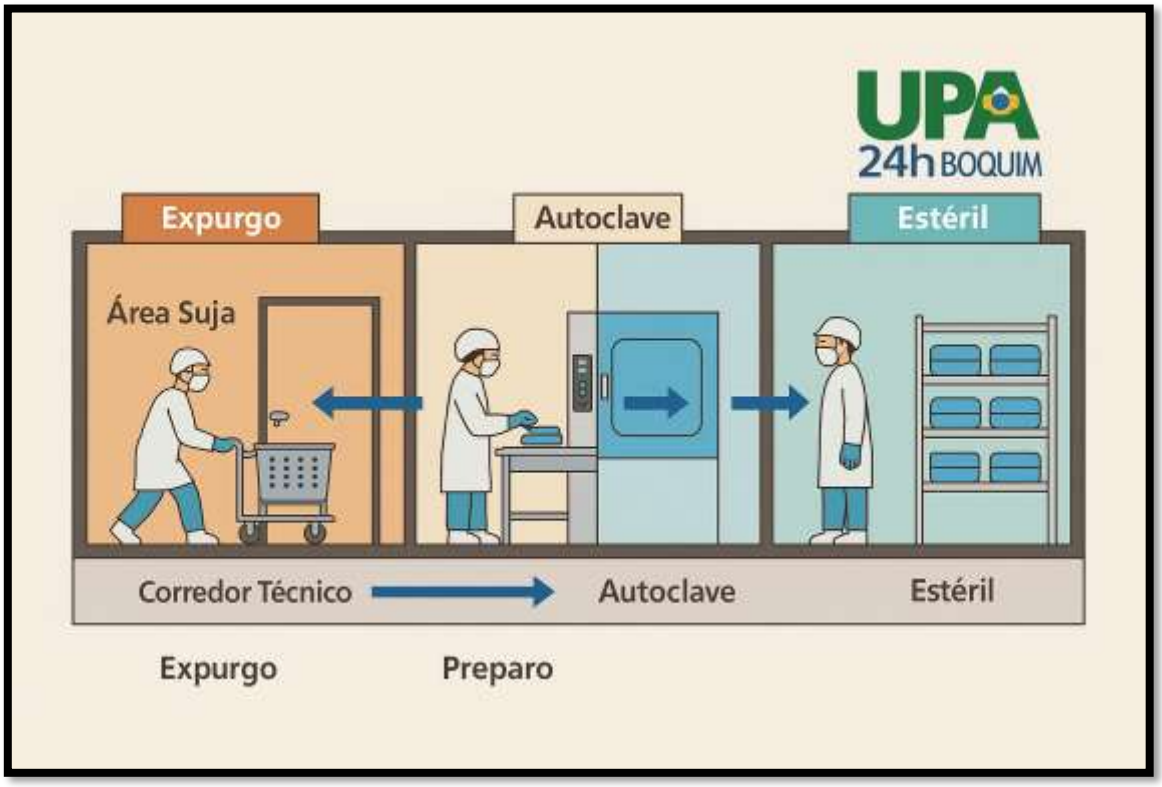
O ciclo começa nos postos de enfermagem, salas de procedimentos e estabilização: logo após o uso, o instrumental é separado em caixas de polipropileno perfuradas, fechado com tampa rígida e identificado como "material sujo". O carrinho fechado segue por corredor técnico exclusivo (lado "sujo") até o expurgo da Central de Material e Esterilização (CME). Ali, passa por descontaminação inicial em cuba de imersão com detergente enzimático, enxágue em água corrente e limpeza mecanizada na termodesinfectadora; todo efluente é tratado antes de ir à rede, preservando biossegurança.

Do expurgo, o material atravessa uma porta guilhotina intertravada que só se abre depois de a anterior ter sido fechada, ingressando na "área de preparo" – já considerada limpa. Nesta bancada, instrumentos são secos com ar filtrado, verificados quanto à integridade e funcionalidade, montados e embalados em SMS ou papel grau cirúrgico, selados, etiquetados com código de barras (carga, data, lote e validade) e colocados em carros perfurados para esterilização.

O carregamento ocorre na autoclave selada na parede (pass-through), cuja porta se abre apenas do lado limpo após o término do ciclo de 134 °C/5 min. Quando a autoclave libera a carga, técnicos conferem registro eletrônico, teste Bowie-Dick, integrador químico e indicador biológico; qualquer falha devolve o lote diretamente ao expurgo por duto basculante, evitando regressão à área limpa.

Material aprovado segue para a "área estéril": prateleiras de aço inox com distanciamento mínimo de piso e teto e fluxo de ar positivo filtrado. O sistema de gestão da CME gera relatório automático, integrando-o ao prontuário via código de barras. A distribuição parte dessa rouparia estéril em carrinho fechado, trafegando por corredor limpo e elevador exclusivo até cada posto de trabalho, onde o pacote é aberto junto ao paciente. Uma vez aberto, o caminho é só de volta ao expurgo e jamais ao depósito estéril, preservando a lógica de mão única.

Com isso, cada instrumento percorre uma linha contínua – **sujo** → **limpo** → **estéril** – sem cruzamentos, sem portas reversíveis e com monitoramento eletrônico end-to-end, assegurando redução de IRAS, conformidade regulatória e alta disponibilidade de material para a assistência.



2.3. Fluxo unidirecional para roupas.

O percurso das roupas hospitalares na UPA 24 h de Boquim segue a lógica **"suja → lavanderia → limpa"** sem qualquer retorno ou cruzamento entre fluxos, garantindo barreira microbiológica e rastreabilidade conforme RDC 50/2002 e boas-práticas de lavanderia hospitalar.

Logo após o uso, lençóis, campos e aventais são descartados diretamente em **sacos hidrossolúveis coloridos** dentro dos postos de enfermagem, identificados por setor, data e turno. Os sacos, fechados, são colocados em **carrinhos de tampa rígida** exclusivos para roupa suja e deslocam-se por **corredor técnico** vedado à circulação de pacientes; nenhuma peça passa por áreas administrativas ou de visitação.

Os carrinhos chegam à **Rouparia Suja**, ambiente restrito com pressão de ar negativa e piso impermeável. Ali, a equipe de apoio confere a identificação, pesa a carga e emite protocolo eletrônico. A sala possui **ponto de espera blindado** que permite o recolhimento da empresa terceirizada sem que o trabalhador externo adentre áreas limpas da UPA: o operador abre a guilhotina externa, retira os sacos e lacra o compartimento; só então a porta interna pode ser destravada novamente, evitando mistura de ambientes.

O caminhão baú da lavanderia — dedicado exclusivamente a roupas contaminadas — faz trajeto direto até a planta industrial. Na lavanderia, todo o enxoval percorre processo termodesinfector mecânico (lavagem a ≥ 71 °C / 25 min ou 85 °C / 10 min) seguido de secagem, calandragem ou passadoria, e inspeção de integridade. As peças aprovadas recebem **etiqueta de código de barras** com lote e data de processamento, permitindo rastreamento reverso.

Roupa limpa retorna em **containers selados** ao pátio de cargas da UPA, onde ingressa por porta independente na **Rouparia Limpa** — local sob pressão positiva, temperatura controlada e acesso biométrico. As prateleiras são segregadas por tipo de peça e unidade usuária; eventuais avarias ou manchas são reprovadas e devolvidas, nunca reintroduzidas ao circuito.

Distribuição acontece duas vezes ao dia em carrinho específico para enxoval limpo, trajeto que utiliza **corredor limpo** e elevador de serviço. Nos postos, a troca de roupa de leito ocorre após desinfecção de superfícies; a peça usada volta imediatamente ao saco sujo, reiniciando o ciclo.

Dessa forma, o **fluxo permanece unidirecional**:

1. **Coleta na fonte (sujo) → Rouparia Suja → Caminhão contaminado → Lavanderia**
2. **Lavanderia (limpo) → Caminhão limpo → Rouparia Limpa → Distribuição aos setores**

Em nenhum ponto roupa limpa transita nos mesmos corredores, elevadores ou ambientes utilizados pelo enxoval contaminado, eliminando risco de recontaminação cruzada e garantindo disponibilidade contínua de material têxtil seguro para a assistência.

2.4. Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

Fluxo unidirecional de resíduos de saúde – UPA 24 h de Boquim

A gestão de resíduos da unidade foi desenhada para que o trajeto de cada resíduo siga um **único sentido, sem retrocesso ou cruzamento com áreas limpas**, em conformidade com a RDC 222/2018 (Anvisa) e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

1. Segregação imediata no ponto de geração
Nos postos de enfermagem, salas de procedimentos, laboratório e CME, os resíduos são separados no momento do descarte, em recipientes rígidos e identificados por cor e símbolo:

- **Grupo A – biológicos** (saco branco leitoso ou vermelho para potencialmente infectantes);
- **Grupo E – perfurocortantes** (caixa rígida amarela);
- **Grupo B – químicos** (bombonas azuis);
- **Grupo D – comuns** (cestos cinza ou preto).
  Essa segregação evita mistura, facilita tratamento adequado e reduz custos.

2. Coleta interna em horário fixo
Equipe de apoio logística percorre rotas técnicas exclusivas três vezes ao dia com carrinhos fechados e sinalizados. As tampas nunca são abertas fora dos pontos designados, e o operador utiliza EPI completo (luvas nitrílicas, avental impermeável, botas e protetor facial).

3. Sala de Resíduos (armazenamento temporário interno)
Local restrito, ventilado e sob pressão negativa, onde cada grupo permanece em compartimento separado. A permanência máxima é de 24 h para os grupos A e E, conforme legislação. O ambiente possui lavatório de emergência, ralo sifonado e CFTV que registra todo acesso.

4. Abrigo Externo de Resíduos
Estrutura anexa, isolada da circulação de pacientes, dotada de piso anti-derrapante, lavagem de piso e porta metálica com chave codificada. Aqui os recipientes aguardam coleta por, no máximo, 48 h (biológicos) ou até o limite permitido para químicos e comuns.

5. Transporte externo e destino final

Transportadora licenciada retira cada grupo em veículo dedicado:

- **Grupo A e E** → tratamento térmico (autoclavagem ou incineração) antes da disposição final;
- **Grupo B** → coprocessamento em fornos de cimento ou incineração controlada;
- **Grupo D** → aterro sanitário classe II.
  Os Manifestos de Transporte acompanham o resíduo até o destino e são arquivados pelo setor de Meio Ambiente da UPA por cinco anos.

Barreiras de segurança que asseguram a "mão única"

- **Corredores exclusivos** para carrinhos fechados, separados dos de pacientes e de materiais limpos.
- **Portas com trava eletrônica** nos acessos à Sala de Resíduos e ao Abrigo Externo, impedindo retorno do carrinho contaminado às áreas assistenciais.
- **Sinalização cromática** no piso e nas tampas dos carrinhos reforça o sentido de deslocamento.
- **Monitoramento por CFTV** garante rastreabilidade e coíbe desvios.

FLUXO UNIDIRECIONAL
DE RESÍDUOS DE SAÚDE
UPA
24h DE BOQUIM
Segregação na fonte
Coieta Interna
Sala de Residuos
Transporte Externo
A
C
A B
E D
GRUPO A
BIOLOGICO
Coleta Interna
Corricor

3. Implantação da gestão

3.1. Proposta para regimento interno da UPA Boquim

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 H DR. B. MITIDIERI – UPA BOQUIM

Sumário

1. Disposições Preliminares
2. Finalidade, Missão e Valores
3. Fundamentos Legais e Normativos
4. Estrutura Organizacional e de Governança
5. Funcionamento Assistencial
6. Direitos e Deveres dos Usuários
7. Direitos, Deveres e Conduta dos Colaboradores
8. Segurança do Paciente e Controle de Qualidade
9. Gestão de Pessoas e Educação Permanente
10. Gestão da Informação, Prontuário e Faturamento
11. Manutenção, Engenharia Clínica e Infraestrutura
12. Comissões, Comitês e Núcleos Permanentes
13. Disposições Finais

1. Disposições Preliminares

Art. 1º Este Regimento Interno estabelece as regras de organização, funcionamento, responsabilidades e relações institucionais da UPA Boquim, habilitada como UPA 24 h Tipo I (Portaria GM/MS 4 045/2010) e gerenciada por Organização Social de Saúde (OSS) mediante Contrato de Gestão firmado com a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe – SES/SE.

Art. 2º O Regimento tem caráter normativo, é de observância obrigatória por todos os colaboradores, estagiários, prestadores terceirizados, visitantes e voluntários que atuem ou circulem na unidade.

2. Finalidade, Missão e Valores

Art. 3º Finalidade: prestar atendimento resolutivo, humanizado e de qualidade em urgência e emergência 24 horas, garantindo acolhimento, estabilização, observação até 24 h e referência/contrarreferência conforme diretrizes da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 4º Missão: assegurar cuidado integral, equânime e oportuno aos usuários do SUS, valorizando a segurança do paciente, a educação em saúde e a gestão eficiente de recursos.

Art. 5º Valores: universalidade, equidade, integralidade, humanização, ética, transparência, inovação, responsabilidade socioambiental.

3. Fundamentos Legais e Normativos

I – Constituição Federal de 1988 (arts. 196-200);
II – Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990;
III – Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6/2017 e suas atualizações (Portaria GM/MS 1.997/2023) (gov.br);
IV – Política Nacional de Humanização (PNH);
V – Política Nacional de Segurança do Paciente (Portaria MS 529/2013);
VI – RDC ANVISA 36/2013; RDC 2/2010;
VII – Normas de acreditação ONA nível 1;
VIII – Contrato de Gestão e seu Anexo II – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas.

4. Estrutura Organizacional e de Governança

Art. 6º A UPA é constituída pelos seguintes órgãos:

1. **Direção-Geral** – exercida por profissional de nível superior com experiência em gestão de serviços de saúde;
2. **Direção Técnica** – médico responsável pelo cumprimento das normas assistenciais e éticas (Res. CFM 2.147/2016);

3. **Gerência de Enfermagem**;
4. **Coordenação Administrativa e Financeira**;
5. **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**;
6. **Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)**;
7. **Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)**;
8. **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**;
9. **Serviços de Apoio (CME, SAME, Farmácia, SND, Manutenção, Higienização, Segurança Patrimonial).**

Parágrafo único. A composição, competências e linha de subordinação de cada setor constam no Manual de Organização anexo ao presente Regimento.

5. Funcionamento Assistencial

Art. 7º O atendimento é contínuo, 24 h, com escala mínima de dois médicos por plantão (diurno e noturno) e equipe multidisciplinar proporcional à demanda, conforme metas quantitativas de 4 500 atendimentos/mês.

Art. 8º Todos os usuários devem ser acolhidos conforme o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), respeitando a gravidade clínica.

Art. 9º São fluxos assistenciais obrigatórios:
I – Admissão, triagem e ACCR;
II – Atendimento médico-enfermagem;
III – Observação até 24 h;
IV – Solicitação de SADT;
V – Alta, contrarreferência ou transferência regulada;
VI – Registro de dados em prontuário eletrônico e sistemas oficiais (SIA/SUS, SIH/SUS).

6. Direitos e Deveres dos Usuários

Art. 10 Direitos dos usuários, entre outros: informação clara, acesso universal, acompanhante (criança, gestante, idoso), assistência religiosa, confidencialidade, relatório de atendimento na alta, acesso à Ouvidoria SUS.

Art. 11 Deveres: fornecer dados corretos, respeitar normas internas, cuidar do patrimônio público, acatar orientações da equipe.

7. Direitos, Deveres e Conduta dos Colaboradores

Art. 12 É dever de todo colaborador: cumprir jornada, observar sigilo profissional, usar crachá e uniforme padronizado com logotipos SUS/SES/UPA (vedado uso de marcas da OSS em materiais públicos) , participar de capacitações obrigatórias e aderir aos protocolos de segurança.

Art. 13 Ficam vedadas cobranças diretas ou indiretas ao paciente por qualquer serviço.

8. Segurança do Paciente e Controle de Qualidade

Art. 14 O Núcleo de Qualidade e Segurança implementará ações alinhadas à RDC 36/2013, incluindo análise de incidentes, auditorias clínicas e pesquisa de satisfação quadrimestral dos usuários.

Art. 15 Indicadores obrigatórios: tempo de espera, taxa de absenteísmo de colaboradores, taxa de retorno em 72 h, taxa de notificação de incidentes. Resultados serão apresentados mensalmente à Direção e à SES.

9. Gestão de Pessoas e Educação Permanente

Art. 16 A Gerência de Pessoas garante recrutamento, avaliação periódica de desempenho (período de experiência e anual), planos de desenvolvimento individual e programa de segurança ocupacional (PCMSO, PPRA, CIPA).

Art. 17 O NEP promoverá capacitações contínuas, incluindo uso seguro de medicamentos, protocolos clínicos e atendimento humanizado.

10. Gestão da Informação, Prontuário e Faturamento

Art. 18 É obrigatória a alimentação em tempo real do sistema de gestão hospitalar integrado ao sistema da SES, permitindo migração automática de dados assistenciais e financeiros.

Art. 19 Prontuários eletrônicos devem seguir Resoluções CFM e permanecer arquivados conforme prazos legais; acesso restrito e auditável.

11. Manutenção, Engenharia Clínica e Infraestrutura

Art. 20 Será mantido Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, inventário técnico atualizado e registro histórico de intervenções, atendendo RDC 2/2010 e NBR 15943:2011.

Art. 21 Manutenção predial, CME, lavanderia, gases medicinais, limpeza, coleta e destinação de resíduos seguem normas da Anvisa, legislação ambiental e contrato de gestão.

12. Comissões, Comitês e Núcleos Permanentes

Art. 22 São obrigatórias, em caráter permanente, as seguintes comissões:

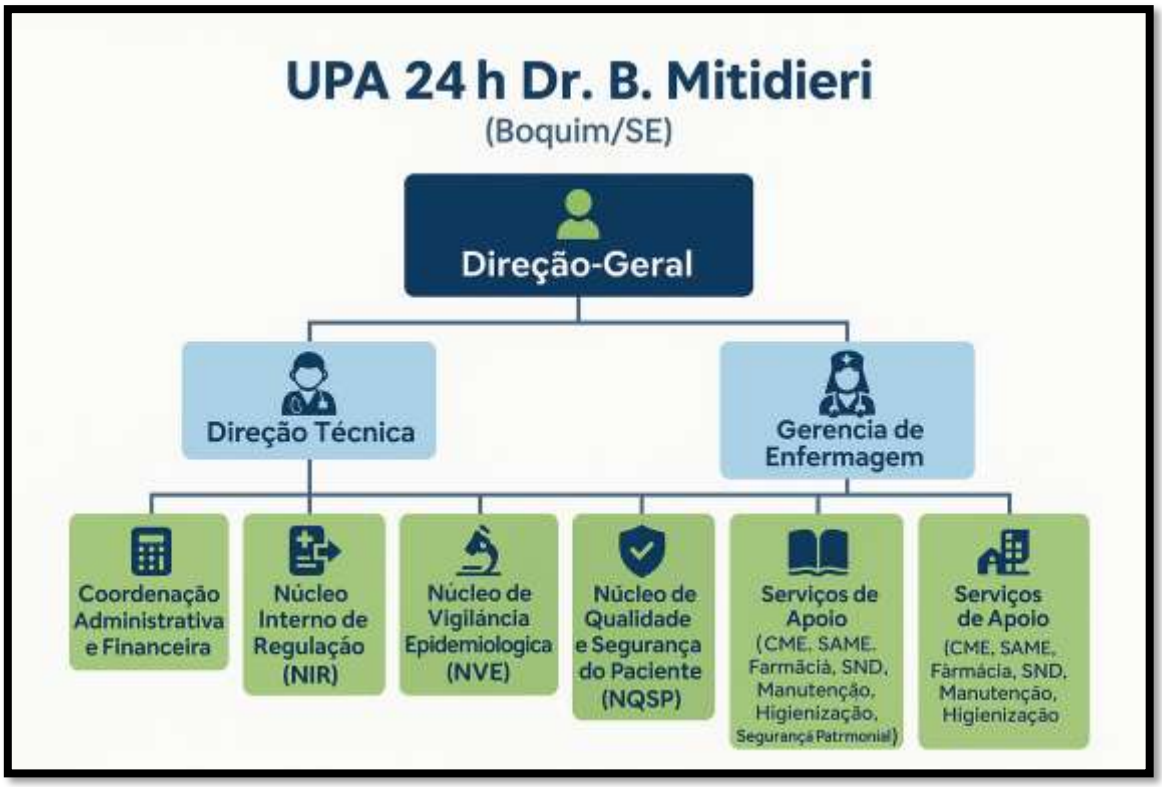
1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
2. Comissão de Verificação de Óbitos;
3. Comissão de Ética Médica;
4. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Serviços de Saúde (CCIRSS);
5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
6. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
7. Núcleo Interno de Regulação (NIR);
8. Outras definidas no Plano de Trabalho.

13. Disposições Finais

Art. 23 O Regimento Interno será revisado, no mínimo, a cada dois anos ou sempre que houver alteração normativa relevante, devendo a nova versão ser aprovada pela Direção-Geral e homologada pela SES.

Art. 24 Casos omissos serão resolvidos pela Direção-Geral, em consonância com o Contrato de Gestão, legislação vigente e princípios do SUS.

Art. 25 Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, revogando disposições internas anteriores.



3.2. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO
UPA 24 h Dr. B. Mitidieri – Boquim (SE)

1. Disposições Gerais

Art. 1º – Este Regimento disciplina a organização, o funcionamento e as responsabilidades do Corpo Clínico (CC) da UPA Boquim, em consonância com o Contrato de Gestão e seu Anexo II, com as Resoluções CFM nº 2.147/2016 e 1.451/1995, e demais normas ético-profissionais.

Art. 2º – O Regimento é de observância obrigatória para todos os médicos que atuem na unidade, quaisquer que sejam o vínculo ou especialidade.

2. Finalidade do Corpo Clínico

I – Garantir atendimento médico resolutivo, ético e humanizado 24 h/dia;
II – Zelar pela qualidade e segurança do paciente, colaborando com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
III – Manter fluxo assistencial conforme Acolhimento com Classificação de Risco e demais protocolos oficiais;
IV – Assessorar a Direção-Geral na definição de políticas assistenciais.

3. Composição e Categorias

1. **Membros efetivos** – médicos que cumprem carga horária regular e figuram na escala mensal enviada à SES.
2. **Membros temporários** – médicos contratados para coberturas eventuais conforme plano de contingência.
3. **Membros colaboradores** – residentes, estagiários ou convidados, sempre sob supervisão.

4. Credenciamento, Recredenciamento e Desligamento

Art. 7º – O ingresso no CC requer:
a) inscrição no CRM-SE ativa e regular;
b) documentação comprobatória de especialidade (quando aplicável);
c) declaração de ciência deste Regimento;
d) comprovação de vacinação e PCMSO.

Art. 8º – O recredenciamento é anual e condicionado a: cumprimento de indicadores (pontualidade, aderência a protocolos, notificação de incidentes) e participação mínima em 75 % das atividades de Educação Permanente.

Art. 9º – O desligamento poderá ocorrer a pedido, por término contratual ou por infração ética, assegurado o contraditório pela Comissão de Ética Médica.

5. Direitos e Prerrogativas

1. Exercício da medicina com autonomia técnica, observadas as boas práticas e protocolos da UPA.

2. Participação e voto nas Assembleias do CC.
3. Elegibilidade para cargos de direção clínica.
4. Acesso a prontuário eletrônico e resultados de SADT necessários à assistência.

6. Deveres

I – Cumprir integralmente a escala de dois médicos por plantão diurno e noturno, informando ausências com antecedência mínima de 24 h.
II – Registrar atendimento de forma legível e completa no sistema integrado SIA/SIH/SUS;
III – Observar sigilo profissional e as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
IV – Não cobrar, direta ou indiretamente, qualquer valor dos usuários.
V – Notificar eventos adversos, reações adversas a medicamentos e doenças de notificação compulsória.

7. Estrutura de Governança Clínica

Órgão	**Composição**	**Principais Atribuições**	**Base Legal**
Direção Clínica	Diretor Clínico eleito pelo CC para mandato de 2 anos	Convocar e presidir assembleias, encaminhar deliberações ao Diretor Técnico.	Res. CFM 2.147/2016 (sistemas.cfm.org.br)
Conselho Consultivo do CC	Diretor Clínico, Chefias de Serviço, Coordenador do NQSP	Avaliar indicadores assistenciais e propor melhorias.	Anexo II, itens 1.24 e 3.3
Assembleia Geral do CC	Todos os membros	Aprovar regras, eleger diretor clínico, deliberar	Res. CFM 2.147/2016 (sistemas.cfm.org.br)

Órgão	Composição	Principais Atribuições	Base Legal
		sobre ética e qualidade.	

8. Concessão e Revisão de Privilégios

Art. 18 – A concessão de privilégios (procedimentos e terapias que cada médico está autorizado a realizar) será analisada pela Diretoria Clínica à luz do currículo, experiência e demanda assistencial, renovada anualmente ou a qualquer tempo em caso de mudanças no escopo de serviços.

9. Comissões e Núcleos obrigatórios com participação do CC

- Comissão de Ética Médica (coordenação do Diretor Clínico);
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Controle de Infecção (CCIRSS);
- Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Cada comissão apresentará relatórios trimestrais à Assembleia do CC e à Direção-Geral.

10. Escalas, Cobertura de Plantão e Banco de Horas

1. A escala mensal será elaborada pela Direção Técnica e divulgada até o dia 1º de cada mês, com cópia à SES.
2. Falta injustificada sujeita o médico a advertência escrita; reincidência configura infração grave, passível de suspensão de privilégios.
3. Banco de horas: excedentes <= 12 h/mês poderão ser compensados em até 60 dias.

11. Avaliação de Desempenho e Indicadores Clínicos

Indicador	Meta	Fonte de dados
Tempo médio de espera (porta-médico)	≤ 30 min	Sistema ACCR
Taxa de retorno ≤ 72 h	< 5 %	Prontuário eletrônico
Participação em reuniões clínicas	≥ 75 %	Atas do CC
Notificações de incidentes	≥ 2 por 1 000 atendimentos	NQSP

Resultados consolidados serão discutidos mensalmente pelo Conselho Consultivo do CC.

12. Educação Permanente e Pesquisa

O Corpo Clínico compromete-se a:

- Participar de, no mínimo, 2 treinamentos anuais promovidos pelo Núcleo de Educação Permanente;
- Submeter projetos de pesquisa ao CEP/SES, garantindo consentimento informado;
- Incentivar produção e divulgação de protocolos clínicos baseados em evidências.

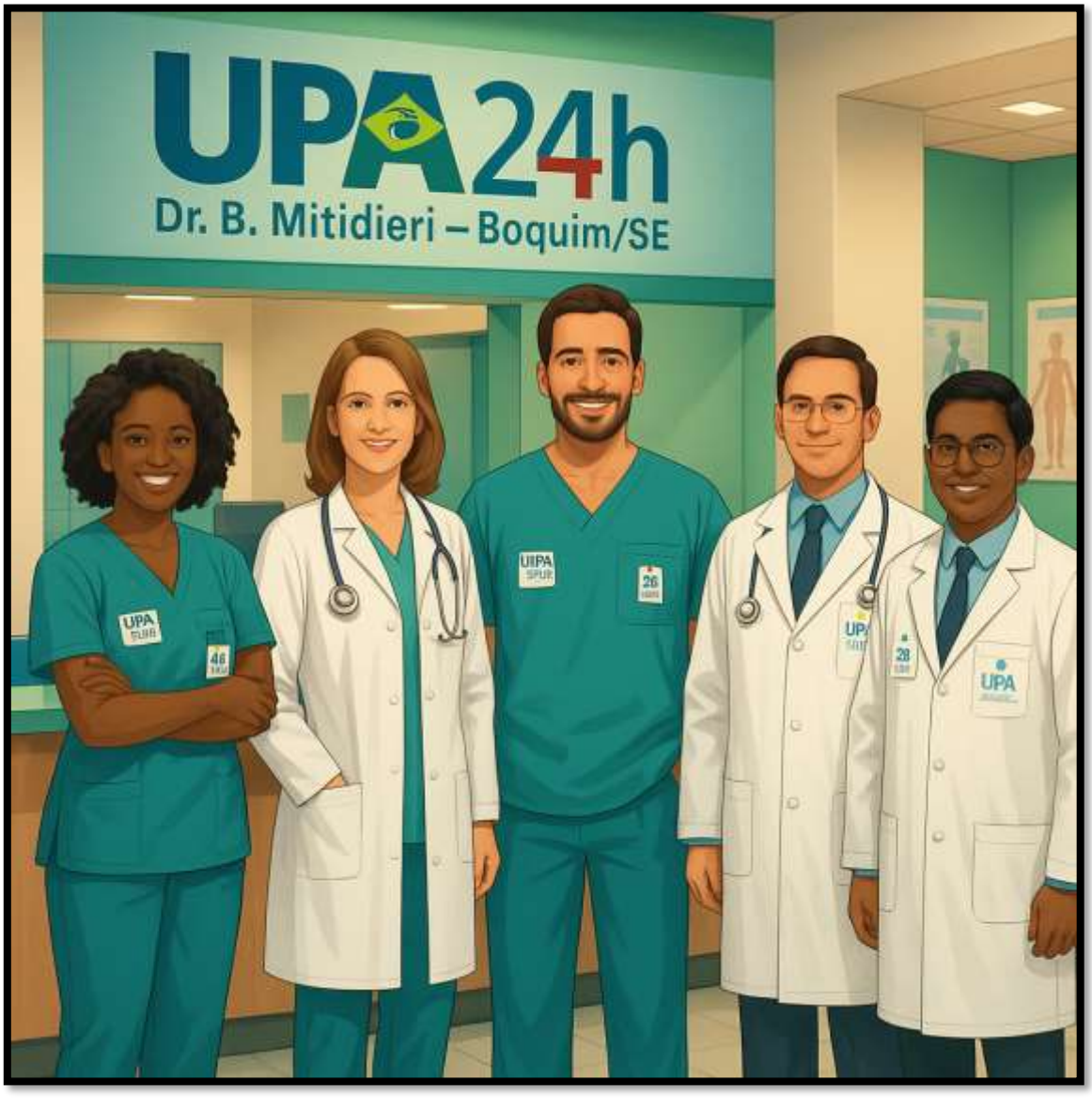
13. Ética, Conduta e Processo Disciplinar

Infrações éticas serão analisadas pela Comissão de Ética Médica, com garantia de ampla defesa, podendo resultar em: advertência verbal, advertência por escrito, suspensão temporária de privilégios ou recomendação de desligamento do CC, conforme gravidade.

14. Disposições Finais

Art. 37 – Este Regimento será revisto a cada 24 meses ou quando houver alteração normativa significativa, devendo qualquer revisão ser aprovada pela Assembleia do CC, homologada pela Direção-Geral e comunicada à SES.

Art. 38 – Os casos omissos serão resolvidos pela Direção Clínica em conjunto com a Direção-Técnica, observada a legislação vigente e o Contrato de Gestão.



3.3. Proposta para Regimento do serviço de enfermagem

PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
UPA 24 h Dr. B. Mitidieri – Boquim (SE)

1 | Disposições Preliminares

O presente regimento estabelece princípios, responsabilidades e normas operacionais para o Serviço de Enfermagem (SE) da UPA Boquim, em consonância com o Contrato de Gestão e seu Anexo II, a Lei 8.080/1990, a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Segurança do Paciente e as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A observância de seus dispositivos é obrigatória para enfermeiros, técnicos e auxiliares, independentemente do vínculo de trabalho.

2 | Finalidade e Objetivos

O SE tem a finalidade de garantir assistência de enfermagem contínua, resolutiva e humanizada aos usuários do SUS, assegurando:

- atendimento integrado ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e demais protocolos assistenciais;
- cobertura de plantão 24 h, com profissionais habilitados em número compatível à demanda;
- atuação preventiva e educativa voltada à promoção da saúde, segurança do paciente e controle de infecções.

3 | Estrutura Organizacional

- **Gerência de Enfermagem** – enfermeiro com experiência mínima de 3 anos em urgência/emergência, responsável técnico perante o COREN.
- **Supervisão de Plantão (diurno/noturno)** – enfermeiro de referência que coordena a equipe e responde pelo fluxo assistencial.
- **Equipe Assistencial** – enfermeiros, técnicos e auxiliares distribuídos em setores (ACCR, Sala de Estabilização, Observação, SADT, CME e Apoio).
- **Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE)** – braço setorial do Núcleo de Educação Permanente da UPA, encarregado de treinamentos e avaliação de competências.

4 | Dimensionamento de Pessoal e Escalas

1. **Cobertura mínima**: ao menos 1 enfermeiro e 2 técnicos por turno de 12 h em cada área crítica (ACCR, Sala de Estabilização e Observação), respeitando padrões COFEN.
2. **Escala oficial**: divulgada e enviada à SES até o dia 1º de cada mês, afixada em local visível ao público.
3. **Plano de contingência**: acionamento de profissional sobreaviso para faltas ou picos de demanda, garantindo cumprimento integral da escala.

5 | Atribuições dos Profissionais de Enfermagem

Categoria	Principais atribuições	Referência contratual
Enfermeiro	Liderar ACCR, prescrever cuidados, gerenciar riscos, elaborar SAE e indicadores, supervisionar técnicos, atuar nas comissões de Prontuários, CCIH e Segurança do Paciente	2.3.3.2 e 2.3.4.7
Técnico/Auxiliar	Executar procedimentos prescritos, registrar sinais vitais, administrar medicamentos, apoiar procedimentos médicos e de enfermagem, notificar eventos adversos	2.3.3.2

6 | Processos Assistenciais de Enfermagem

1. **Acolhimento e ACCR** – enfermeiro aplica protocolo de Manchester, registra cor/tempo e direciona fluxo.
2. **Sala de Estabilização** – cuidados avançados de suporte à vida sob coordenação de enfermeiro com ACLS/ATLS.
3. **Observação ≤ 24 h** – SAE individual, reavaliação horária do quadro clínico e critérios de alta ou transferência via NIR.
4. **Administração de Medicamentos** – via sistema eletrônico, dupla checagem, política de medicamentos de alta vigilância.
5. **CME e Higienização** – enfermeiro responsável pela validação de processos de esterilização e barreiras de limpeza.

7 | Direitos e Deveres

- **Direitos**: autonomia técnico-científica, ambiente seguro, acesso a EPIs e educação continuada.
- **Deveres**: cumprir normas de biossegurança, sigilo profissional, não realizar cobranças ao usuário, alimentar prontuário eletrônico em tempo real.

8 | Qualidade, Segurança e Indicadores

O SE participa ativamente do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, monitorando:

- Taxa de erro de medicação (< 5/1 000 doses)
- Incidência de quedas (0);
- Adesão à higienização de mãos (> 80 %)
- Satisfação do usuário (≥ 85 %)
  Relatórios mensais são enviados ao Conselho Consultivo e à SES.

9 | Educação Permanente e Valorização

A equipe deve cumprir mínimo de 8 h/ano em programas de atualização (ACLS, PHTLS, segurança do paciente, comunicação efetiva). Treinamentos contínuos são obrigatórios para recredenciamento anual do profissional.

10 | Comissões Internas com Participação da Enfermagem

- Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Serviços de Saúde (CCIRSS)
- Comissão de Prontuários
- CIPA
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)
  A Gerência de Enfermagem indica membros e apresenta relatórios trimestrais.

11 | Gestão de Materiais e Tecnologias

O SE elabora requisições diárias de materiais/medicamentos, valida o estoque satélite e participa do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde (bomba de infusão, monitores, respiradores).

12 | Avaliação de Desempenho

Desempenho individual e de equipe será avaliado semestralmente, considerando assiduidade, indicadores, SAE, eventos adversos e participação em capacitações. Resultados balizam promoções e necessidades de treinamento.

13 | Disposições Finais

O regimento será revisto bienalmente ou quando ocorrer alteração normativa, mediante proposta da Gerência de Enfermagem e aprovação da Direção-Geral. Casos omissos serão deliberados pela Direção Clínica e pela Gerência de Enfermagem, observando legislação profissional e contrato com a SES.

3.4. Proposta de implantação de serviços de registros eletrônico de atividades assistenciais da unidade

Proposta de Implantação do Serviço de Registros Eletrônicos das Atividades Assistenciais

UPA 24 h Dr. B. Mitidieri – Boquim (SE)

1. Objetivo geral

Criar, em até **6 meses**, um ambiente totalmente digital para registro, guarda e troca de informações clínicas, integrado à **Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)**, atendendo às exigências legais, de segurança e de qualidade assistencial do SUS.

2. Premissas normativas essenciais

Eixo	Norma / Diretriz	Relevância para o projeto
Interoperabilidade	**HL7 FHIR** como padrão de mensagem	Requisito para upload de eventos na RNDS e futuros intercâmbios com Conecte SUS. (pt.linkedin.com)
Conteúdo mínimo	**Portaria GM/MS 6.100/2024** – modelos REPM e REDFM	Obrigatória para prescrição, dispensação e rastreabilidade de medicamentos. (bvsms.saude.gov.br)
Qualidade de software	**Manual SBIS/CFM de Certificação S-RES** (v. 5)	Garante auditoria independente, assinatura ICP-Brasil e eliminação segura do papel.
Responsabilidade de Enfermagem	**Resolução COFEN 754/2024**	Define que todos os pontos do Processo de Enfermagem devem constar no prontuário eletrônico. (cofen.gov.br)

Eixo	Norma / Diretriz	Relevância para o projeto
Proteção de dados	**LGPD 13.709/2018** + art. 31 da Lei 8.080/1990	Política de consentimento, criptografia em repouso e em trânsito, controle de acesso RBAC.

3. Escopo funcional mínimo

1. **Prontuário Eletrônico Multiprofissional** (PEP): anamneses, evoluções, resultados de exames, prescrições, enfermagem, fisioterapia, odontologia.
2. **Módulo de ACCR** já parametrizado para Manchester.
3. **Integração nativa** com SIA/SIH-SUS, CNES, Cadastro Nacional de Usuários (CNS) e módulo faturamento-AIH.
4. **Interface FHIR/RNDS** com logs de interoperabilidade (status, erros, latência).
5. **Prescrição eletrônica** validada pela base OBM e com carimbo ICP-Brasil.
6. **Painel de indicadores** (tempo porta-médico, taxa de retorno < 72 h, incidentes de segurança).
7. **Módulo de Business Continuity** (modo degradação offline + sincronização automática).

4. Metodologia de implantação

Fase	Atividades chave	Produtos	Prazo*
0. Constituição do Comitê de Governança Digital	Designar líderes de TI, clínica, enfermagem, jurídico e financeiro	Atas & matriz RACI	M-0
1. Diagnóstico & Mapeamento de Processos	Levantar 17 macro-fluxos (ACCR, estabilização, SADT, CME etc.)	Livro de processos & requisitos	M-1

Fase	Atividades chave	Produtos	Prazo*
2. Seleção da Plataforma	RFI a fornecedores **S-RES certificados** ou com road-map de certificação SBIS	Relatório técnico-comparativo & TCO	M-2
3. Infraestrutura	• Upgrade de rede (1 Gb/s) • Wi-Fi6 on-site • Servidor virtualizado redundante ou SaaS em nuvem ANS-TiS; • 40 estações thin-client, 12 tablets de beira-leito	Plano de capacidade & PoC	M-3
4. Configuração & Integração	• Parametrizar tabelas SUS; • Customizar formulários; • Configurar motor FHIR; • Implantar certificado ICP-Brasil e HSM	Ambiente homologação	M-4
5. Migração Piloto	Migrar 200 prontuários ativos + 6 meses de ACCR; executar teste de latência RNDS	Relatório de confiabilidade	M-5
6. Treinamento & Go-Live	• Capacitação de 100 % da equipe (20 h enfermeiros, 12 h médicos, 8 h administrativos); • Sala de guerra 24 × 7	Check-list de aceite operacional	M-6
7. Pós-implantação & Auditoria SBIS	Auditoria externa; ajustes; submissão à certificação	Certificado S-RES	M-9

*Meses corridos a partir da assinatura do contrato.

5. Requisitos técnicos e de segurança

- **Autenticação** – Single Sign-On com 2FA (Token OTP ou Face ID) e trilha de auditoria imutável.
- **Criptografia** – AES-256 em repouso; TLS 1.3 em trânsito.

- **Backup** – snapshot diferencial / 15 min; retenção GFS (30-7-12).
- **Alta disponibilidade** ≥ 99,95 %; RTO ≤ 2 h; RPO ≤ 15 min.
- **LGPD by design** – mascaramento de dados em ambientes de teste, DPO nomeado, DPIA anual.

6. Integrações externas prioritárias

Sistema	Interface	Objetivo
RNDS / Conecte SUS	API FHIR + JWT	Compartilhar eventos clínicos e vacinas.
Laboratório	HL7 v2-ORU	Recebimento automático de laudos PDF/structured.
Farmácia	REPM/REDFM	Dispensa online, estoque e rastreabilidade.
SAME / BI	ODBC	Dashboards de produção e faturamento.

7. Estrutura de governança e suporte

- **Comitê Gestor de Saúde Digital** – decide roadmap, priorizações e policy-making.
- **PMO interno** – relatórios quinzenais de avanço (cronograma, riscos, custos).
- **SLA do fornecedor** – suporte 24 × 7, tempo de resposta crítica ≤ 30 min, multas progressivas.
- **Plano de capacitação contínua** – e-learning + simulações trimestrais.

8. Indicadores de sucesso

Métrica	Meta 12 m pós go-live	Fonte
% de registros 100 % digitais (sem papel)	≥ 98 %	auditoria SBIS
Tempo médio de digitação do ACCR	≤ 2 min	log sistema
Incidentes de indisponibilidade > 15 min	0	Zabbix
Envio on-time de pacotes FHIR à RNDS	≥ 95 %	dashboard RNDS
Índice de satisfação dos usuários internos	≥ 85 %	survey

Conclusão

A adoção de um **Sistema de Registro Eletrônico em Saúde certificado**, interoperável e seguro posiciona a UPA Boquim à frente das exigências do **SUS Digital**, fortalece a segurança do paciente e reduz custos operacionais (papel, retrabalho, perdas de faturamento). Com o cronograma e as salvaguardas aqui propostos, a migração do papel para o digital torna-se **factível, financeiramente sustentável e alinhada às portarias e resoluções vigentes**.

4. Implantação dos processos

4.1. Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS

Faturamento de Procedimentos – UPA 24 h Dr. B. Mitidieri (Boquim/SE)

1. Propósito

Padronizar, em um único documento, todas as etapas ligadas ao ciclo de faturamento dos atendimentos da UPA Boquim — da geração do registro clínico até a apuração do crédito financeiro — garantindo **confiabilidade dos dados**, **redução de glosas** e **integral aderência** às normas do SUS.

2. Fundamentação normativa mínima

- **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017**, Anexo XXII – regras de financiamento e faturamento no SIA/SIH-SUS. (bvsms.saude.gov.br)
- **Manuais Técnicos SIA/SUS** (BPA-C, BPA-I, APAC) e cronograma oficial DATASUS; última versão RAAS 02.20 (abril/2024) para urgência. (sia.datasus.gov.br)
- **Manual de Faturamento Ambulatorial SUS – v6/2022** (descrição de processos, tabelas e prazos). (pt.scribd.com)
- **POP de Digitação do BPA** (Ministério da Saúde, 2024) – boas práticas de registro individualizado. (gov.br)
- **Manual Técnico do SIH/SUS – AIH** (cap. 11, internações de curta permanência). (bvsms.saude.gov.br)

3. Objetivos específicos

1. **Padronizar fluxos** para geração, conferência, fechamento e transmissão de arquivos BPA-I, BPA-C, RAAS e, quando aplicável, AIH curta permanência.
2. **Alcançar taxa de glosa ≤ 3 %** até o 3º mês pós-implantação.

3. **Reduzir o tempo de fechamento** da produção de 15 para 7 dias úteis após o mês de competência.
4. Garantir **rastreamento de 100 %** dos protocolos de envio e retorno (erro/glosa) com plano de ação automático.

4. Visão geral do fluxo de faturamento

1. **Registro em tempo real** no Prontuário Eletrônico: abertura da Ficha de Atendimento (CNS, CPF, CID-10 provisório).
2. **Codificação SIGTAP** no encerramento do atendimento (profissional executante).
3. **Validação diária de consistência** (coordenador de faturamento): comparação horário-procedimento, cruzamentos CNAE×CBO×procedimento.
4. **Fechamento semanal**: geração prévia dos lotes BPA-I/RAAS e análise de pendências.
5. **Fechamento mensal** (até D+5): consolidação final, geração arquivo XML/TXT, assinatura ICP-Brasil.
6. **Transmissão via ConectSUS ftp** à Secretaria Municipal e obtenção de protocolo.
7. **Retorno de crítica** (D+10): tratamento de rejeições e reenvio.
8. **Apuração financeira** e conferência de repasse (D+30).

5. Responsabilidades-chave

Função	Responsável principal	Atividades-núcleo	Ferramentas
Digitador(a) de Produção	Técnico de enfermagem / recepção	Inserir CNS, CPF, sexo, data-hora, serviço, CID; anexar laudos	PEP + módulo Produção

Função	Responsável principal	Atividades-núcleo	Ferramentas
Codificador(a) SIGTAP	Enfermeiro(a) de ACCR	Atribuir procedimento, tipo de atendimento e serviço	Tabela SIGTAP online
Conferente	Analista de faturamento	Revisar 100 % dos registros e gerar alertas	Relatório inconsistências
Coordenador(a) de Faturamento	Contador(a) / administrador(a)	Fechamento arquivos, assinatura, transmissão, follow-up glosa	Sistema SIA/SUS + ICP
Direção Administrativa	Diretor(a) geral	Indicadores, auditoria interna, interface com SES	BI faturamento

6. Rotinas detalhadas

6.1 Rotina de Registro Imediato

- **Evento disparador**: início do atendimento.
- **Dados obrigatórios**: CNS validado, CPF, nome social, IBGE município, código do profissional (CNS/CBO), data e hora.
- *Ponto de controle*: sistema bloqueia avanço se CNS inválido (integração CADSUS).

6.2 Rotina de Codificação de Procedimentos

- **Momento**: conclusão do atendimento médico/enfermagem.
- **Regras-chave**:
    - Somente procedimentos presentes na **Tabela Nacional de Procedimentos** ativa no mês de competência.

- Quantidade × frequência conforme diretriz clínica (ex.: sutura simples = 1 por evento).
- Observação > 6 h: gerar RAAS tipo "observação" com CID definitivo.

6.3 Rotina de Conferência Diária

- **Ferramenta**: relatório "Produção x Escala" (detecta plantonista sem atendimento e vice-versa).
- Critérios-linha: *CBO incompatível*, *procedimento proibido em UPA*, *CID vazio*, *tempo porta-médico > 2 h*.
- Ajustes executados até 10 h do dia seguinte.

6.4 Fechamento Semanal

- Lote de pré-validação BPA-I ("competência provisória"); índice de erros ≤ 2 %.
- Relatório de pendências entregue à equipe clínica em 24 h.

6.5 Fechamento Mensal e Transmissão

- Versão final do arquivo gerada até o **5º dia útil**.
- Assinatura eletrônica pela Direção (token ICP).
- Upload via SCPA/FTP e protocolo salvo no repositório "PROT-SIA".

6.6 Rotina de Tratamento de Glosas

1. Importação do arquivo de retorno (XML crítica).
2. Classificação automática (campo rejeição): **"erro formal"** x **"erro de compatibilidade"**.
3. Correção no PEP; reenvio até D+15, garantindo repasse no mesmo mês.

7. Ferramentas de apoio

- **PEP certificado SBIS** com módulo SIA/SIH integrado.
- **Validador SIGTAP online** (web-service DATASUS).
- **Dashboard Power BI**: taxa de procedimento sem CNS, glosa por motivo, valor faturado × pago.

- **Zabbix** monitorando cron jobs de transmissão (alerta SMS).

8. Cronograma para implantação do manual

Etapa	Produto	Prazo	Responsável
Redação da versão 1.0	Documento completo	D+10	Coord. Faturamento
Workshop de validação	Atas de validação	D+20	Comitê Gestão
Publicação e treinamento	Manual oficial + presença 100 %	D+30	NEP
1ª auditoria interna	Relatório de aderência	D+90	Controle Interno

9. Indicadores de desempenho

Indicador	Meta	Fonte
Taxa de glosa	≤ 3 %	Arquivo retorno SIA/SIH
Erros formais/competência	≤ 1 %	Validador SIA
Prazo médio de fechamento	≤ 7 dias	Log sistema
Desvio BPA-I x BI	≤ R$ 1.000	Dashboard

10. Governança e revisão

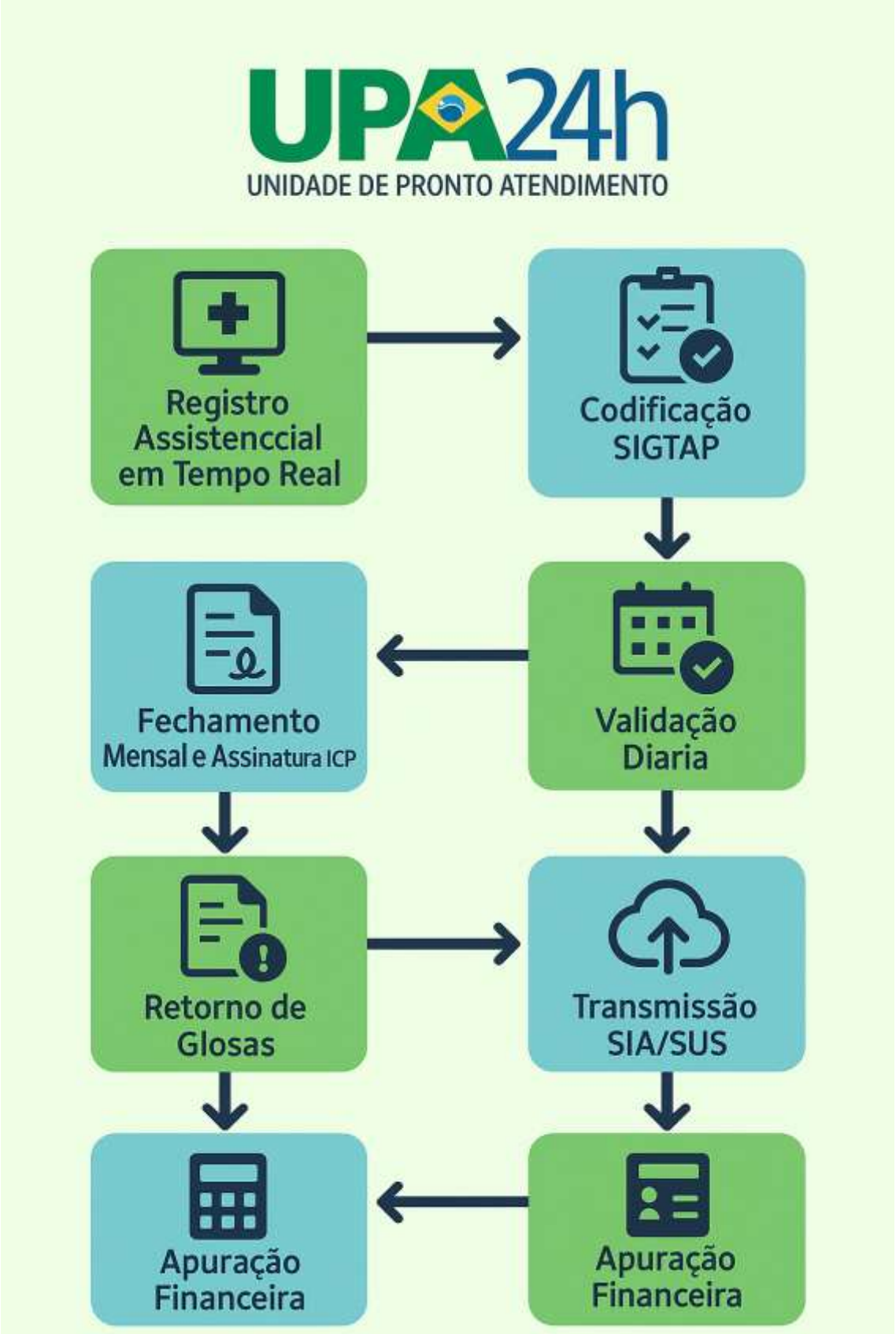
- **Comitê de Faturamento** (Direção Geral, Coord. Faturamento, Controller, TI) reúne-se **mensalmente** para:
    1. Avaliar métricas;
    2. Rever lista de glosas;
    3. Atualizar o manual após mudanças de portaria ou nova versão DATASUS.

- Revisão formal do manual: **trienal** ou ad hoc quando houver alteração normativa relevante da Tabela SIGTAP, Portaria de Consolidação ou manuais técnicos.

11. Benefícios esperados

- **Receita otimizada**: recuperação de valores perdidos por glosa e inclusão de procedimentos sub-registrados.
- **Transparência**: rastreabilidade completa para auditorias internas, TCU e Ministério Público.
- **Eficiência administrativa**: redução de tempo/labor manual e eliminação de retrabalho.
- **Melhoria assistencial**: dados consistentes retroalimentam indicadores clínicos (tempo porta, taxa de retorno).

Ao adotar este **Manual de Rotinas Administrativas de Faturamento**, a UPA Boquim fortalece a sustentabilidade financeira do serviço, cumpre rigorosamente os marcos regulatórios do SUS e cria ambiente favorável à tomada de decisão baseada em dados.


UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Registro Assistenccial em Tempo Real
Codificação SIGTAP
Validação Diaria
Transmissão SIA/SUS
Apuração Financeira
Retorno de Glosas
Fechamento Mensal e Assinatura ICP
Apuração Financeira

4.2. Proposta de manual de rotinas para administração financeira

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

UPA 24 h Dr. B. Mitidieri – Boquim (SE)

1 | Propósito

Instituir um **Manual de Rotinas de Administração Financeira (MRAF)** que padronize todos os macroprocessos orçamentários, contábeis-financeiros e de controle interno da UPA, garantindo:

- aderência às normas do SUS e aos princípios do direito financeiro público;
- convergência ao **MCASP 2025** e ao **PCASP**;
- rastreabilidade completa de receitas, despesas e saldos;
- suporte à tomada de decisão clínica-gerencial com dados tempestivos. (tesourotransparente.gov.br, tesourotransparente.gov.br)

2 | Fundamentação Normativa Essencial

Âmbito	Norma / Instrumento	Relevância
SUS	**Portarias GM/MS 3.493/2024** e **4.374/2024** – nova metodologia e regras de transferência fundo a fundo	Determinam fontes, prazos e monitoramento de repasses federais para custeio das UPAs. (bvsms.saude.gov.br, gov.br)
Contabilidade Pública	**MCASP 2025** e **PCASP**	Plano de contas, lançamentos patrimoniais, conciliações. (tesourotransparente.gov.br, tesourotransparente.gov.br)

Âmbito	Norma / Instrumento	Relevância
Responsabilidade Fiscal	**Novo Arcabouço Fiscal (Lei 14.933/2024)**	Limites de despesa e regras de resultado primário aplicáveis ao gestor. (gov.br)
Controle Interno	IN TCU 84/2020; Normas IPAI (COSO)	Matrizes de risco e segregação de funções.

3 | Objetivos Específicos

1. **Planejamento Orçamentário Base-Zero** a cada exercício, conectado ao Plano de Trabalho e às metas contratuais.
2. Reduzir a **variação mensal do fluxo de caixa** a ≤ ± 5 % até o 2.º semestre pós-implantação.
3. Eliminar reconciliações manuais, migrando 100 % para conciliação eletrônica banco × ERP até M + 6.
4. Manter **índice de inconformidade de prestação de contas < 2 %** em auditorias da SES.

4 | Estrutura de Governança Financeira

Nível	Órgão / Função	Principais Atribuições
Estratégico	**Comitê Financeiro-Orçamentário** (Direção Geral, Finanças, Controle Interno, Coord. Faturamento)	Aprova PPA local, LOA, revisões e contingenciamento.
Tático	**Gerência Financeira**	Planejamento de caixa, tesouraria, contratos e relatórios gerenciais.
Operacional	**Setor de Contabilidade e Custos**	Classificação PCASP, empenhos, liquidações, rateio de centros de custo, consolidação das Demonstrações

Nível	Órgão / Função	Principais Atribuições
		Contábeis Aplicadas ao Setor Público (DCASP).
Suporte	**Controle Interno**	Avalia aderência ao MRAF, emite recomendações trimestrais.

A segregação de funções impede que uma mesma pessoa autorize, execute e concilie a mesma despesa.

5 | Macroprocessos e Rotinas

5.1 Planejamento Orçamentário

1. **Levantamento de necessidades** (assistenciais e administrativas) por centros de custo.
2. **Precificação** com base no histórico de mercado (IGP-M/INPC) e metas de produção.
3. Inserção no **Matriz Orçamentário** (ERP) com codificação PCASP – grupo de natureza de despesa (GND) e fonte de recurso (FR).
4. Publicação no Portal da Transparência local.

5.2 Execução da Despesa

Etapa	Sistema	Responsável	Prazo Padrão
Empenho	ERP – módulo compras	Compras	D + 0
Liquidação	ERP – módulo almoxarifado/serviços	Fiscal do contrato	≤ 5 d úteis pós-execução
Pagamento	Internet banking/ERP	Tesouraria	Agenda bancária D + 1

Regras-chave:

- Dupla checagem de dados bancários (ERP × BACEN).
- Pagamento fora da fonte original apenas com justificativa formal e remanejamento autorizado.

5.3 Gestão de Receitas

1. **Credenciamento de contas** específicas para cada fonte (MAC, PAB, estadual, municipal, emendas).
2. ***Tracker* de repasses** (robô ERP) que dispara alerta de atraso > 48 h.
3. **Conciliação automática** CNAB400 → extrato → ERP.
4. Classificação contábil na **natureza de receita 1.7.2.99.0** (transferências SUS) conforme ENR 2025. (tesourotransparente.gov.br)

5.4 Custos e Centros de Responsabilidade

- **Estratificação**: ACCR, Sala de Estabilização, Observação, SADT, Apoio Administrativo.
- **Método**: Rateio por atividade-driver (minuto de equipe, exame produzido, refeição servida).
- **Frequência**: fechamento mensal M + 7; análise de variação (real × orçado) na reunião de desempenho.

5.5 Fluxo de Caixa e Investimentos

- Janela de projeção **T + 13 semanas** atualizada 2 × /semana.
- Política mínima de **saldo de segurança = 1 folha + 30 % despesa média mensal**.
- Aplicações: apenas **Renda Fixa Tesouro Selic** via conta aplicação, conforme Portaria STN 1180/2024 (vedação a produtos de risco). (tesourotransparente.gov.br)

5.6 Prestação de Contas e Demonstrações

Demonstrativo	Periodicidade	Formato/Norma
RREO (SUS)	Mensal	Port. GM/MS 6/2017 e alterações
DCASP completo	Anual	MCASP 2025
Relatório de Gestão	Semestral	Instrução Normativa TCU 84/2020

Arquivos digitais (PDF/A + XML XBRL-GL) arquivados em nuvem com retenção de 10 anos.

---

6 | Controles Internos Chave

1. **Matriz de Risco** atualizada anualmente (COSO);
2. **Log de Auditoria** no ERP para alterações de cadastro e anulação de empenhos;
3. **Integração PEC-ERP**: só gera faturamento se prontuário bloqueado (alta assinada);
4. **Inventário físico-contábil** de bens móveis 1 × ano;
5. **Circularização de saldos bancários** a cada trimestre (cartas-confirmação banco).

7 | Indicadores de Desempenho Financeiro

Indicador	Meta	Fonte
Saldo caixa / Despesa mensal (dias)	≥ 30 dias	Fluxo de caixa
Despesa com pessoal / Receita total	≤ 60 %	ERP contábil
Prazo médio de pagamento fornecedores	≤ 15 dias	Contas a pagar
Taxa de glosa financeira (SIA/SIH)	≤ 3 %	Arquivo retorno DATASUS
Índice de acurácia contábil (erros auditados)	≥ 98 %	Controle interno

8 | Cronograma de Implantação do MRAF

Fase	Produto	Prazo	Responsável
I – Diagnóstico & GAP	Mapa de conformidade	M + 1	Controle Interno
II – Redação v1.0	Draft completo	M + 2	Gerência Financeira
III – Audiência interna	Ata e ajustes	M + 3	Comitê Financeiro

Fase	Produto	Prazo Responsável
IV – Capacitação	100 % equipe treinada	M + 4 NEP
V – Go-live & suporte	MRAF oficial + portal	M + 5 TI + Finanças
VI – Auditoria-piloto	Relatório recomendações	M + 7 Auditor Externo

9 | Revisão e Melhoria Contínua

- **Revisão anual** compulsória (ou ad hoc quando houver nova Portaria, mudança do PCASP ou regra fiscal).
- **PDCA financeiro** – cada não conformidade gera ação corretiva com prazo e responsável.
- Integração com **Gestão de Riscos Corporativos** (mapas clínicos + patrimoniais).

10 | Benefícios Esperados

- **Maior previsibilidade** de caixa para compras estratégicas (medicamentos e OPME).
- **Transparência ativa** – dados alinhados às DCASP e prontos para órgãos de controle.
- **Sinergia assistencial-financeira**: custos por centro de responsabilidade retroalimentando planejamento clínico.
- **Adequação integral** às novas regras de financiamento federal e ao arcabouço fiscal, minimizando contingenciamentos. (bvsms.saude.gov.br, gov.br, gov.br)

Conclusão – O MRAF transforma a gestão financeira da UPA Boquim num sistema **orientado por dados, compliance e sustentabilidade**, assegurando que cada recurso público aplicado retorne em cuidado de saúde eficiente, seguro e humanizado.

4.3. Proposta de manual de rotinas administrativas para o almoxarifado e patrimônio

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS

Almoxarifado e Patrimônio – UPA 24 h Dr. B. Mitidieri (Boquim/SE)
(Versão ajustada: substitui toda fundamentação legal por diretrizes internas do Regimento da AHBB)

1 | Propósito

Padronizar todos os processos de suprimentos e patrimônio da UPA Boquim segundo o **Regimento Interno da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB**, assegurando:

- rastreabilidade total de materiais e bens;
- integração contábil-operacional com o **Plano de Contas Interno (PCI-AHBB)**;
- redução de perdas, vencimentos e divergências em auditorias internas;
- transparência na prestação de contas ao Conselho de Administração da AHBB.

2 | Diretrizes institucionais do Regimento AHBB

Artigo do Regimento AHBB	Tema	Aplicação no manual
Art. 12	Política de Gestão de Materiais	Define níveis de estoque (mínimo, máximo, segurança) e curva ABC.
Art. 18	Responsabilidade dos Centros de Custo	Cada CC responde pelo consumo que requisita; divergências geram alerta ao Diretor Administrativo.
Art. 28	Segregação de Funções	Quem recebe não autoriza nem inventaria.

Artigo do Regimento AHBB	Tema	Aplicação no manual
Art. 44	Inventário Rotativo & Geral	Inventário rotativo mensal (≥ 20 % do mix) e geral anual; divergência ≤ 1 %.
Art. 52	Tombamento & Etiquetagem	Todo bem permanente deve ser identificado por QR Code gerado pelo ERP-AHBB.
Art. 57	Manutenção Preventiva	Ordens de serviço vinculadas ao nº-patrimônio; histórico eletrônico obrigatório.
Art. 60	Desfazimento de Bens	Comissão interna avalia obsolescência; descarte só com ata aprovada pelo Conselho.
Art. 67	Sanções Administrativas	Perdas por negligência geram advertência e ressarcimento.

3 | Objetivos específicos

1. Alinhar níveis de estoque ao consumo médio em **≤ 90 dias**.
2. Concluir **etiquetagem patrimonial QR Code 100 %** em 6 meses.
3. Manter **índice de perdas/vencimentos ≤ 0,5 %** ao ano.
4. Divergência física × contábil de inventário anual **≤ 1 %** do valor.

4 | Governança

Camada	Estrutura	Responsabilidades-chave
Estratégico	**Conselho de Administração AHBB**	Aprova políticas de estoque, investimentos em bens e relatórios semestrais.

Camada	Estrutura	Responsabilidades-chave
Tático	**Gerência de Suprimentos & Patrimônio**	Planejamento de compras, contratos, inventários, baixas.
Operacional	**Coordenação de Almoxarifado**	Recebimento, armazenagem, distribuição, inventário rotativo.
Operacional	**Coordenação de Patrimônio**	Tombamento, manutenção, transferências, alienações.
Controle	**Unidade de Auditoria Interna AHBB**	Conciliações mensais e inspeções de conformidade.

5 | Macroprocessos – Almoxarifado

1. **Planejamento de Reposição**
    - Curva ABC mensal.
    - Ponto de ressuprimento = consumo médio × prazo de reposição + estoque de segurança (definido no Art. 12).
2. **Recebimento & Conferência**
    - Triagem documental (pedido, nota fiscal, laudo de inspeção) e física (quantidade, integridade, validade).
    - Rejeição parcial/total registrada no ERP-AHBB; fornecedor notificado em 24 h.
3. **Armazenagem**
    - Endereçamento fixo; FEFO para insumos com validade; áreas segregadas para EPI, limpeza e material estéril.
4. **Requisição & Distribuição**
    - Solicitação eletrônica pelo Centro de Custo; prazo de atendimento ≤ 4 h úteis.
5. **Inventário**
    - Rotativo mensal (≥ 20 % dos itens).

- Geral anual em janeiro, com comissão nomeada pelo Diretor-Geral.

6. **Controle de Perdas e Vencimentos**
   - Relatório "Vencimento < 90 dias" + plano de redistribuição ou doação (Art. 60).

6 | Macroprocessos – Patrimônio Permanente

1. **Tombamento Inicial**
   - Cadastro no ERP: nota fiscal, valor, vida útil, CC, número patrimonial QR Code.
2. **Manutenção**
   - Plano anual; ordens de serviço vinculadas; indicador de disponibilidade do equipamento.
3. **Transferência Interna**
   - Solicitação eletrônica; atualização da localização em 24 h.
4. **Depreciação & Reavaliação**
   - Taxas definidas no Manual de Contabilidade AHBB; ajustes semestrais.
5. **Baixa / Desfazimento**
   - Solicitação à Comissão de Desfazimento; ata aprovada pelo Conselho; registro de alienação no ERP.
6. **Inventário Físico**
   - Cotejamento mobile-app × ERP; divergências sanadas em 30 dias.

7 | Indicadores-chave

Indicador	Meta	Responsável
Divergência de inventário (valor)	≤ 1 %	Coord. Almoxarifado
Perdas por vencimento	≤ 0,5 % / ano	Coord. Almoxarifado

Indicador	Meta	Responsável
Giro médio de estoque (dias)	30–45	Ger. Suprimentos
Bens sem QR Code	0	Coord. Patrimônio
OS preventiva cumprida no prazo	≥ 95 %	Coord. Patrimônio

8 | Ferramentas

- **ERP-AHBB** com módulos Materiais e Patrimônio; integração contábil automática.
- Coletores móveis QR Code para inventário.
- **Dashboard Power BI-AHBB**: curva ABC, níveis de serviço, depreciação.
- Robô de alertas (e-mail/SMS) para saldo crítico e vencimento próximo.

9 | Cronograma de Implantação

Fase	Produto	Prazo Responsável
Diagnóstico & GAP	Relatório	M + 1 Auditoria Interna
Manual v1.0	Documento final	M + 2 Ger. Suprimentos
Capacitação	100 % equipe treinada	M + 3 NEP-AHBB
Inventário inicial & QR Code	Divergência saneada	M + 4 Coord. Patrimônio
Go-live ERP	Módulos ativos	M + 5 TI-AHBB
Auditoria-piloto	Relatório	M + 7 Auditor Externo

10 | Revisão e Melhoria Contínua

- **Revisão anual** obrigatória ou imediata sempre que o Regimento AHBB sofrer atualização relevante.
- Cada não conformidade detectada gera **plano de ação corretiva** com prazo e responsável, monitorado pelo Comitê Logístico-Patrimonial.

11 | Benefícios esperados

- Estoques dimensionados às metas assistenciais, liberando recursos para insumos críticos.
- Patrimônio controlado, reduzindo riscos de extravio e garantindo disponibilidade de equipamentos vitais.
- Relatórios padronizados que atendem às exigências do Conselho e às auditorias internas da AHBB.

Conclusão – A adoção deste Manual, alinhado exclusivamente às normas e valores do **Regimento Interno da AHBB**, eleva a eficiência logística e patrimonial da UPA Boquim, assegurando transparência, rastreabilidade e suporte pleno às atividades assistenciais 24 horas.

Observação: Para facilitar a impressão, a proposta será dividida em partes; todas manterá a sequência de páginas e seguirá exatamente a ordem dos tópicos da matriz de avaliação.

Sumário

1. QUALIDADE OBJETIVA....236
1.1 Comissões Técnicas....236
1.2 Descritivo Comissões Técnicas....238
1.2.1 Comissão De Revisão De Prontuários - CRP....238
1.2.2 Comissão De Revisão De Óbito - CRO....245
1.2.3 Comissão De Ética Médica - CEM....255
1.2.4 Comissão De Ética De Enfermagem - CEF....268
1.2.5 Comissão De Controle De Infecção (CCIH)....278
1.2.6 Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – CIPA....292
1.2.7 Comissão Do Serviço Especializado Em Engenharia De Segurança E Saúde Do Trabalho (Sesmt)....304
1.2.8 Comissão De Farmácia Terapêutica - CFT....310
1.2.9 Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde....321
1.2.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente....328
1.2.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)....345
1.2.12 Núcleo Interno de Regulação (NIR)....350
1.2.13 Comissão de Óbito Materno, Infantil e Fetal....356
1.2.14 Comissão de Educação Continuada e Permanente....360
1.2.15 Comissão De Humanização....364
1.2.16 Comissão De Conformidade, Controle Interno E Gestão De Riscos....393
1.2.17 Núcleo de Educação Permanente em Saúde....400
1.3 Proposta de melhoria continua dos processos de cuidado que envolvem as comissões....410
1.4 Monitoramento e avaliação das prioridades....412
1.5 Acolhimento com Classificação de Risco....413
1.5.1 Proposta de Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR....424
1.6 Introdução à Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento....497
1.6.1 Protocolo ACLS – Advanced Cardiac Life Support (Suporte Avançado de Vida Em Cardiologia)....499
1.6.2 Protocolo BLS – Suporte Básico de Vida....526
1.6.3 Protocolo ATLS – Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida no Trauma)....546
1.6.4 Protocolo Clínico de Acidente Vascular Cerebral....654
1.6.5 Protocolos Clínico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM....685
1.6.6 Protocolo Clínico de Sepse e Uso Racional de Antimicrobiano....714
1.7 Manual para atuação em protocolos assistenciais....729
1.8 Proposta de Cadeia de Valor para Operacionalização e Execução das Ações de Saúde....736
1.9 Programas de Qualidade....737
1.9.1 Convênios de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para Desenvolvimento de Estágios Curriculares....743
1.9.2 Parcerias com Instituições para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa na Área da Saúde Pública....745
1.10 Proposição de Projetos Assistenciais e Sociais....748

PARTE 2 DA PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO DA AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025 – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE
UPA 24h. Dr. B. Mitidieri, localizada em Boquim/SERGIPE
RUBRICADO ELETRÔNICAMENTE POR JP. PINOTTI – PARTE 2 - AHBB

1. ***QUALIDADE OBJETIVA***

1.1 Comissões Técnicas

O Modelo de Gestão Assistencial refere-se à atuação das comissões técnicas regulamentares, exigidas pela legislação, cuja atuação impacta no desempenho da assistência como um todo.

As comissões técnicas serão criadas com o objetivo de realizar ações preventivas, corretivas de melhorias de processos, de manutenção de qualidade da assistência, de investigação e outras atividades. Compete às comissões seguirem as orientações da legislação pertinente, desenvolvendo assim suas atividades. São atribuições das comissões, equipes multiprofissionais e comitês.

- Garantir o cumprimento de suas resoluções e regimentos;
- Aplicar os Manuais da AHBB|Rede Santa Casa;
- Aplicar Regimento;
- Aplicar Protocolo;
- Aplicar Relatório com Indicadores;
- Manter documentos (alteração na constituição) atualizados com as devidas assinaturas;
- Comunicar o Setor de Comissões todas as reuniões, planos de ações, atividades e campanhas.

As comissões serão formadas por grupos profissionais das Unidades de Saúde tendo cada uma, um presidente e secretário.

Esses grupos se reunião periodicamente, de acordo com as características de cada comissão para propor as análises e as ações a serem realizadas.

As reuniões deverão ser mensais, com data, local e horário, previamente definidos em Cronograma. A convocatória das reuniões deverá ocorrer 48 horas antes da data de realização das mesmas.

As reuniões terão como tópico obrigatórios: leitura da última Ata da reunião com resultado das ações e apresentação de indicadores referentes ao mês anterior ao da realização da reunião.

As reuniões deverão ser registradas em Ata e arquivadas contendo: data e hora da mesma, nome, cargo, setor e assinatura dos membros presentes, e registros dos ausentes, decisões tomadas, planos de ações realizados e a serem realizados.

Caso não seja cumprido o cronograma de reuniões a justificativa deverá ser registrada em Ata e comunicado todos os membros com antecedência de no mínimo 24 horas. Para alteração do cronograma de reuniões, será necessária a aprovação da maioria dos membros, a justificativa da mudança deverá ser registrada em Ata com assinatura dos membros aprovando a alteração do cronograma.

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes e urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria de qualquer área, pelo Presidente ou Vice-Presidente e deverão ser registradas sem Alta. Após as reuniões realizadas, no prazo máximo de 48 horas, enviar as Atas devidamente assinadas ao Setor de Comissões.

O quórum para reunião deverá ser de 50% mais um total de membros da comissão. Só poderão ocorrer reuniões, quer ordinária, com a presença de seu Coordenador/Presidente ou Vice. Sempre relatar em Ata a justificativa da ausência do coordenador/presidente.

Todas as Comissões adotarão instrumentos da gestão e acompanhamento dos resultados, dentre os quais destacamos:

- Documentos de registro de ações (atas, lista de presença, etc.); e
- Regimento Interno de funcionamento das comissões

Cada Comissão terá seu próprio Regimento, dispondo sobre seu funcionamento.

1.2 Descritivo Comissões Técnicas

1.2.1 Comissão De Revisão De Prontuários - CRP

Proposta de Regimento Interno da Comissão de Prontuário

Capitulo I - Princípios e diretrizes gerais

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação de suas atividades

Art. 2 A CRP é regida por este Regimento Interno, tem natureza permanente e foi instituída para conduzir os processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dos prontuários médicos, conforme a Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002

Art. 3º A CRP é um órgão de assessoria direta da **AHBB|Rede Santa Casa** e deverá manter estreita relação com a Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) da unidade será constituída por um número mínimo de 6 membros nomeados pelo diretor clinico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados

- Médico Pediatria
- Clínica Médica
- Enfermagem
- Administrativo

Objetivos

Analisar o prontuário do paciente, avaliando a qualidade dos registros sempre em consonância com a segurança da assistência prestada ao paciente;

- Analisar e sugerir a padronização de documentos a serem incluídos e/ou retirados do prontuário padrão encaminhado para a Diretoria Técnica da **AHBB|Rede Santa Casa.**
- Comunicar aos responsáveis pelas áreas assistenciais e de apoio as oportunidades de melhorias identificadas nas análises realizadas pela Comissão, bem como sugerir ações de educação permanente;
- Gerenciar e analisar mensalmente os dados estatísticos relativos à avaliação do prontuário e divulgá-los periodicamente para as áreas envolvidas.

Das definições

Art. 5º Para este regimento considera-se prontuário médico como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência e ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros de equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Constituição

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
FORMAÇÃO	**PERFIL DO COMPONENTE**	**QTD**
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	1
Médico infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	1

Médico pediatra	Profissional com formação em medicina, residência médica em pediatria e que atua na Unidade	1
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade	1
Médico Cirúrgico (alterado dependendo do perfil assistencial)	Profissional com formação em medicina, residência médica em cirurgia que atua na Unidade	1

Das atribuições

Art. 6° - São atribuições da comissão de Revisão de Prontuário:

I. Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II. Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III. Competência da CRP:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina n° 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de

nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados;

b) Anamnese, exame físico, hipótese diagnosticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, descriminação de todos os procedimentos ao qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

f) Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clinicas e a direção técnica da unidade.

II. A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

<u>Da organização e funcionamento</u>

Art. 7º A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Art. 8° A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Art. 9° A escolha do prontuário é aleatória.

Art. 10° A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Art. 11° As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

Das Competências

Art. 18. São atribuições do Presidente e do Vice-presidente, na ausência ou vacância do Presidente:

I. Representar a Comissão, quando necessário;
II. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;
III. Encaminhar à Superintendência, para homologação, as propostas de atividades
IV. aprovadas pela Comissão;
V. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;
VI. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;
VII. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;
VIII. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 19. São atribuições do Secretário:

I. Assistir às reuniões;
II. Preparar e encaminhar os expedientes;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
VIII. Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 20. São atribuições comuns dos membros da Comissão:

I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;
IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;
V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência
VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CRONOGRAMADE ATIVIDADES ANUAL

Comissão de Revisão de Prontuários - CRP												
Ações	**1º Mês**	**2º Mês**	**3º Mês**	**4º Mês**	**5º Mês**	**6º Mês**	**7º Mês**	**8º Mês**	**9º Mês**	**10º Mês**	**11º Mês**	**12º Mês**
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Comissão de												

Prontuários												
Avaliação de indicadores												

Das disposições gerais

Art. 21. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe da **AHBB|Rede Santa Casa** proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 22. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 23. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão e ciência das respectivas Comissões de Ética.

Art. 24. Este regimento entrará em vigor após publicação.

1.2.2 Comissão De Revisão De Óbito - CRO

Da Denominação

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS N° 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Das Finalidades

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos da **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB|Rede Santa Casa:**

I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.
II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.
III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta estiver implantada na unidade), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais envolvidos.
IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da unidade

Da Composição

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional da **AHBB|Rede Santa Casa**, e deverá ser nomeada em portaria da Diretoria da unidade:

§ 1º A Comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 01 (um) representante por profissão.

§4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

§5º A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no serviço:

I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;
II. Representante da Unidade de Materno Infantil;
III. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
IV. Representante da Unidade de Unidade da Equipe Multiprofissional

Do Mandato

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de revisão de Óbitos será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Diretoria Técnica, para aprovação e alteração.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros

Do funcionamento e organização

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se a mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à Diretoria uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via Diretoria;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião;

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art. 10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico;

Art. 12. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à Direção Técnica para as providências necessárias.

Das Atribuições

Art. 14. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da unidade, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017).

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
II. A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.
III. Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva

dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados. É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.

IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
VI. Criar, com juntamente com o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;
VIII. Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;
IX. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;
XI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de

subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;
II. Sugerir seu substituto à Direção Técnica da unidade;
III. Representar a comissão junto à alta governança da unidade, ou indicar seu representante;
IV. Fazer cumpri o regimento;
V. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17. São atribuições da secretaria da comissão:

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

Das disposições gerais

Art. 18 Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Diretoria e gerências assistenciais.

Art. 19 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20 O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e Gerência da Qualidade

Anexo

QUALIDADE
REDE SANTA CASA

QA.

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Nome do Paciente:		**Idade:**
Nº de Prontuário:		**Data de Nascimento:**
Data do Óbito:	**Horário do Óbito:**	**Local do Óbito:**

Nº	**QUESTÃO**	**Resposta**			
		Sim	**Ir Para**	**Não**	**Ir Para**
1	Trata-se de caso terminal, irreversível?		23		2
2	A morte foi devida a casa ou complicação esperada?		3		7
3	Existem e estavam disponíveis medidas para evitar a causa?		4		7
4	As medidas para evitar a causa foram tomadas?		5		6
5	As medidas foram adequadas e tomadas na hora certa?		7		24
6	O paciente ou seu responsável quis que medidas para evitar a causa fossem tomadas? (sim se não houver registro específico no prontuário)		24		7

7	Há probabilidade que manifestações da causa pudessem ter sido reconhecidas antes?		8		11
8	Há registros no prontuário de manifestações de causa?		9		11
9	As manifestações da causa foram reconhecidas / comunicadas como evidências de desencadeamento da morte?		10		11
10	Há razoável evidência de que o diagnóstico feito ou problema identificado estavam de acordo com os achados		12		24 253
11	Foi reconhecido a presença da causa?		12		24
12	O diagnóstico era tratável?		13		23
13	O tratamento foi efetuado de forma no tempo correto?		23		24
14	Falta de Material e ou equipamento médico?				
15	Não realização de exame solicitado?				
16	Não realização da cirurgia proposta?				
17	Óbito no pós-operatório?				
18	Infecção?				
19	Sepse/Choque séptico?				

20	Queda de leito?				
21	Falta de vaga em setor crítico?				
22	Óbito durante transporte intra-hospitalar				
23	Óbito justificado	Local do óbito à tempo:			
24	Dúvida: O óbito deve ser discutido				

Conclusões Clínicas	**Atestado de Óbito**	
Diagnóstico inicial	Causa básica:	
Diagnóstico definitivo:	Causa sequencial:	
Diagnóstico secundário	Causa terminal:	
	Data do óbito:	
	Avaliação preenchimento	Letra ilegível:
		Falta carimbo:
		Falta preenchimento:
Conclusões:	Revisor:	

Cronograma Comissão de Revisão de Óbitos												
Ações	**1º Mês**	**2º Mês**	**3º Mês**	**4º Mês**	**5º Mês**	**6º Mês**	**7º Mês**	**8º Mês**	**9º Mês**	**10º Mês**	**11º Mês**	**12º Mês**
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												

Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Comissão												
Avaliação de indicadores												

- O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.

1.2.3 Comissão De Ética Médica - CEM

Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Médica (CEM)

Capítulo I – Das definições

Art 1° - A Comissão de Ética Médica, por delegação do Conselho Regional de Medicina, desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras.

Art 2° - A CEM exercer suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CREMESE, que exercem atividade

assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa na **unidade gerenciada.**

Art 3° - A CEM é autônoma em relação à Administração, mantendo com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

Capítulo II – Da Estrutura

Art 4° - A Estrutura da CEM compreende:

I. Colegiado
II. Presidência
III. Secretário
IV. Apoio Administrativo

Capítulo III – Da Composição

Art 5° - A CEM será composta por 4 (quatro) membros efetivos e 4 (quatro) membros suplentes, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

Parágrafo 1 – O número de integração poderá ser alterado a qualquer momento tendo como base Resoluções do CFM ou CREMESE.

Parágrafo 2 – Todos os membros serão considerados titulares.

Art 6° - Os membros eleitos escolherão por votação, o presidente e o secretário.

Parágrafo Único – No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da sua maioria, em Reunião procederão à substituição dos mesmos que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art 7° - Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em Reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleições do seu Presidente e ou Secretário.

Art 8º - Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam quites com o CREMESE

Parágrafo 1 -Os membros da CEM que, posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

Parágrafo 2 – O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

FORMAÇÃO	PERFIL DO COMPONENTE	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, efeito pelo corpo clínico no PS	1
Secretário	Profissional com formação em medicina e que atua no PS	1
Membros efetivos	Profissional com formação em medicina, efeito pelo corpo clínico	3
Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, efeito pelo corpo clínico	3

Art 9° - As Comissão de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1° desde Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instalações com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
b) Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membro efetivos e igual números de suplentes;

c) Na instituição que possuir de 100(cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual números de suplentes;
d) Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 8 (oito) suplentes;
e) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos 8 (oito) suplentes;
f) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10(dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

Capítulo IV – Das Competências

Art 10° - Compete à CEM

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar e nas Instituições sob sua administração o exercício ético da atividade médica;
b) Comunicar ao CREMESE quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
c) Comunicar ao CREMESE o exercício ilegal da profissão.
d) Instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminha-lo ao CREMESE quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo, e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão
e) Desenvolver atividade educativa através de discussões, e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria e Departamentos e Comissões

de Residência Médica (COREME) e Comissão de Pós-Graduação (CPG).

Art 11 – Compete ao colegiado da CEM:

a) Eleger o Presidente a o Secretário;
b) Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;
c) Desenvolver as atribuições conferidas a CEM;
d) Garantir o exercício do amplo direto de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias;
e) Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes;

Art 12 – Compete ao Presidente da CEM:

a) Representar a CEM perante as Direções, bem como às suas diversas Comissões e ao CREMESE;
b) Convocar as reuniões ordinárias extraordinárias da CEM.
c) Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membros da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
d) Encaminhar ao CREMESE os relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas quem tiveram origem naquele órgão;
e) Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório e CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder a consultas referentes a assunto éticos;

Art 13 – Compete ao secretário da CEM:

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Colaborar com Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;
c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

d) Supervisionar, lavar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;
e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM.

Art 14 – Compete ao apoio administrativo

a) Receber os expedientes encaminhados a CEM;
b) Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;
c) Manter o arquivo da CEM em ordem;
d) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
e) Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as Atas das reuniões;
f) Confecção de memorando, ofícios e rotinas operacionais da CEM;
g) Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;
h) Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;
i) Proceder as convocações para as reuniões da CEM;
j) Proceder as convocações para as oitavas;
k) Secretariar as oitavas instituídas pela CEM;
l) Lavrar os depoimentos durante as oitavas;
m) Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;
n) Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

Art 15 – A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa, inscritos regularmente no CREMESE, executando-se os residentes e estagiários. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Art16 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado nas unidades no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art 17 – Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art 18 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados e Institutos sob sua administração, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art 19 – O Diretor Clínico designara uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CREMESE.

Art 20 – Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEM.

Art 21 -A CEM será composta pelos 4 (três) candidatos que obtiverem o maior número de votos.

Parágrafo Único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CREMESE.

Art 22 – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CREMESE para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art 23 – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instancia à Comissão Eleitoral e em segunda instancia ao CREMESE.

Art 24 – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CREMESE ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral,

quando então se procederá à escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretario da CEM.

Art 25 – O mandado da CEM será de até 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafos Único – As eleições serão realizadas, a cada 24 meses, no dia 18 de outubro (data comemorativa do médico).

Capítulo VI - Do Funcionamento

Art 26 – A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias mensais e reunir-se de forma extraordinárias quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art 27 – As reuniões ordinárias e extraordinárias de CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretario na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes, se estiverem presentes, pelo menos a metade dos seus 16 (dezesseis) membros.

Parágrafo único – Na ausência do Presidente e Secretario os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretario que a conduzirão.

Art 28 – Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância tem caráter sigiloso.

Art 29 – Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o "voto de Minerva" em caso de empate. Entretanto, a aprovação de Relatórios de Sindicância ou de assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença da metade mais um do 16 (dezesseis) membros da CEM.

Art 30 – As sindicâncias serão instauradas mediante:

a) Denuncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
b) Denuncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico;

c) Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto quer mereça ser apurado;

d) Determinação do CREMESE.

Art 31- Aberta a Sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir relatório com suas conclusões e apresenta-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada Sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art 32 – Instaurada a Sindicância, a CEM notifica os citados na sindicância oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Art 33 – Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela comissão sindicante (oitiva), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Art 34 – Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuários, ordens de serviço da Administração e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos das Sindicâncias, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art 35 – O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultativo somente às partes e os membros da CEM.

Art 36 – Em qualquer momento os envolvidos têm direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestação, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art 37 – Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art 38 – O membro da CEM presentes à reunião que não se julga suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas de Sindicância, propor diligencias ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogáveis, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art 39 – Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recursos junto ao CREMESE, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art 40 – Constatada a existência de início de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMESE, para competente tramitação.

Art 41 – Contatada a existência de início de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria, para as providencias cabíveis.

Art 42 – Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CREMESE.

1° - Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata especificas.

2° - Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio de relatório ao CREMESE.

Art 43 – O membro da CEM envolvido em sindicância não participarão das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

Capítulo VII – Das disposições gerais

Art 44 -Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao CREMESE.

Art 45 – Este Regimento Internos poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CREMESE e quando a CEM julgar necessário.

Capítulo VIII - Do funcionamento

Art 46 – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art 47 – Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância terão caráter sigiloso.

Art 48 – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de minerva" em caso de empate.

Art 49 -As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedeceram aos preceitos contidos nesta resolução.

Art 50- A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
b) Denúncia, por escrito, do diretor clinico ou diretor técnico;
c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
d) Solicitação da Delegacia Regional, seccional ou Representação;
e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art 51 – Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato ao envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art 52 – Todos os documentos relacionados com fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clinicas, das ordens de serviço e outros que podem colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensadas à sindicância quando for enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art 53 – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art 54 – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligencias para melhores elucidações do(s) fatos(s).

Art 55 – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art 56 – Em caso de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiro, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

1° - Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata especifica.

2° - Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VI – Cronograma de atividades anual

Comissão de Ética Médica - CEM												
Ações	**1° Mês**	**2° Mês**	**3° Mês**	**4° Mês**	**5° Mês**	**6° Mês**	**7° Mês**	**8° Mês**	**9° Mês**	**10° Mês**	**11° Mês**	**12° Mês**
Nomeação do												

membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Oficina de capacitação sobre Ética Médica												
Realização de Reuniões com a Comissão de Prontuários												

Realização de reuniões com a Comissão de Óbitos												
Avaliação de indicadores												

- **O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.**

Capítulo VII - Das disposições finais

Art 57– As determinações deste regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1° – As normas do presente regulamento referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, conforme parágrafo único do artigo 15.

Parágrafo 2° - A CEM já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art 58 -Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art 59 – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência da Comissão de Ética dento da instituição.

1.2.4 Comissão De Ética De Enfermagem - CEF

Definição

É um órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, com

a finalidade de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos a Ética Profissional de Enfermagem.

Regulamentação:

Lei nº. 5.905 / 1973 do COREN

Resolução nº. 172 / 1994

Vigência:

12 meses permitindo reeleição

Principais Atividades:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Unidade de Saúde através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;
- Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem

Indicadores

- Total de Enfermeiros com Inscrição no COREN
- Total de Técnicos / Total de Auxiliares
- Total de funcionários capacitado
- Total de processos Éticos analisados

Funcionamento e Organização

- ✓ O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.
- ✓ Deverão ocorrer Reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.
- ✓ Cronograma de Atividades Educativas e Epidemiológica Anual.
- ✓ Ata das reuniões, bem como Relatório com plano de ação, indicadores e metas:
- ✓ Mensal – a ser entregue a coordenação local

- ✓ Cronograma de reuniões ordinárias.

<u>Proposta para regimento- comissão de ética de enfermagem</u>

Capitulo I - Características Gerais – Definição

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício nas referidas instituições.

Capitulo II - Natureza e Finalidades

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da unidade de Saúde à que pertence, estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Parágrafo único – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Diretoria da unidade de Saúde o calendário de suas reuniões e/ou atividades.

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da unidade através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;
- Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

Capitulo III - Das Eleições

Art. 4º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados de pleito.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2º - A Convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação. Prazo este também para as inscrições e divulgação dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros e Grupo II correspondente ao Quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 4º - Os candidatos poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da unidade, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5º - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, quando o COREN-SE deverá expedir declaração, sem ônus para os candidatos.

Parágrafo 6º - os candidatos ao pleito deverão ter os seguintes requisitos:

I. Ter no mínimo 2 anos de inscrição definitiva e estarem em dia com suas obrigações junto ao COREN.
II. Os candidatos não devem estar envolvidos em processo ético no COREN.

Parágrafo 7º - Os candidatos não devem estar respondendo a nenhum processo administrativo na Unidade de Saúde, ou envolvidos em investigações de Análise de Causa Raiz com desfecho óbito.

Art. 6º - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês devendo a posse ocorrer até o dia dd/mm do mesmo ano.

Parágrafo 1º - Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares nos candidatos do Grupo II.

Parágrafo 2º - O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Art. 7º - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral podendo ser assistida por todos os interessados.

Parágrafo 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número dos votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados finais deverão ser enviados ao COREN no prazo máximo d 30 (trinta) dias após o pleito.

Parágrafo 2º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate de acordo com o tempo de exercício na **AHBB|Rede Santa Casa** na categoria eleita. Caso persista o empate considerar-se a o profissional com o número de registro mais antigo no Conselho como vencedor.

Parágrafo 3º - Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à C.E.E e, por último, a instância superior – COREN.

Art. 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN

Capitulo IV - Competência

Art. 9º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

I. Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e dos COREN's dentro da Instituição.
II. Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão.
III. Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na Instituição.

IV. Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;

V. Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da CEE ao COREN, no prazo máximo de trinta dias, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a respectiva Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da unidade.

VI. Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na unidade.

VII. Cientificar à Diretoria da unidade sobre todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE.

VIII. Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de complexa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados.

IX. Solicitar aos responsáveis pela Diretoria, assim como, aos responsáveis pelos outros serviços da Unidade de Saúde, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Art. 10° – Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

I. Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

II. Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta.

III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento.

IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa aqueles que vierem responder sindicâncias.

Capitulo V - Estrutura

Art. 11º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a **AHBB|Rede Santa Casa**, executando-se àqueles profissionais que sejam membros da Diretoria nos órgãos de classe ou que sejam Diretor/ Gerente de Enfermagem, na referida unidade.

Parágrafo único – A unidade de Saúde poderá fazer com que a Instituição de Ensino que solicita campos de Estágio se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

Capitulo VI - Composição

Art. 12º – Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, a unidade de Saúde deverá contar no seu quadro de pessoal de enfermagem, no mínimo, 10 (dez) enfermeiros.

Art. 13º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída por 5 membros efetivos, sendo 3 enfermeiros, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 5 membros suplentes sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2º - As funções de Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

Parágrafo 3º - A C.E.E somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

Capítulo VII - Atribuições

Art. 14º – ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem compete:

I. Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.
II. Planejar e controlar as atividades programadas ou não da Comissão.
III. Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Diretoria/Gerência para ciência.
IV. Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.

Art. 15º – ao Vice-Presidente da Comissão compete:

I. Participar das reuniões da C.E.E.
II. Colaborar no planejamento e controle das atividades da C.E.E.
III. Substituir o Presidente na ausência do mesmo.

Art. 16º – Ao Secretário da C.E.E compete:

I. Secretariar as reuniões e registrá-las em ata.
II. Verificar o quórum nas sindicâncias.
III. Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.
IV. Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.
V. Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas.
VI. Elaborar conjuntamente com o Presidente da Comissão os relatórios das Sindicâncias.

Art. 17º – Aos suplentes da C.E.E compete:

I. Participar e colaborar nos trabalhos da C.E.E.
II. Atender às convocações da reunião da C.E.E.
III. Substituir os membros efetivos nas reuniões da C.E.E.

Capitulo VIII - Disposições Gerais

Art. 18º – A C.E.E. reunir-se-á, uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Art. 19º – A C.E.E. reunir-se-á extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Art. 20º – O quórum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da Comissão.

Art. 21º – Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., os mesmos serão automaticamente substituídos pelos suplentes de acordo com o número de votos obtidos na eleição. Na ausência destes no momento, cientificando-se formalmente o COREN a esse respeito.

Parágrafo único – Em casos excepcionais a **AHBB|Rede Santa Casa** poderá encaminhar nome (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação para preenchimento de vagas existentes.

Art. 22º – A ausência não justificada à mais de 3 reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da C.E.E sendo convocado o suplente correspondente. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas formalmente ao COREN.

Art. 23º – Quando um dos membros da C.E.E, estiver envolvido na sindicância, o mesmo, será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às suas atividades na Comissão, durante a vigência da sindicância.

Art. 24º – Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 dias após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela C.E.E., o fato deverá ser comunicado ao COREN sob forma de denúncia, ficando assim sujeito às penalidades impostas.

Art. 25º – Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Havendo

necessidade, a C.E.E. poderá convocar e organizar sindicâncias sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias.

Art. 26º – Se houver a necessidade da presença de profissionais de outras áreas, os mesmos poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados.

Art. 27º – A CEE deverá enviar ao COREN, até o dia XX/mm de cada ano, sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, incluindo aí o número de sindicâncias abertas e demais dadas considerados importantes, para análise do COREN.

Art. 28º – O COREN, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios anuais enviados pela CEE promoverá Seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos.

Art. 29º – As Comissões de Ética de Enfermagem eleitas anteriormente à promulgação desta Decisão, terão seus mandatos prorrogados até a posse da C.E.E. a ser eleita e empossada.

<u>Objetivos da Comissão para o primeiro ano de Contrato</u>

- ✓ Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;
- ✓ Validação do COREN – SE da Comissão;
- ✓ Validação do Regimento Interno pela Comissão;
- ✓ Elaboração de relatório mensal;
- ✓ Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
- ✓ Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;
- ✓ Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;

- ✓ Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;
- ✓ Manter portaria atualizada.

Cronograma de Atividades Anual

Comissão de Ética de Enfermagem												
Ações	**1° mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4° mês**	**5° mês**	**6° mês**	**7° mês**	**8° mês**	**9° mês**	**10° mês**	**11° mês**	**1 m**
Proposta dos membros da Comissão												
Eleições dos Membros da Comissão												
Reuniões Mensais conforme Demanda												

278

- O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.

1.2.5 Comissão De Controle De Infecção (CCIH)

Diretrizes e normas para prevenção do controle da infecção

Regimento interno, categorias e finalidade

Art 1º - Nos termos da Lei 9.431 de 06 de janeiro de 1997 e da portaria MS nº2. 616, de 12 de maio de 1998, a Comissão de Controle de infecção e natureza técnico-científica permanente.

Art 2º-Desenvolvimento e manutenção de programas de Controle de Infecção são os objetivos desta Comissão.

§ 1º - Programa de Controle de Infecção é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções.

§ 2º - As infecções relacionadas à assistência à saúde (conhecidas também pela sigla IRAS), antigamente chamadas de infecções, são aquelas adquiridas após a admissão do paciente e que se manifestam durante a internação ou após a alta, quando puderem ser relacionadas aos procedimentos da assistência, seja ela, em clínicas de diálise, instituições de longa permanência, hospital-dia ou ambulatórios de quimioterapia ou infusão de medicamentos. Quando se desconhece o período de incubação do agente etiológico e não houver evidência clínica ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionaram-se IRAS toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de setenta e duas horas após a admissão.

Objetivo

Agregar as áreas em comum, que envolvem os programas de prevenção e Controle de infecção relacionadas a assistência em saúde, infecções de origem comunitária de notificação compulsória e gerenciamento de riscos.

CAPÍTULO II - Estrutura e organização

SEÇÃO I

Estrutura

Art 3° - A estrutura da CCIH compreende:

Serviço de Controle de Infecção (CI)

Comissão de Controle De Infecção Hospitalar (CCIH) Órgão de assessoria da direção da instituição composta por profissionais de nível superior, formalmente designados, constituída por:

Membros Consultores (representantes dos serviços médico, de enfermagem, farmácia, laboratório de microbiologia e da administração.

Membros Executores (obedecendo à relação de 2 técnicos de nível superior, sendo um dos membros preferencialmente da enfermagem).

Art 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica, proporcionará a infraestrutura necessária.

Composição do colegiado

Art 5º - A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar, no mínimo, com 7 (sete) componentes.

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO CCIH		QUANTIDADE
FORMAÇÃO	**PERFIL DO COMPONENTE**	
Médico infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia	1
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade.	2
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade.	2

Farmacêutico	Profissional com Formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	1
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título especialista	1

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em técnicos e profissionais especializados em Controle de infecção e representantes, preferencialmente de nível superior, da unidade envolvidas diretamente no referido programa.

Art 6º - O Diretor Clínico escolherá os Membros que comporão a CCIH e promoverá as designações destes, do Presidente e do Vice-Presidente.

Das competências e metas

Art. 7 °. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH:

Elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de infecção adequado às características e necessidades da unidade, contemplando no mínimo ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções;

- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-.
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da unidade e às Chefias de todos os setores da unidade a situação do controle das infecções, promovendo seu amplo debate;
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na unidade, por meio de medidas de precaução e isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-Ambulatoriais;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções;
- Elaborar e praticar o Regimento Interno para a CCIH;

- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidade do hospital, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Das atribuições da CCIH

Art. 12. São atribuições específicas da Diretoria Clinica

I. Constituir formalmente a CCIH;
II. Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
III. Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
IV. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;
V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

Art. 13. São atribuições específicas do Presidente:

I. Representar a CCIH;
II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III. Despachar expedientes e subscrever documentos da Comissão;
IV. Dirigir os trabalhos da CCIH;
V. Prover recursos para implementação dos Projetos da CCIH

VI. Assessorar a CCIH com relação às diretrizes da administração;

VII. Comunicar a destituição dos membros ao Diretor Clinico;

VIII. Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas;

IX. Indicar o seu substituto eventual.

Art. 14. São atribuições dos membros consultores da Comissão:

I. Representante da Administração:

- ✓ Implementar as normas da CCIH junto aos serviços de apoio (limpeza, lavanderia, serviço de manutenção).

II. Médico:

- ✓ participar da padronização de medicamentos;
- ✓ participar ativamente do controle de infecção;
- ✓ participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações;
- ✓ discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratório e da enfermagem;
- ✓ autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização e diante de necessidade;
- ✓ elaborar o programa de controle de antimicrobianos;
- ✓ realizar vigilância epidemiológica ativa;
- ✓ participar de reuniões;
- ✓ participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção”;
- ✓ participar de pesquisas sobre infecção;
- ✓ sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções.

III. Farmacêutico:

- ✓ fiscalizar as condições de armazenamento e validade dos medicamentos adquiridos, especialmente dos antibióticos;
- ✓ propor à Comissão o número de marcas e de apresentações comerciais dos agentes terapêuticos utilizados no PS;

- ✓ manter atualizada a padronização de medicamentos (especialmente a de antibióticos) e sugerir, periodicamente, à CCIH, a exclusão ou a inclusão de agentes terapêuticos na mesma;
- ✓ preparar e divulgar através da CCIH tabela de incompatibilidade química, a fim de evitar a administração inadequada de misturas de medicamentos no paciente;
- ✓ controlar o uso de medicamentos de alto custo ou de elevada toxicidade e pesquisar alternativas menos onerosas e menos tóxicas;
- ✓ informar ao corpo médico, através da CCIH, o custo, os efeitos colaterais e a ação terapêutica dos novos agentes colocados no mercado;
- ✓ manter um arquivo de prescrição de antimicrobianos e fornecer mensalmente à CCIH, levantamento dessa prescrição por clínica e por antibiótico.

IV. Enfermeiro:

- ✓ manter contato para detecção relativa ao controle de infecção, coletar dados de interesse, dar orientação técnica e supervisionar o cumprimento das normas e recomendações emanadas da CCIH;
- ✓ criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica ativa, de forma a facilitar a coleta de dados;
- ✓ acompanhar a implantação do programa de controle de infecção pré;
- ✓ elaborar rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem adequado ao controle das infecções Ambulatoriais e orientar sua execução;
- ✓ promover educação em serviço para pessoal que atua em áreas de capacitação específica;

- ✓ participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema “infecção”;
- ✓ participar de pesquisas sobre infecção;
- ✓ sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções;
- ✓ promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções;
- ✓ fazer cumprir as atribuições descritas.

V. Biomédico:

- ✓ orientar o corpo clínico quanto à solicitação de exames, coleta de amostras e interpretação de resultados microbiológicos;
- ✓ rejeitar as solicitações que não estiverem de acordo com os critérios por ele estabelecidos e aprovados pela CCIH;
- ✓ implantar métodos rápidos para a identificação de agentes infecciosos e determinar sua sensibilidade aos antimicrobianos;
- ✓ organizar um arquivo de resultados que permita a realização periódica de levantamentos da frequência de microorganismos isolados das infecções pré Ambulatoriais da prevalência de cepas resistentes aos antibióticos.

VI. Secretárias:

- ✓ agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- ✓ digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes a CCIH e Gerência de Risco;
- ✓ catalogar fontes bibliográficas;
- ✓ manter os arquivos atualizados;
- ✓ manter os armários organizados;
- ✓ executar os serviços de digitação da CCIH;

- ✓ fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos setores competentes, após autorização da chefia;
- ✓ alimentar diariamente o sistema para notificações de infecção (planilha Excel) após notificação de infecção pelos membros executores da CCIH, gerando a estatística global mensal;
- ✓ participar da organização de eventos;
- ✓ digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- ✓ confeccionar impresso referente a planilha NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance - Sistema Nacional de Vigilância de Infecções) mensal das infecções Ambulatoriais críticas;
- ✓ realizar a notificação das queixas técnicas e eventos adversos da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;
- ✓ participar e elaborar ata de reunião da Gerência de Risco e CCIH;
- ✓ conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do setor;
- ✓ receber exames laboratoriais, conferir de internação e leito do paciente e encaminhar aos membros executores da CCIH para vigilância microbiológica ativa;
- ✓ checar os e-mails da caixa de entrada CCIH diariamente;
- ✓ encaminhar até o último dia de cada mês o impresso NNIS para as críticas e solicitar os impressos anteriores;
- ✓ solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor

Dos membros executores da CCIH

Art. 15. Os membros executores da CCIH representam o Controle de Infecção, e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção:

Da Composição

I. Coordenador, com dedicação a CCIH;
II. o Médico, com tempo mínimo de quatro horas diárias de dedicação a CCIH;
III. o enfermeiro com tempo mínimo de seis horas diárias de dedicação a CCIH;
IV. Secretária com dedicação exclusiva ao CCIH;

Das atribuições

Art. 16. São atribuições dos membros executores:

I. Coordenador:
- ✓ estruturar a CCIH do ponto de vista organizacional e operacional;
- ✓ promover a capacitação dos recursos humanos da CCIH;
- ✓ coordenar e ministrar periodicamente, cursos de Controle de infecção para os profissionais de saúde que atuam na Instituição;
- ✓ realizar busca ativa de casos, diariamente, com assessoramento na abordagem de pacientes de risco e infectados;
- ✓ padronizar germicidas e/ou produtos químicos com supervisão da utilização dos mesmos;
- ✓ avaliar a padronização de rotinas técnicas;
- ✓ realizar investigações epidemiológicas quando necessárias;
- ✓ elaborar relatórios periódicos e promover discussão com o corpo clínico e a de enfermagem;
- ✓ elaborar relatórios mensais e anuais para a Secretaria de Saúde;

- ✓ assessorar e/ou dar subsídio na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos;
- ✓ divulgar o trabalho realizado em congressos, seminários, cursos e atividades afins;
- ✓ comunicar periodicamente ao Diretor Técnico/Clinico todas as medidas a serem tomadas e o andamento das atividades.

II. Médico:

- ✓ realizar busca ativa de casos, com assessoramento na abordagem de pacientes infectados;
- ✓ participar da rotinização de atividades técnicas;
- ✓ realizar investigação epidemiológica;
- ✓ elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o corpo clínico;
- ✓ realizar pesquisas e divulgar o trabalho da CCIH em eventos;
- ✓ auditar o uso de antimicrobianos;
- ✓ elaborar estratégias de intercâmbios internos e externos.

III. Enfermeiro:

- ✓ realizar vigilância epidemiológica (busca ativa e passiva) de casos nos diversos setores e unidades no PS, com pesquisa de infecções de egresso;
- ✓ realizar busca ativa no laboratório de microbiologia e/ou obter acesso direto com terminal de computador na CCIH;
- ✓ realizar investigações epidemiológicas;
- ✓ padronizar e/ou supervisionar rotinas técnicas para controle de infecções e s;
- ✓ elaborar os relatórios mensais da CCIH;
- ✓ reciclar recursos humanos para controle de infecções em todos os níveis em cooperação com setores competentes;
- ✓ realizar trabalhos científicos em Controle de infecção que sejam de importância para a CCIH;

- ✓ realizar inspeção periódica em todos os setores para avaliar a implementação do Programa de Prevenção e Controle das Infecções;
- ✓ atender e assistir os visitantes e estagiários do CCIH;
- ✓ elaborar, implantar e implementar e/ou orientar o Programa de Prevenção do Controle das Infecções es;
- ✓ substituir o coordenador em seu impedimento.

Art. 17. A execução de atividades desenvolvidas pela CCIH não relacionadas neste Regimento poderão ser realizadas por qualquer um de seus membros de acordo com sua disponibilidade.

Das Reuniões

Art. 18. As reuniões da CCIH serão realizadas em caráter ordinário (mensal), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 19. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 20. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 21. A CCIH poderá incluir mensalmente em uma de suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 22. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros da CCIH.

Art. 23. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 24. Os membros da comissão que faltarem a três reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor Técnico/Clinico.

DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

Comissão de Controle de Infecção												
Ações	**1ºmês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**12º mês**
Nomeação do Membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos – Levantamento de Necessidades												
Capacitação Biossegurança												
Capacitação de Lavagens das mãos												

Avaliação de indicadores												

- O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.

Das Disposições Finais

Art. 25. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 26. Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em reunião para isto, convocada com a presença do Diretor Técnico/Clinico.

Art. 27. O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

1.2.6 Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – CIPA

Capítulo 1 - Introdução, Finalidade e Campo de Aplicação

Art. 1º - A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (**AHBB|Rede Santa Casa**), Associação civil sem fins lucrativos dotada de personalidade jurídica de natureza privada, deverá constituir e manter a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, conforme preconizado na Norma Regulamentadora - NR5 do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada na Portaria n. º 3214 08 de junho de 1978.

Art. 2º - O presente regimento interno tem por objetivo regulamentar a organização e o funcionamento, bem como agregar as principais regras que deverão disciplinar o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - Parágrafo único.

Este regulamento obedece fielmente à legislação em vigor, vez que apenas acrescenta dispositivos complementares, permanecendo perfeitamente aplicável o regime trabalhista estabelecido em lei ou, ainda, o que for estabelecido em Acordo ou Convenção Coletiva de

Trabalho da respectiva categoria. A **AHBB|Rede Santa Casa**, reger-se-á pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis e pelos dispositivos deste Regimento.

Capítulo 2

Do objetivo

Art. 3º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Capítulo 3 - Da Estrutura e Composição

Secção I - Estrutura

Art. 4º - A Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa** proporcionará o suporte técnico, científico e operacional, com a finalidade de assegurar a estrutura indispensável à eficiência da Comissão.

Secção II Composição

Art. 5º. A Comissão será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora - NR5, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978, sendo de forma paritária por representantes do empregador, nomeados pela direção, e representantes dos empregadores, eleitos mediante votação.

Art. 6º. Caberá a Diretoria a designação, anualmente, dos representantes da **AHBB|Rede Santa Casa**, titulares e suplentes, que irão integrar a comissão, por meio de ato normativo.

§ 1º. O empregador designará dentre os seus representantes, o Presidente da CIPA;

§ 2º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo **AHBB|Rede Santa Casa** e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

§ 3º. Os representantes dos empregados eleitos, escolherão o Vice-presidente entre os mais votados.

Capítulo 4 - Da organização

Art. 7º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção e demais membros, de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 8º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 9º - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10º - Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Art. 11º - A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 12º - A documentação indicada no Art. 11º deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

Art. 13º - O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo

Art. 14º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

Capítulo 5 - Das atribuições

Art. 15º - A CIPA terá por atribuição:

I. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

II. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. Participar, das discussões promovidas pela Unidade de Saúde para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. Requerer ao Departamento de Saúde Ocupacional, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programas

de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, NR7 e NR9, respectivamente, bem como de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. Participar, em conjunto com o departamento de saúde ocupacional, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII. Requisitar a unidade as cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT's emitidas;

XIV. Promover, anualmente, em conjunto com o departamento de saúde ocupacional, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

XV. Participar, anualmente, em conjunto com a Secretaria Municipal de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 16º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 17º - Cabe aos empregados:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborar com a gestão da CIPA;

III. Indicar à CIPA, ao Departamento de Medicina Ocupacional e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 18º - Cabe ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao Departamento de Medicina Ocupacional as decisões da comissão;

III. Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV. Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 19º - Cabe ao Vice-Presidente:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 20º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. Promover o relacionamento da CIPA com o Departamento de Medicina Ocupacional;

V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII. Constituir a comissão eleitoral.

Art. 21º - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

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

II. Preparar as correspondências; e

III. Outras que lhe forem conferidas.

<u>Capítulo 6 - Do Funcionamento</u>

Art. 22º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 23º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. Como a Unidade de Saúde funciona (24) vinte e quatro horas, o turno das reuniões será decidido, por meio de votação, entre os membros da comissão (indicados e eleitos) que estiverem presentes na data da posse.

Art. 24º - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de (50%) cinquenta por cento mais um, do total de componentes.

Art. 25º – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 26º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 27º - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 28º - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 29º - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único.

Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 30º - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 31º - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de (04) quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 32º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 33º - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em (02) dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 34º - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em (02) dois dias úteis.

Art. 35º - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 36º - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 37º - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de (30) trinta dias, contados a partir da data da posse.

Capítulo 7 - Do processo eleitoral

Art. 38º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 39º A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

Art. 40º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 41º Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa. O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a. Publicação e divulgação, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
b. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
c. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
d. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
e. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
f. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
g. Voto secreto;

h. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
i. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
j. Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 42º Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 43º As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Art. 44º Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 45º Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Art. 46º Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Art. 47º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 48º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 49º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

<u>Secção I - Sistema de comunicação</u>

A comunicação, interna e/ou externamente, deverá ocorrer junto a diretoria de acordo como o que segue:

I. Calendário de reuniões: Instrumento de comunicação interno-externa utilizado para informar as datas de todas as reuniões ordinárias, tendo como responsável, o secretário da comissão;

II. Ata: Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões;

III. Memorando: Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da comissão (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição;

IV. Memorando circular: Instrumento que contém avisos e/ou determinações da comissão, destinado a todo o serviço ou algumas áreas ou serviço;

V. Justificativa de ausência em reuniões ordinárias:

a) Documento padrão aprovado pela Comissão destinado ao controle e registro das ausências.

b) Fica instituído que o prazo para justificativa de faltas será de 24 horas de antecedência a data da reunião.

c) Em casos excepcionais motivados na data pré-determinada, deverão ser justificados no primeiro dia útil após a reunião em formulário próprio e especifico.

Art. 50° - A comunicação verbal utilizada interna e externamente pode ocorrer através de reuniões Gerenciais e técnicas, ordinárias e/ou extraordinárias, com a finalidade de elaborar, implementar, acompanhar e avaliar as ações propostas. Secção II

Seção II - Do mandato

Art. 51°. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano.

Secção III - Das disposições gerais

Art. 52º. Os casos omissos e as dúvidas, surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirigidos pelo Presidente da Comissão em conjunto com a direção.

Art. 53º. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 54º. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

Cronograma de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes												
Ações	1ºmês	2º meses	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Nomeação do Membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
SIPAT												
Levantamento de necessidade de capacitação ou execução de capacitação												
Avaliação de indicadores												

- O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.

1.2.7 Comissão Do Serviço Especializado Em Engenharia De Segurança E Saúde Do Trabalho (Sesmt)

Diretrizes e Normas para a Comissão do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

A Comissão do SESMT segue as diretrizes estabelecidas pela Norma Regulamentadora NR-4, com foco na prevenção de acidentes, promoção da saúde e segurança no trabalho. As normas técnicas e legais norteiam à atuação do colegiado, garantindo conformidade, prevenção contínua de riscos ocupacionais e bem-estar dos trabalhadores.

Regimento Interno, Categorias e Finalidade

O regimento interno da Comissão do SESMT estabelece regras para sua composição, funcionamento, atribuições, e periodicidade das reuniões. A comissão se organiza por categorias profissionais conforme exigência da NR-4, com a finalidade de assessorar tecnicamente à organização nas ações de segurança e saúde ocupacional.

Objetivo

Promover ambientes de trabalho seguros e saudáveis, prevenindo acidentes e doenças ocupacionais, propondo melhorias contínuas nas condições de trabalho e garantindo a conformidade com a legislação de segurança e medicina do trabalho.

CAPÍTULO II - Estrutura e Organização

SEÇÃO I - Estrutura

A Comissão do SESMT será composta por profissionais qualificados conforme o dimensionamento previsto na NR-4, incluindo engenheiro

de segurança do trabalho, médico do trabalho, técnico de segurança, enfermeiro do trabalho, e auxiliares, de acordo com o número de empregados e grau de risco da empresa.

Composição do Colegiado

- Engenheiro de Segurança do Trabalho **(quando aplicável)**
- Médico do Trabalho **(quando aplicável)**
- Técnico de Segurança do Trabalho
- Enfermeiro do Trabalho **(quando aplicável)**
- Auxiliar/Técnico de enfermagem do Trabalho **(quando aplicável)**

Das Competências e Metas

A Comissão tem como competências: propor ações preventivas, avaliar estatísticas de acidentes, sugerir medidas educativas e corretivas, apoiar tecnicamente a gestão e atuar no cumprimento das normas regulamentadoras. As metas serão definidas anualmente com base nos indicadores de segurança da organização.

Das Atribuições do SESMT

I. Analisar estatísticas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
II. Avaliar e propor melhorias em programas como: PGR, PCMSO, PGRSS, PPR´s, LIP, LTCAT;
III. Acompanhar a implementação de medidas corretivas e preventivas;
IV. Promover e apoiar campanhas educativas internas;
V. Propor treinamentos e capacitações relacionados à saúde e segurança;
VI. Atuar como elo entre os trabalhadores, SESMT e direção da empresa;
VII. Fiscalizar e sugerir melhorias nas condições dos ambientes de trabalho;
VIII. Emitir parecer técnico sobre temas relacionados à saúde ocupacional.

Dos Membros Executores da SESMT

Os membros executores serão os profissionais indicados formalmente pela empresa, com responsabilidades técnicas e operacionais na condução das atividades de segurança e saúde ocupacional. Devem possuir qualificação conforme as exigências legais vigentes.

Da Composição

A composição obedecerá ao dimensionamento da NR-4, considerando o número de empregados e grau de risco da empresa. A renovação de membros poderá ser feita conforme necessidade operacional.

Das Atribuições

Engenheiro de Segurança do Trabalho (quando aplicável)

- Coordenar tecnicamente o SESMT e elaborar planos de prevenção de riscos ocupacionais.
- Realizar análises de riscos ambientais e operacionais.
- Elaborar e revisar o PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos).
- Emitir pareceres técnicos e laudos sobre segurança.
- Propor modificações nos processos e layout para garantir segurança.
- Acompanhar obras e serviços que envolvam risco à integridade física dos trabalhadores.
- Atuar na investigação de acidentes graves e recomendar medidas corretivas.
- Desenvolver projetos de proteção coletiva e individual.

Médico do Trabalho (quando aplicável)

- Coordenar e supervisionar à execução do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).

- Realizar e avaliar os exames médicos ocupacionais (admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, mudança de função e demissionais).
- Emitir pareceres de aptidão ou inaptidão para o trabalho.
- Avaliar afastamentos relacionados a doenças ocupacionais.
- Promover ações de vigilância à saúde do trabalhador.
- Orientar sobre condições que envolvam restrições ou readaptações de trabalhadores.
- Propor medidas de promoção da saúde e bem-estar no ambiente de trabalho.

Técnico de Segurança do Trabalho

- Executar ações de prevenção de acidentes conforme o PGR.
- Realizar inspeções de segurança rotineiras e elaborar relatórios técnicos.
- Participar de treinamentos, campanhas e SIPAT.
- Emitir e acompanhar permissões de trabalho em áreas de risco.
- Investigar e registrar acidentes e incidentes.
- Controlar a distribuição e uso adequado dos EPIs.
- Acompanhar auditorias e fiscalizações.
- Orientar os colaboradores sobre condutas seguras no trabalho.

Enfermeiro do Trabalho (quando aplicável)

- Coordenar tecnicamente os serviços de enfermagem do trabalho.
- Executar e supervisionar os atendimentos de primeiros socorros.
- Auxiliar o médico do trabalho na realização de exames ocupacionais.
- Planejar ações de saúde coletiva no ambiente ocupacional.
- Acompanhar os indicadores de saúde dos colaboradores.
- Elaborar relatórios de enfermagem e de atendimento.
- Promover ações de educação em saúde no ambiente de trabalho.
- Apoiar em campanhas de vacinação e prevenção de doenças.

Auxiliar/Técnico de Enfermagem do Trabalho (quando aplicável)

- Auxiliar nos atendimentos de enfermagem aos trabalhadores.
- Executar procedimentos simples sob supervisão do enfermeiro do trabalho.
- Controlar prontuários, fichas médicas e exames.
- Acompanhar trabalhadores em situações de urgência até a unidade de saúde, quando necessário.
- Auxiliar na execução de campanhas de saúde.
- Apoiar o cumprimento do PCMSO e prestar suporte nos atendimentos ambulatoriais.
- Monitorar sinais vitais e realizar registros de rotina ocupacional.

Das Reuniões

As reuniões da Comissão do SESMT serão realizadas mensalmente, em data previamente definida entre os membros. Poderão ocorrer reuniões extraordinárias sempre que houver necessidade, mediante convocação da coordenação ou solicitação da maioria dos membros.

Todas as reuniões deverão ter **ata registrada**, contendo os principais assuntos discutidos, deliberações e responsáveis pelos encaminhamentos. As atas serão discutidas e aprovadas pelos membros presentes.

A participação nas reuniões é obrigatória para todos os membros designados. Ausências devem ser justificadas com antecedência ou logo após o ocorrido.

Cronograma de reuniões

Comissão do SESMT												
Ações	**1°mês**	**2° mês**	**3° mês**	**4° mês**	**5° mês**	**6° mês**	**7° mês**	**8° mês**	**9° mês**	**10° mês**	**11° mês**	**12° mês**

Contratação do Efetivo conforme NR 04												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos – Levantamento de Necessidades												
Treinamentos iniciais legais												
Planejamento implantação Adorno Zero												
Avaliação de indicadores												

- O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.

Das Disposições Finais

Art. 1º – Os membros da Comissão do SESMT deverão atuar com ética, responsabilidade e comprometimento com os princípios da saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, respeitando os dispositivos legais e normativos vigentes.

Art. 2º – As decisões da Comissão terão caráter consultivo, técnico e propositivo, sendo encaminhadas à gestão da instituição para validação e implementação, quando necessário.

Art. 3º – A participação nas reuniões e atividades da Comissão é obrigatória para todos os membros designados, sendo registradas em ata as presenças, deliberações e encaminhamentos.

Art. 4º – A ausência não justificada em três reuniões consecutivas ou cinco alternadas no período de doze meses poderá ensejar a substituição do membro, mediante deliberação da Comissão e comunicação à gestão responsável.

Art. 5º – A Comissão poderá convidar, sempre que necessário, colaboradores, especialistas ou representantes de setores envolvidos, para contribuir tecnicamente com os assuntos em pauta.

Art. 6º – Este Regimento poderá ser revisado anualmente ou a qualquer tempo, conforme necessidade identificada pela Comissão ou determinação da gestão da empresa, respeitando os princípios da legalidade, transparência e participação.

Art. 7º – Os casos omissos neste Regimento serão deliberados pela Comissão, respeitando a legislação vigente, especialmente as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 8º – Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção da empresa, revogando-se as disposições em contrário.

1.2.8 Comissão De Farmácia Terapêutica - CFT

Regimento interno da comissão de farmácia terapêutica

Capítulo I - Natureza e finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da **AHBB|Rede Santa Casa**, inspirada na Comissão estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo, educativo e de assessoria

da **AHBB|Rede Santa Casa** vinculada à Assistência Farmacêutica de cada unidade por ela gerenciada, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM), na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos e insumos farmacêuticos

I. Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade da Unidade de Saúde;
II. No estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;
III. Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Art. 3.º A CFT está diretamente ligada à Diretoria da Unidade de Saúde.

Art. 4.º Os membros da CFT serão nomeados pela Diretoria da Unidade com apoio da Sede Administrativa da **AHBB|Rede Santa Casa**, por meio de comunicado geral.

Capítulo II - Objetivos

Art. 5.º São objetivos da CFT:

I. Desenvolver políticas relacionadas ao uso de medicamentos padronizados na Unidade de Saúde gerenciada pela **AHBB|Rede Santa Casa**;
II. Apoiar o processo de padronização de medicamentos (inclusão e exclusão);
III. Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
IV. Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Capítulo III - Composição 2

Art. 6.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I. Assistência farmacêutica;
II. Assistência de enfermagem;
III. Representante da Educação;
IV. Representante da Equipe Médica;
V. Representante da Qualidade
VI. Membros convidados/consultivos.

§1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em portaria pela Diretoria.

§2.º No impedimento de qualquer dos membros, deverá ser designado um substituto que participará da reunião, com direito a voto;

§3.º Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil;

§4.º O mandato dos membros será de 02 anos, com direito à recondução, contados a partir da data de divulgação da Comissão;

§5.º Dentre os membros efetivos serão escolhidos o coordenador, vice coordenador e secretário, por consenso ou votação dos membros;

§6.º A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da Instituição;

§7.º Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais;

§8.º Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos;

§9.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas

(num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro em até sessenta (60) dias;

§10° A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito, e-mail, chamada telefônica ou por qualquer outro meio que se faça comunicar, em até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

Capítulo IV - Competências

Art. 7.° São competências da CFT:

I. Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados para a implantação de rotinas que assegurem o uso racional e seguro de medicamentos;

II. Avaliar e emitir parecer técnico sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de

III. Desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

IV. Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;

V. Propor ações educativas visando o uso racional e seguro de medicamentos;

VI. Elaborar, revisar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico da **AHBB|Rede Santa Casa** com as demais Comissões do grupo e as normas para sua aplicação;

VII. Elaborar e divulgar materiais informativos sobre o uso racional e seguro de medicamentos.

Capítulo V - Atribuições

Art. 8. ° São atribuições do coordenador:

I. Providenciar a organização da pauta das reuniões;
II. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
III. Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
IV. Representar a CFT em suas relações internas e externas;
V. Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;
VI. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;
VII. Discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão;
VIII. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
IX. Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 9. ° São atribuições do vice coordenador:

I. Representar e desenvolver as atividades do coordenador na ausência deste;
II. Colaborar com o coordenador no cumprimento dos objetivos e competências da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 10. São atribuições do secretário:

I. Registrar em ata as resoluções da Comissão;
II. Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;
III. Providenciar material bibliográfico para as reuniões;
IV. Protocolar documento em nome da Comissão;
V. Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;
VI. Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;
VII. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
VIII. Manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT.

Art. 11. São atribuições dos membros e substitutos:

I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;
II. Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo coordenador, nos prazos estabelecidos;
III. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
IV. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
V. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
VI. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções.

Art. 12. São atribuições dos membros consultivos:

I. Opinar, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;
II. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré estabelecidos.

Capítulo VI - Funcionamento

Art. 13. A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 14. A CFT reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e, extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 15. As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 16. A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 17. As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros.

Art. 18. A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário e submetidos aos

membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Art. 19. A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Art. 20. As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único.

Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 21. De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único.

Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 22. Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1.º Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito.

§ 2.º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do coordenador.

§ 3.º Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 23. Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais

internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

Parágrafo único.

Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, poderão ser consultados especialistas, inclusive de outras instituições, os quais poderão, eventualmente, participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 24. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da CPM da **AHBB|Rede Santa Casa**, para aprovação final.

§1.º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a CPM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§2.º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos, por consenso entre os membros.

Art. 25. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

Capítulo VII - Disposições finais

Art. 26. Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa** ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria dos votos em reunião convocada para esse fim.

Art. 27. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Coordenador da CFT.

Art. 29. O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Critérios e Fluxo de Trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos

A seleção de medicamentos deve objetivar:

I. Uma maior eficácia administrativa;
II. Uma resolutividade terapêutica adequada;
III. A racionalidade na prescrição;
IV. A racionalidade na utilização de fármacos;
V. A racionalização dos custos dos tratamentos
VI. Critérios Inclusão
    1. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
    2. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
    3. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
    4. Baixa toxicidade;
    5. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
    6. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;
    7. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
    8. Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
    9. Estar disponível no mercado nacional;
    10. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;
    11. Solicitação feita pelo coordenador do serviço solicitante.

Substituição

A substituição de medicamentos da lista de padronização da Unidade de Saúde justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

1. Menor risco/benefício;
2. Menor custo/tratamento;
3. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
4. Maior estabilidade;
5. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
6. Maior comodidade na administração;
7. Facilidade de dispensação.

Exclusão

As solicitações de exclusão deverão ser feitas através do preenchimento do Formulário de Solicitações de Alteração na Padronização de Medicamentos. A exclusão de medicamentos da lista de Padronização deverá seguir os critérios e ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

1. Apresenta relação risco benefício inaceitável;
2. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
3. Não apresenta demanda justificável durante os últimos doze meses.
4. Eliminar da padronização os medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
5. Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de reações adversas, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes internados;
6. Comprovar toxicidade e/ou ineficácia do fármaco.

Fluxo de Trabalho

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento da lista de Padronização, deverão ser encaminhadas à CFT pelo Serviço de Farmácia, conforme Fluxograma de Alteração na Padronização de Medicamentos), através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida;

As solicitações de inclusão ou exclusão de medicamento, devidamente encaminhadas à CFT, serão analisadas conforme Roteiro de Avaliação e Parecer Técnico e estabelecidos no formulário próprio;

A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações;

Novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

CRONOGRAMA DE COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA												
Ações	1°mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Nomeação do Membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos –												

Levantamento de Necessidades													
Levantamento de necessidade de capacitação ou execução de capacitação													
Avaliação de indicadores													

1.2.9 Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

Proposta de regimento interno da comissão de resíduos de serviços de saúde

Finalidades

Art. 1.º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos, Setor de Hotelaria, Gerência Administrativa, tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

Competências

Art. 2.º Compete à CGRSS:

I. Elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS;
II. Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;
III. Estabelecer programas de metas e atividades para o

gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV. Desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V. Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

VI. Colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII. Trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS;

VIII. Auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX. Auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X. Auxiliar os diversos setores em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS, o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas.

XIV. Composição

Art. 3.º A CGRSS será nomeada pela diretoria para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I. Enfermagem;
II. Hotelaria;
III. SCIH;
IV. SESMT;
V. Farmácia;
VI. Administrativo;
VII. Medicina;
VIII. Coletor de Resíduos;
IX. E demais membros necessários.

§ 1.º O vice-presidente e secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 2.º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3.º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4.º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.

§ 5.º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

Atribuições

Art. 4.º São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências e impedimentos legais do presidente:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
II. Coordenar os trabalhos da comissão;
III. Votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;
IV. Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;
V. Representar a CGRSS ou indicar representantes;
VI. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos;
VII. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
IX. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5.º São atribuições do secretário da comissão:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;
IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
VI. Auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;
IX. Substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6.º Compete aos integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais

integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;

III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;

IV. Requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V. Justificar ausência com antecedência;

VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII. Propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS;

IX. Substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

Funcionamento

Art. 7.º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Proposta de regimento interno da comissão de resíduos de serviços de saúde												
Ações	**1º Mês**	**2º Mês**	**3º Mês**	**4º Mês**	**5º Mês**	**6º Mês**	**7º Mês**	**8º Mês**	**9º Mês**	**10º Mês**	**11º Mês**	**12º Mês**
Nomeação do membro da Comissão												

Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Liderança												
Realização de reuniões Colaboradores												
Avaliação de indicadores												

Art. 8.º A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.

Art. 9.º As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1.º A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2.º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3.º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum", em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

§ 4.º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 10. De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 11. Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.

Art. 12. Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I. A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II. Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não

compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III. O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 13. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1.º O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2.º Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Disposições gerais

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados, em grau de hierarquia aos setores responsáveis.

Art. 15. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS.

Art. 16. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

1.2.10 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

O núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é um órgão de apoio e assessoramento a todas as Diretorias e Serviços da Unidade de Saúde. Tendo como competência definir diretrizes e ações para implantar, controlar e gerenciar os processos institucionais, bem como evidenciar os indicadores de qualidade, visando à busca pela melhoria contínua, qualidade, segurança e satisfação da assistência prestada aos pacientes.

O Núcleo da Qualidade será único e integrado com a Comissão / Núcleo de Segurança do Paciente.

O Núcleo da Qualidade atuará em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente de modo que as metodologias sejam únicas e complementares, cada qual com seu campo de atuação. Cabe ao Núcleo da Qualidade definir o modelo estruturante, implantar e capacitar. Enquanto isso, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como foco específico o tratamento das questões que envolvam diretamente a segurança do paciente assistido pela Unidade de Saúde, planejando e implementando métodos e técnicas de assistência que priorizem a segurança.

Procedimentos Técnicos Aplicáveis

A metodologia de trabalho do Núcleo permite que todos os serviços da Unidade de Saúde tenham um padrão de organização e gestão, capaz de assegurar a qualidade dos serviços prestados em qualquer dos níveis de organização.

O Núcleo tem um forte papel educativo e de integração profissional com vistas a estabelecer um ambiente de melhoria contínua entre as atividades desenvolvidas pelo Núcleo destacamos a implantação dos seguintes procedimento e ferramentas:

a) Procedimentos de Gestão de Documentos

Tem como fornece uma diretriz padronizar, normatizar, planejar, resguardar e reduzir os riscos, garantindo evidências dos processos realizados na instituição, bem como assegurar a sistemática de elaboração=, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

A Unidade de Saúde terá seu sistema de documentação estruturado com base nos conceitos abaixo apresentados. Cada serviço irá estabelecer a seguir normas técnicas e funcionais que caracterizem seu funcionamento e sejam orientadoras dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Todo documento interno

elaborado é gerenciado pelo Núcleo da Qualidade, onde serão observados os seguintes critérios;

- Elaborador: Responsável do setor/área;
- Verificador: Responsável da Qualidade;
- Aprovador: Liderança, conforme hierarquia do processo e tipo de documento;
- Distribuidor/Controlador: Responsável de Qualidade
- Todo documento terá ainda controle de codificação, versão e data para revisão. Quanto ao tipo de documento, a Unidade de Saúde usará a seguinte classificação:

MG. Manual de Gestão – Documento soberano que descreve quem é a instituição, sua identidade, aborda todo o sistema organizacional, política, diretrizes, normas de governança e considerações sobre o modelo de gestão instituído.

CN. Circular Normativa – Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente a assuntos de amplo interesse da Instituição.

RE. Regimento – Documento imposto por força de regulamentação dos órgãos oficiais, com poder normativo.

PG. Procedimentos de Gestão – Documento que descreve uma ou mais etapas de um processo corporativo, possui abrangência global, ou seja, deve ser aplicado igualmente por todas as áreas da instituição.

MT. Manual Técnico – Documento que descreve amplamente um processo (todas as suas etapas), com abrangência setorial, ou seja, aquele processo que envolve uma ou mais áreas e tem uma aplicação específica.

PC. Protocolo Clínico – Recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Orientações concisas sobre teste

diagnósticos e tratamentos que possam ser usados pelo médico no seu dia-a-dia.

PS. Protocolo de Segurança - São recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA.

IT. Instrução de Técnica – Documento que descreve atividades e se aplica a um setor/área especificamente.

FO. Formulário – Documento utilizado para a inserção de registros.

OF. Ofício – Documento de uso para comunicação externa, ou seja, de uso extra institucional.

Registro: É todo e qualquer documento que demonstre as verificações, acompanhamentos e situações específicas daquilo que efetivamente foi realizado e constatado em cada etapa do processo, também denominado de "evidência objetiva". São caracterizados como "comprovantes" de que uma respectiva tarefa/atividade foi efetivamente realizada (ofícios, guia e formulários preenchidos).

b) Procedimento de Gestão de Auditoria

Tem como diretriz verificar os fatos e evidências, avaliando o estado de conformidade do sistema de gestão frente às normas, legislações, padrões, procedimentos e políticas. Sua finalidade é gerar informações úteis e válidas para que a administração da organização analise criticamente seus processos.

Trata-se de um instrumento de aprimora mento e/ou melhoria uma vez que proporciona medidas preventivas e corretivas, tem o caráter educativo e não punitivo com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos.

c) Procedimento de Gerenciamento das Ocorrências:

Tem como diretriz registrar, investigar as causas, tratar e monitorar suas reincidências, promovendo um ciclo de melhoria continua, bem como consolidar a eficácia da política de gerenciamento de risco.

d) Procedimento de Gestão de Análise Crítica de Desempenho:

Tem como diretriz a utilização de indicadores, cujo objetivo é gerenciar, controlar, monitorar e avaliar os resultados institucionais analisando a necessidade de ações de melhoria, utilizando referências externas e literárias quando necessário. Garantir a análise crítica e a implementação de ações corretivas e preventivas, para alcance dos resultados. Garantir o alinhamento e consolidação dos indicadores de acordo com os objetivos estratégicos da instituição e suas exigências contratuais.

e) Gerenciamento de Processo:

Tem como diretriz mapear, monitorar, mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, busca atender necessidades e expectativas das partes interessadas. Realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

f) Ferramentas de Gestão de Qualidade:

Tem como finalidade definir, mensurar analisar e monitorar os problemas, promovendo facilidade e efetividade de decisões. Para garantia a evidência de ciclos de melhoria continua deverá ser utilizada as seguintes ferramentas:

- **PDCA** (Plan-Planejar, Do-Executar, Check-Verificar, Act-Agir/Padronizar); É um método de gerenciamento de processos que contribui para alcance das metas visando melhoria contínua.
- **5W2H** (What – O que, Who – Por que, Where – Onde, When – Quando, Who – Por quem, How – Como, How Much – Quanto custará); sistemática do plano de ação que permitirá que

determinadas ações desenvolvidas com máximo de clareza possível pelos colaboradores.

- **Diagrama de causa e efeito** (ISHIKAWA ou 6ms): Ferramenta utilizada para analisar criteriosamente as causas potenciais de um problema. Promover exatidão no planejamento das ações para solucionar o problema e permitir agrupar a visualização das várias causas que estão na origem do problema ou resultado que se pretende melhorar.

Regimento interno do núcleo da comissão de qualidade e segurança do paciente

CAPÍTULO 1 - Princípios e diretrizes gerais

Art. 1º O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2º O NSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

- ✓ Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- ✓ Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- ✓ Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.
- ✓ Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.
- ✓ Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

- ✓ Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente – Brasília: Anvisa, 2015.
- ✓ Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n° 05/2019 - Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

CAPÍTULO II - Natureza e objetivos

Art.3° O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada à **AHBB|Rede Santa Casa**

Art. 4° O NSP tem por finalidade assessorar a diretoria estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais das unidades, de forma a fortalecer a gestão hospitalar e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III - Das prerrogativas e competências

Art. 5° São princípios do NSP:

- ✓ A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- ✓ A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- ✓ A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- ✓ A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

- ✓ A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- ✓ A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;
- ✓ Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- ✓ Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NSP:

- ✓ Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- ✓ Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Segurança do Paciente;
- ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- ✓ Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- ✓ Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- ✓ Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- ✓ Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- ✓ Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- ✓ Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA,

realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade.

- ✓ Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- ✓ Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- ✓ Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- ✓ Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- ✓ Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- ✓ Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

- ✓ Apoiar a Sede da **AHBB|Rede Santa Casa** no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- ✓ Participar de eventos e demais ações promovidas pela **AHBB|Rede Santa Casa** Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Superintendência quanto ao NSP:

- ✓ Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;
- ✓ Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;
- ✓ Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NSP;
- ✓ Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a superintendência deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas do hospital

CAPÍTULO IV - Da composição

Art.8º O NSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria, seguindo as Diretrizes do Serviço de Qualidade Hospitalar/Coordenadoria da Gestão de Qualidade Hospitalar que determina que o NSP deva ser composto, minimamente, por:

- Um representante da Diretoria;
- Um médico representante do Corpo Clínico
- Um representante da Equipe Multiprofissional
- Um enfermeiro representante da Enfermagem;

- Um farmacêutico representante da Farmácia;
- Um representante do Setor de Gestão da Qualidade que coordenará o Núcleo
- Um representante da Gerência Administrativa;

Art.9º Os membros do NSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa**, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

- Por iniciativa própria.
- Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.
- A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

CAPÍTULO V - Dos deveres e responsabilidades

Art. 10 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

- ✓ Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- ✓ Proteção à identidade do notificador;
- ✓ Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- ✓ Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes da Unidade ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Diretoria da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 13 As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- Coordenar as discussões;
- Produzir e expedir documentos;
- Distribuir tarefas;
- Conduzir os trabalhos; e
- Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14 O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

CAPÍTULO VI - Do mandato

Art. 15 O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria

CAPÍTULO VII - Do funcionamento

Art. 16 O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente. Haverá reuniões dos subgrupos, também de frequência mensal.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador das Unidades.

Regimento interno do núcleo da comissão de qualidade e segurança do paciente												
Ações	**1º Mês**	**2º Mês**	**3º Mês**	**4º Mês**	**5º Mês**	**6º Mês**	**7º Mês**	**8º Mês**	**9º Mês**	**10º Mês**	**11º Mês**	**12º Mês**
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Realização de Reuniões com a Liderança												

Realização de reuniões com demais Comissões												
Avaliação de indicadores												

Art. 17 As reuniões do NSP são agendadas mensalmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18 O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19 O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NSP.

Art. 20 As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII - Das deliberações e recomendações

Art. 21 As deliberações do NSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NSP

CAPÍTULO IX - Do suporte ao funcionamento

Art. 22 - O apoio administrativo ao NSP será realizado pelo secretário da **AHBB|Rede Santa Casa** e na ausência deste poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23 - São consideradas atividades administrativas:

Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;

Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NSP da **AHBB|Rede Santa Casa** usará a estrutura física da Qualidade para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X - Das reuniões

Art. 24 - Quando as reuniões do NSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro funcionário para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25 - Quando as reuniões do NSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26 - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NSP nas reuniões.

CAPÍTULO XII - Das disposições finais

Art. 27 - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28 - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Diretor.

Art. 29 - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Segurança do Paciente

Segurança do Paciente é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma as alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. Portanto, por haver processos assistenciais na Unidade, criar um Núcleo de Segurança conforme determina a RDC 36 de 25 de julho de 2013 irá permitir que sejam estabelecidas estratégias e ações de gestão de risco, baseadas no perfil da Unidade.

No Plano de Segurança do Paciente a ser estruturado pelo Núcleo de Segurança haverá o respeito a Classificação Internacional de segurança do paciente, que foi desenvolvida com o objetivo de categorizar a informação sobre segurança do paciente utilizando um conjunto de conceitos padronizados, tonando possível a comparação, medição monitorização, análise e interpretação da informação internacionalmente.

Tanto a classificação, os tipos e as caracterizações dos Incidentes que possam vir a ocorrer dentro da Unidade quanto a classificação do grau do dano gerado pelo incidente são conceitos pré-estabelecidos, que podem, respeitando a estrutura da Unidade, ser implantados e gerenciados. Estes conceitos conseguem trazer todas as características do incidente à tona, e mais ainda, permitem sua análise e fundamentação para melhorias no sentido de diminuir os riscos de novos incidentes. Esta Gestão de Risco está incorporada ao Modelo Assistencial a ser implementado na Unidade.

A grande função desta Gestão de Risco, parte da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) é poder descrever o incidente em uma categoria específica, bem como descrever o que ele causou ao paciente, ou seja, é dar as características que dão o "diagnóstico" do incidente, bem como "repercussão clínica".

Diante dos incidentes e suas respectivas consequências para o paciente, serão estabelecidas as melhores ferramentas para sua análise e certamente medidas de prevenção.

Os profissionais das Unidade devem ser sensibilizados a ter participação ativa no delineamento do Plano de Segurança do Paciente institucional especialmente quanto às 06 metas internacionais, que também são foco do Programa Nacional de Segurança do Paciente:

- Identificação Corretamente do Paciente;
- Melhorar a Comunicação entre profissional;
- Melhorar a Segurança na Prescrição, no uso e na administração de Medicamento;
- Assegurar Cirurgia em local de Intervenção, procedimento e paciente correto;
- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- Reduzir o Risco de Queda e Úlceras Por Pressão.

Essas Metas nortearão a gestão de riscos na Unidade.

Programa de Trabalho

Optamos por apresentar as ações dos serviços em núcleos relacionados acima. Esclarecemos ainda que os prazos de execução estão apresentados junto às ações de cada serviço, no mesmo item. Assim sendo o que será apresentado a seguir refere-se especificamente aos serviços administrativos e técnicos compartilhados, que darão sustentação ao modelo de gestão com foco na qualidade das ações assistenciais.

1.2.11 Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)

CAPÍTULO I – Natureza, Finalidade e Bases Legais

Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância epidemiológica, contemplando doenças de notificação compulsória (DNC) e demais agravos de interesse em saúde pública, no âmbito da AHBB | Rede Santa Casa.

Art. 2º O NVE possui natureza **consultiva** e **deliberativa**, de caráter **permanente**, regido por este Regimento, pelas normas internas da AHBB | Rede Santa Casa e pelas bases legais vigentes, notadamente a Portaria GM/MS nº 204/2007, Portaria GM/MS nº 1.271/2014, Lei nº 6.259/1975, Decreto nº 78.231/1976, bem como as Portarias estaduais e municipais aplicáveis.

CAPÍTULO II – Competências

Art. 3º Compete ao NVE:

1. Estudar e propor medidas de prevenção e controle das DNC e seus agravos.
2. Implantar e manter fluxos organizacionais de notificação, investigação e encerramento de casos, garantindo infraestrutura e recursos junto à administração.
3. Estimular estudos, debates e treinamentos com lideranças para aperfeiçoar processos.
4. Gerar e divulgar indicadores epidemiológicos, subsidiando decisões gerenciais.
5. Implantar sistema de **busca ativa** e **passiva** de casos em unidades assistenciais, laboratório e prontuários.

6. Notificar e investigar DNC no **SINAN**, alimentando também o **SIM** e demais sistemas oficiais.
7. Elaborar informes e notas técnicas em conformidade com Ministério da Saúde, SES e SMS.
8. Desenvolver processo de trabalho integrado a setores estratégicos (CME, CCIH, Pronto-Socorro, Laboratório, etc.) para monitoramento de casos e surtos.
9. Monitorar taxa de morbimortalidade hospitalar, avaliando protocolos clínicos específicos.
10. Promover treinamento continuado para profissionais, fortalecendo a cultura de notificação.

CAPÍTULO III – Composição

Art. 4º O NVE será composto, minimamente, por:

- **Coordenador(a)** (nível superior – preferencialmente Enfermeiro Epidemiologista ou Médico Epidemiologista);
- **Enfermeiro(a)**;
- **Médico(a)**;
- **Assistente Administrativo(a)**.

§1º Os membros serão nomeados pela Superintendência mediante ato formal.

§2º A equipe será **multidisciplinar**, com dimensionamento proporcional à complexidade assistencial e carga de trabalho epidemiológica.

CAPÍTULO IV – Atribuições

Art. 5° – Atribuições Gerais dos Membros

- Implantar e operar sistemas de **busca ativa** de casos e óbitos.
- Notificar imediatamente DNC conforme fluxos vigentes.
- Investigar casos e surtos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
- Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas.
- Manter integração com setores estratégicos para acesso rápido às informações.
- Monitorar, avaliar e divulgar perfil de morbimortalidade.
- Alimentar rotineiramente **SINAN**, **SIM** e planilhas institucionais.

Art. 6° – Atribuições do(a) Coordenador(a)

1. Planejar, organizar e gerenciar o Núcleo.
2. Coordenar a equipe multiprofissional e distribuir atribuições.
3. Implantar e avaliar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas às DNC.
4. Promover educação permanente.
5. Convocar e presidir reuniões ordinárias e extraordinárias.
6. Representar o NVE junto à Gestão Superior e órgãos externos.
7. Garantir cumprimento deste Regimento.

Art. 7° – Atribuições do(a) Enfermeiro(a)

- Realizar busca ativa de DNC em prontuários e unidades.
- Notificar e investigar DNC no **SINAN**.
- Supervisionar completude das fichas e encaminhamento ao SMS.

- Orientar equipes assistenciais sobre medidas de precaução e isolamento.

Art. 8° – Atribuições do(a) Médico(a)

- Participar da investigação de surtos e interrupção de cadeia de transmissão.
- Definir medidas de isolamento, profilaxia e coleta de material.
- Incentivar necropsias ou coleta de amostras em óbitos de causa desconhecida.
- Capacitar médicos assistenciais sobre notificação e manejo clínico de DNC.

Art. 9° – Atribuições do(a) Assistente Administrativo(a)

- Agendar e secretariar reuniões, redigir atas e documentos.
- Manter arquivo físico e digital de notificações, relatórios e correspondências.
- Alimentar planilhas de controle diário e sistemas oficiais.
- Organizar eventos e treinamentos.

CAPÍTULO V – Funcionamento

Art. 10 Horário de funcionamento: **segunda a sexta, 07h–17h**; finais de semana/feriados – plantão à distância.
Art. 11 Reuniões ordinárias mensais; extraordinárias convocadas conforme necessidade, com antecedência mínima de 48 h.
Art. 12 Quórum mínimo: maioria simples dos membros.
Art. 13 Faltas injustificadas em duas reuniões consecutivas implicam desligamento.
Art. 14 Ata será lavrada em cada reunião e arquivada em pasta própria.

CAPÍTULO VI – Cronograma de Implantação (12 meses)

Ações-Chave	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Nomeação da Equipe (Portaria)	X											
Reuniões Ordinárias do NVE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mapeamento de Fluxos & Ferramentas		X	X									
Implantação de Sistema de Busca Ativa		X	X	X								
Capacitação de Equipes Assistenciais		X	X	X				X				X
Início das Notificações em Tempo Real			X									
Alimentação Diária SINAN/SIM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento de Indicadores			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emissão de Informes Epidemiológicos			X		X			X		X		X

Auditoria Interna de Processos						**X**						**X**
Avaliação Crítica & Revisão de Protocolos						**X**			**X**			**X**
Relatório Anual Consolidado												**X**

CAPÍTULO VII – Disposições Finais

Art. 15 O NVE observará, além deste Regimento, a legislação brasileira pertinente e as normas internas da AHBB | Rede Santa Casa. Assuntos operacionais específicos serão detalhados em Manual de Normas e Rotinas e/ou POPs próprios.

Art. 16 Este Regimento poderá ser alterado, total ou parcialmente, por proposta de qualquer membro, aprovada em reunião extraordinária convocada para tal fim.

Art. 17 Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação na Intranet AHBB.

1.2.12 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

CAPÍTULO I – Denominação, Finalidade e Bases Legais

Art. 1º O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa responsável por monitorar, regular e otimizar o fluxo assistencial do paciente desde o ingresso na instituição até a alta hospitalar, atuando como interface entre as Centrais de Regulação externas e as Unidades Assistenciais da AHBB | Rede Santa Casa.

Art. 2º O presente Regimento disciplina a estruturação, o funcionamento e as competências do NIR, em conformidade com a legislação vigente, em especial: Portaria MS nº 1559/2008,

Portaria MS nº 2395/2011 (alterada pela Portaria nº 2809/2012), Portaria GM/MS nº 3390/2013, Resolução CFM nº 2156/2016, Portaria GM/MS nº 008/2015 e demais normas correlatas.

CAPÍTULO II – Objetivos

Art. 3º São objetivos do NIR:

1. Fortalecer o processo de regulação assistencial, assegurando o adequado acesso do paciente aos leitos e serviços da AHBB | Rede Santa Casa.
2. Qualificar e disponibilizar informação fidedigna sobre a situação de leitos e exames, embasando a tomada de decisão gerencial.
3. Monitorar tempos de permanência, listas de espera cirúrgica e fluxos assistenciais, identificando gargalos e propondo melhorias.
4. Elaborar, implantar e monitorar protocolos de regulação de leitos e exames.

CAPÍTULO III – Princípios e Diretrizes

I. Eficiência e transparência na gestão dos recursos assistenciais.
II. Humanização e equidade no acesso ao serviço de saúde.
III. Integração multiprofissional e articulação intersetorial.
IV. Melhoria contínua mediante uso sistemático de indicadores e auditorias.

CAPÍTULO IV – Competências do NIR

Art. 4º Compete ao NIR:

- Disponibilizar, diariamente, o censo de leitos à Central de Regulação competente (Sistema CROSS ou equivalente).
- Capacitar unidades assistenciais nos fluxos de regulação e nos critérios de admissão/alta.

- Monitorar indicadores — taxa de ocupação, tempo médio de permanência, tempo de espera por internação e cirurgia eletiva — gerando relatórios mensais para instâncias colegiadas.
- Implantar instrumentos de auditoria para identificação de inconformidades.
- Elaborar e atualizar Protocolos Internos de Regulação, em conjunto com Diretoria Técnica.

CAPÍTULO V – Composição

Art. 5° O NIR terá composição multiprofissional mínima de:

- 01 Coordenador de nível superior;
- 01 Médico Regulador;
- 01 Enfermeiro Regulador;
- 01 Profissional Administrativo;
- 01 Assistente Social;
- Consultores *ad hoc* quando necessário.

As indicações serão homologadas pela Diretoria-Executiva da AHBB | Rede Santa Casa.

CAPÍTULO VI – Atribuições Específicas

Seções detalhadas de atribuições para Coordenador, Médico Regulador, Enfermeiro Regulador, Administrativo e Assistente Social permanecem conforme versão vigente 1 (doc. 003.02.01.001 v1) e são ratificadas por este Regimento.

CAPÍTULO VII – Funcionamento

Art. 6º O NIR reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que convocado pelo Coordenador ou por, pelo menos, 1/3 dos membros. O quórum mínimo é maioria simples.

Art. 7º As decisões serão preferencialmente por consenso; em caso de votação, prevalecerá a maioria simples, cabendo voto de desempate ao Coordenador.

CAPÍTULO VIII – Mandato

Art. 8º O mandato dos membros é de 2 (dois) anos, permitida recondução, observado ato formal da Diretoria.

CAPÍTULO IX – Deveres e Responsabilidades

I. Manter sigilo das informações institucionais e dos pacientes.
II. Evitar conflitos de interesse, declarando-os quando existirem.
III. Participar ativamente das reuniões e ações planejadas.
IV. Zelar pela integridade da imagem institucional.

CAPÍTULO X – Suporte Administrativo

Seguirá a estrutura física e administrativa do Serviço de Qualidade, responsável pela guarda de documentos, atas e relatórios.

CAPÍTULO XI – Plano de Implantação e Cronograma

Ações Principais	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Nomeação da Equipe do NIR	**X**											

Reuniões Ordinárias do NIR	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Levantamento de Necessidades de Treinamento		**X**										
Capacitação da Equipe e Unidades Assistenciais		**X**	**X**	**X**				**X**				**X**
Elaboração/Validação de Protocolos & Fluxos		**X**	**X**	**X**			**X**				**X**	
Implantação de Indicadores de Regulação			**X**									

Monitoramento Mensal de Indicadores			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões com Lideranças Setoriais		X			X			X			X	
Auditoria Interna dos Processos de Regulação						X						X
Avaliação Crítica & Revisão de Protocolos						X			X			X
Relatório Consolidado Anual de												X

Desempenho												

CAPÍTULO XII – Disposições Finais

Art. 9º Este Regimento poderá ser alterado, total ou parcialmente, por proposta de qualquer membro do NIR, aprovada em reunião específica, com quórum mínimo de 2/3 dos membros.

Art. 10 Os casos omissos serão resolvidos em reunião extraordinária do NIR, ad referendum da Diretoria-Executiva.

Art. 11 O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação na Intranet AHBB.

1.2.13 Comissão de Óbito Materno, Infantil e Fetal

CAPÍTULO I – Da Instituição e Finalidade

Art. 1º A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB | Rede Santa Casa institui a Comissão de Óbito Materno, Infantil e Fetal, de acordo com as prerrogativas legais, e aprova o presente Regimento Interno, que organiza e estabelece as normas para seu funcionamento.

Art. 2º A Comissão de Óbito Materno, Infantil e Fetal tem a finalidade de esclarecer as circunstâncias dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e propor ações estratégicas para melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade.

CAPÍTULO II – Dos Objetivos

Art. 3º A Comissão tem como objetivos:

I. Investigar os óbitos maternos, infantis e fetais, propondo ações para redução da mortalidade.
II. Elaborar políticas e capacitações para reduzir os óbitos e melhorar a assistência.
III. Avaliar periodicamente as causas dos óbitos e as ações implementadas para redução da mortalidade.
IV. Fomentar a articulação e integração de entidades e profissionais para ações interinstitucionais que previnam novos óbitos.

CAPÍTULO III – Das Atribuições

Art. 4º São atribuições da Comissão:

I. Realizar a investigação dos óbitos, incluindo análise de óbitos evitáveis e inevitáveis.
II. Propor ações preventivas e corretivas, com vistas à redução da mortalidade.
III. Elaborar propostas para políticas públicas direcionadas à redução da mortalidade materna, infantil e fetal.
IV. Promover ações educativas e de capacitação para as equipes de saúde e a comunidade.
V. Consolidar e divulgar relatórios estatísticos sobre óbitos e nascimentos, com os dados da AHBB | Rede Santa Casa.

CAPÍTULO IV – Caracterização e Composição

Art. 5º A Comissão será composta por representantes das entidades, serviços e setores envolvidos diretamente nas questões de saúde materno-infantil, sendo seus membros nomeados formalmente.

§ 1º A Comissão deverá ser formada por profissionais de áreas-chave, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais de saúde com expertise relevante.
§ 2º Cada entidade representada na Comissão deverá indicar um representante titular e um suplente, para garantir a presença nas reuniões.

CAPÍTULO V – Da Apresentação e Funcionamento

Art. 6º A Comissão receberá apoio técnico e administrativo da AHBB | Rede Santa Casa, por meio do Departamento competente.

Art. 7º As reuniões ordinárias da Comissão serão realizadas conforme calendário aprovado na primeira reunião do ano, sendo realizadas ao menos uma vez por bimestre.

Art. 8º A Comissão poderá reunir-se extraordinariamente conforme convocação do Presidente ou por solicitação de qualquer um de seus membros.

Art. 9º O mandato dos membros será de 2 anos, podendo ser reconduzido pela Instituição ou Entidade.

Art. 10º Cada Entidade deverá indicar seus representantes, titular e suplente, conforme a formalização da correspondência específica.

CAPÍTULO VI – Da Organização e Funcionamento

Art. 11º A mesa diretora da Comissão será composta por:

Presidente

Vice-Presidente

Secretário

Membros

Art. 12º O Presidente competirá convocar e presidir as reuniões, cumprir o Regimento e representar a Comissão oficialmente.

Art. 13º O Vice-Presidente substituirá o Presidente nos seus impedimentos e auxiliará nas funções administrativas.

Art. 14º O Secretário será responsável por manter as correspondências, lavrar atas, controlar as presenças e organizar os documentos da Comissão.

Art. 15º Os membros da Comissão deverão comparecer às reuniões e exercer as atribuições previstas no Regimento.

CAPÍTULO VII – Disposições Gerais e Transitórias

Art. 16º A mesa diretora será eleita por maioria simples entre os membros titulares, com mandato de dois anos.

Art. 17º A Comissão poderá revisar ou atualizar este Regimento, conforme necessidade, com aprovação de 2/3 de seus membros.

Art. 18º Os casos omissos serão resolvidos pelos membros em reunião da Comissão.

Art. 19º Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições anteriores.

CAPÍTULO VIII – Cronograma de Implantação (12 meses)

Ações Principais	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês

Nomeação dos Membros da Comissão	**X**											
Reuniões Ordinárias da Comissão (Calendário Anual)	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Capacitação da Equipe da Comissão	**X**	**X**										
Levantamento de Causas de Óbitos e Propostas de Ação	**X**	**X**	**X**									
Análise e Classificação dos Óbitos (Evita/ Inevitáveis)		**X**	**X**	**X**								
Propostas de Ações Preventivas e Corretivas			**X**	**X**	**X**							
Implementação de Políticas Públicas e Educativas				**X**	**X**	**X**						
Monitoramento de					**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Ações Implementadas												
Consolidado Estatístico de Óbitos e Nascimentos						**X**						

1.2.14 Comissão de Educação Continuada e Permanente

DA FINALIDADE

Art. 2° A Comissão de Educação Continuada e Permanente terá como finalidades, assessorar os enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos nas questões relacionadas à educação permanente pelos processos de aprendizagem no trabalho. A partir da sua reflexão, levantando problemas e necessidades de natureza pedagógica, em que as estratégias de enfretamento acontecem preferencialmente nos ambientes de trabalho. Uma das finalidades da Educação Continuada e Permanente é impulsionar a aprendizagem favorecendo a articulação entre a Educação e os trabalhadores, ampliando a capacidade resolutiva dos serviços. A comissão atura na garantia da participação dos profissionais em todos os procedimentos a serem realizados.

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A CECP será constituída por membros ativos da AHBB

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4° A Comissão de Educação Continuada e Permanente deverá ser composta por profissionais ativo da instituição, que serão formalmente designados:

I. Quatro membros indicado pela Diretoria Administrativa e Assistencial, 01 (um) como Presidente, 01 (um) Vice Presidente, 01 (um) Secretário, 01 (um) Vice-Secretário e membros da comissão:

- Representante da Enfermagem
- Representante da Farmácia
- Representante médico
- Representante do RH
- Representante operacional

Parágrafo único – O Presidente e vice-presidente deverá ser representando especificamente por um Médico da Equipe.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente:

I. Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente dos profissionais

II. Aplicar e desenvolver os conceitos no planejamento, padronização e definição de práticas educacionais a todos os profissionais da assistência

III. Convocar e presidir as reuniões;

IV. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

V. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

VI. Fazer cumprir o regimento.

VII. Convocar membro convidado

Art. 6º Compete ao Secretário e Vice-Secretário:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Redigir documentos que serão aplicados

III. Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

V. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

VI. Organizar e manter o arquivo da comissão, junto ao setor de qualidade

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

Art. 6º Compete aos Membros:

I. Participar das reuniões;

II. Redigir documentos como pops, protocolos

III. Auxiliar na educação permanente;

IV. Realizar conjuntamente com a Comissão a auditoria quanto aos profissionais

V. Ação contínua de treinamentos e orientações junto aos profissionais

VI. Contribuir na verificação e elaborações dos treinamentos

DA AUDITORIA INTERNA

Art. 7º O órgão de Qualidade da AHBB|Rede Santa Casa, vincula-se diretamente ao Conselho de Administração, e terá suporte administrativo da Diretoria da AHBB|Rede Santa Casa, que proverá os meios e condições necessários à execução das suas competências.

§ 1° A Auditoria Interna é uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores da entidade, no acompanhamento da execução dos programas, visando comprovar o nível de execução das metas, o alcance dos objetivos e a adequação do gerenciamento;

§ 2° A Auditoria Interna recebe orientação normativa e supervisão técnica do Sistema de Controle Interno.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da CECP em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria.

REFERÊNCIAS

Não se aplica

Comissão de Educação Continuada e Permanente												
Ações	**1º mês**	**2º mês**	**3º mês**	**4º mês**	**5º mês**	**6º mês**	**7º mês**	**8º mês**	**9º mês**	**10º mês**	**11º mês**	**1 m**
Proposta dos membros da Comissão												
Eleições dos Membros da Comissão												

Reuniões Mensais conforme Demanda												

- O Cronograma pode ser alterado de acordo com a necessidade encontrada na unidade.

1.2.15 Comissão De Humanização

Regimento Interno

Capítulo I

Disposições preliminares, objetivos e características

Art. 1.º A Comissão de Humanização é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender no âmbito da saúde, uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2.º A CH visa:

I- Atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II - Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

II - Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

Art. 3. ° São objetivos da CH:

1 - Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

II - Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários;

II - Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde:

IV-Fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes nas UNIDADE;

V - Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área:

VI - Buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:

a) redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

b) atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

c) implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;

d) garantia dos direitos dos usuários;

e) valorização do trabalho na saúde:

f) gestão participativa nos serviços.

Capítulo II

Competências

Art. 4.º A CH terá as seguintes competências:

I - Estabelecer estratégias de promoção e implementação da cultura de humanização entre gestores, trabalhadores e usuários da UNIDADE;

II - Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

II - Examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV - Liderar o processo de humanização;

V - Buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes unidades da AHBB;

VI - Promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de humanização a serem desenvolvidas;

VII - Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII - Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX - Estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

Capítulo III

Composição e Mandato

Art. 5° A CH é constituída por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da superintendência com representantes das seguintes áreas:

I-Ouvidoria;

II - Divisão de Enfermagem;

IM-Superintendência;

IV-Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V- Divisão Médica:

VI - Segurança do Trabalho;

VII - Usuários

VII- Demais categorias atuantes da UNIDADE;

Parágrafo único. Outros representantes das demais categorias atuantes poderão participar como membros consultivos da CH, quando acionados.

Art.6. ° O coordenador e o vice coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7. Após a eleição, o coordenador e o vice indicarão dois secretários, cujos mandatos terão a duração de seus respectivos mandatos.

Capitulo IV

Atribuições

Art. 11. São atribuições do coordenador:

I - Coordenar as atividades de promoção de humanização;

II - Convocar e presidir as reuniões da CH, dando execução às respectivas deliberações;

III - Representar oficialmente a CH.

Art. 12. São atribuições do vice coordenador:

I - Assessorar o coordenador:

II - Assumir as funções do coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);

II - Comparecer às reuniões da CH, proferir votos ou pareceres:

IV - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

V - Requerer votação de matéria em regime de urgência.

Art. 13. São atribuições dos demais membros da comissão:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

II - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo coordenador.

Art. 14. Caberá ao secretário da comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes:

II - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão:

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII - Elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII - Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - Realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao serviço.

Art. 15. As reuniões ordinárias da CH serão realizadas mensalmente, em dia e hora previamente agendados com antecedência mínima de cinco dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou a pedido de qualquer membro da comissão com antecedência mínima de três dias úteis.

Art. 16. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

Art. 18. As faltas permitidas aos participantes não poderão exceder o número de três, no período de 12 meses.

Parágrafo único. Ocorrendo faltas, conforme disposto no caput, o participante será excluído da comissão

Capítulo V

Disposições Finais

Art. 19. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 20. Este regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 21. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 22. Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Cronograma Anual de Atividades

Comissão de Humanização												
Ações	**1° Mês**	**2° Mês**	**3° Mês**	**4° Mês**	**5° Mês**	**6° Mês**	**7° Mês**	**8° Mês**	**9° Mês**	**10° Mês**	**11° Mês**	**12° Mês**
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de necessidades												
Avaliação de indicadores												

O presente documento tem como objetivo recomendar rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas na **AHBB|Rede Santa Casa**, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede. A escolha de rol mínimo de atividades para a humanização nas unidades gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, assim como já realizado com a vigilância em saúde e a segurança do paciente, faz-se necessária para que sejam harmonizadas as práticas de uma mesma rede, o que tende a potencializar os resultados. Esta diretriz contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que possibilite a publicação de novas diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade e, assim, possam gradativamente implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar.

Vale salientar que diversos hospitais que compõem a **AHBB|Rede Santa Casa** já possuem trabalhos em humanização, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede. Por outro lado, definiu-se como necessária a adição de um documento formal a essas ricas experiências, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários.

A ampliação das atividades para além das aqui propostas são incentivadas. As unidades têm autonomia para implementar novas ações. Desta forma, esperamos que este documento, seja orientador e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado, quando estiverem prestando seus

atendimentos nas Unidades de Saúde gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**.

A **AHBB|Rede Santa Casa** se inspira na Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam nossas políticas são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento.

A humanização deve ser abrangente, deve atingir todos os setores das Unidades de Saúde. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável. A **AHBB|Rede Santa Casa** trabalha com a

identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação.

Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas têm o tratamento adequado, a fim de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição.

Todas nossas ações buscam estar em consonância com os princípios da PNH: transversalidade; indissolubilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Propõe como método a gestão participativa e cogestão, que se apresenta como um "tríplice inclusão", incluindo sujeitos, coletivos para produzir mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão, as quais decorreriam da "produção de plano e ação comum" entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

A partir destes pressupostos, as ações da **AHBB|Rede Santa Casa** são centradas no trabalho em equipe, na construção coletiva que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Os profissionais de saúde são orientados a trabalhar em conjunto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa, auxiliando assim os usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. A assistência é coordenada e adaptada às necessidades do indivíduo.

Ações e dispositivos preconizados pela PNH adotados pela **AHBB|Rede Santa Casa**:

1. Grupo de Trabalho de Humanização
2. Visita aberta e direito ao acompanhante

3. Sistemas de escuta qualificada
4. Desospitalização
5. Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco
6. Carta de direitos dos usuários do SUS
7. Ambiência
8. Valorização dos trabalhadores
9. Brinquedoteca
10. Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

Um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é constituído nos hospitais gerenciados pela **AHBB|Rede Santa Casa**, que realiza trabalho pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, na presente Diretriz e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio.

O GTH é um "espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a ser uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde".

A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde. O grupo é conhecimento por todos os colaboradores, terceiros e fornecedores, bem como o pelo público. É preparado por treinamentos e cursos a fim de fomentar discussões específicas e transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Unidade de Saúde, por meio de reuniões que

permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados.

Em suas reuniões, estão sempre abertos a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais. As reuniões são mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da unidade, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas. O GTH reporta-se diretamente à Diretoria da Unidade. Subgrupos podem ser constituídos temporariamente, com intuito de elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, além de preparar temas para serem apresentados ou divulgar trabalhos na instituição.

Ações desenvolvidas pelo GTH podem se caracterizar na realização de diagnósticos da situação hospitalar quanto aos serviços humanizados, na investigação dos principais pontos críticos para o funcionamento de cada um deles e no desenvolvimento e implantação de projetos operacionais de atividades de humanização.

Essas intervenções são significativas para possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura democrática, solidária e crítica, pondo em vista a avaliação dos projetos da unidade, de acordo com a Política Nacional de Humanização, além de difundir os princípios norteadores da PNH.

Alguns dos objetivos do GTH visam dar apoio e estímulo as ações humanitárias dentro do hospital, fomentando a gestão de participação no quesito educação permanente dos trabalhadores, o que contribui para a melhoria do atendimento e do acolhimento.

Além disso, o GTH amplia a comunicação entre a unidade, os grupos e a comunidade para que exista uma evolução nos debates, buscando o aprimoramento dos serviços prestados, incentivando o trabalho em grupo e a qualidade na produção de saúde.

Esse incentivo gera a divulgação sobre o direito que os usuários possuem nas diversas fases dos cuidados, desde a recepção até a alta, dispondo também a respeito dos acompanhantes, oferecendo-lhes um ambiente adequado.

A intervenção para a melhora dos processos de trabalho oferece o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão para promover o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Dessa forma, auxilia na diminuição das filas e do tempo de espera e, por fim, viabiliza reflexões sobre a dinâmica das equipes de trabalho acerca de todo o processo de humanização.

Além disso, oferecemos e realizamos a implantação de novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar gestores, profissionais de saúde e usuários. É primordial, portanto, que seja promovida a horizontalização da gestão a fim de criar alternativas e soluções que auxiliem na melhoria do atendimento oferecido pelos serviços, incentivando a troca de experiências, conhecimentos e pesquisas.

Visita Aberta e Direito ao Acompanhante

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz. Na Portaria GM/MS nº 3.39012, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como: "o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio".

A PNOSP ainda coloca que:

> *"Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos*

> *visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.*"

Já o acompanhante é descrito no documento humaniza SUS como

> *"um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde"*

Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação. Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional. Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 da lei n° 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente. O direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 da lei n° 10.741/03 - Estatuto do idoso. Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 20/05/16.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós parto e a utilização de analgésicos.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei 13.146, de 06 de julho de 2017. Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na lei n° 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

A Unidade de Saúde como um espaço de construção da autonomia do autocuidado: O espaço hospitalar conduzido por profissionais que valorizam o cuidado centrado no paciente, tem o potencial de induzir o usuário e, assim como a seus familiares, a reproduzirem as atitudes e os comportamentos recomendados pela equipe de saúde. Essa atitude também orienta a família a transformar a residência em um ambiente ajustado à situação do usuário.

As necessidades apresentadas reforçam a importância da rede social para a recuperação e continuidade da saúde do indivíduo. Com a inserção da família e do grupo social no cuidado, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao usuário.

A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, em alguns casos pode até mesmo tornar desnecessárias as medidas de "reinserção social".

Visitantes e Acompanhantes

A demanda de visitantes e de acompanhantes não será estimada apenas pela equipe de saúde. Quando exequível, a autorização de visitas e acompanhantes irá respeitar o desejo do usuário e seguir as necessidades específicas de cada contexto familiar.

Usuários inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares, sendo assim, convidamos as nossas lideranças e equipes de saúde para que reflitam a respeito dos horários de visita estabelecidos em unidades de cuidados a pacientes críticos.

Indígenas hospitalizados, com frequência, necessitam de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais, que envolvem significados etnomédicos e também religiosos. Para os usuários em condições de locomoção deve ser verificada a possibilidade de receber os visitantes fora do leito, assim como, conferida a adequação do espaço para a inclusão do acompanhante.

Cabe ressaltar que, no momento da visita, um integrante da equipe responsável pelo usuário deve estar presente, visto que a presença de visitantes e acompanhantes não pode comprometer a segurança do paciente e nem mesmo atravessar os limites éticos ou legais. Sendo assim, o processo de implantação e implementação desse dispositivo exige planejamento e monitoramento, para que os profissionais estejam preparados para receber e orientar os visitantes e acompanhantes.

Escuta Qualificada

As unidades da **AHBB|Rede Santa Casa** possuem sistemas de escuta qualificada para seus usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

A Ouvidoria é uma forma de sistema escuta qualificada, visto que Ouvidoria em Saúde se constitui em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados.

Essa visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS. É fundamental que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando garantir aos usuários a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Para isso, faz-se necessário possuir esse sistema com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos, sendo eficaz na busca de soluções, preservando a imagem da unidade e reduzindo a exposição ao litígio.

Outra forma de sistema de escuta qualificada é a pesquisa de satisfação, amplamente utilizada pela **AHBB|Rede Santa Casa** em

unidades por ela gerenciadas. A satisfação do usuário é uma avaliação positiva individual, que considera as percepções do sujeito em relação às suas expectativas, valores e desejos.

Com vistas a avaliar a qualidade em saúde e contribuir na implementação da Política Nacional de Humanização, faz-se necessário realizar o levantamento do nível de satisfação no trabalho, a partir da percepção do usuário interno e externo, por meio da pesquisa e análise de aspectos significativos, tais como: seu posicionamento em relação às condições de trabalho, qualidade do atendimento e o nível de satisfação do usuário interno e externo.

O período de coleta de dados acontece periodicamente, com o objetivo de garantir a participação dos usuários na elaboração e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e que estejam em conformidade com o que preconiza os princípios do SUS e, sobretudo, avaliar sistematicamente de forma organizada o nível de satisfação dessa população em relação aos serviços prestados e as condições de trabalho.

A pesquisa de satisfação, bem como as denúncias e elogios recebidos pela Ouvidoria revelam falhas nos processos da Unidade que se caracterizem como risco à segurança do paciente. Um trabalho coeso e complementar entre a Ouvidoria e o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente permite implementar ações para a melhoria da qualidade assistencial de forma mais efetiva e eficiente.

Desospitalização

A Política Nacional de Humanização preconiza o acesso e a atenção integral à população. A integralidade da assistência é conceituada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade implica em ações realizadas de forma pactuada entre os pontos de atenção à saúde e com integração multiprofissional exigindo, portanto, estruturação de linha de cuidado.

A transferência do cuidado é uma ferramenta da linha de cuidado, que estabelece fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Instituímos um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados.

É importante desenvolver na Unidade de Saúde, um protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

O projeto terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir da avaliação das condições de saúde do usuário e da definição das linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, com base na discussão da equipe multiprofissional.

Para a elaboração do projeto terapêutico singular, procedemos a uma avaliação física, psicológica e social, que possibilite um diagnóstico dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após a etapa de diagnóstico, são definidas metas de curto, médio e longo prazo, que são acordadas com o usuário, estabelecendo-se responsáveis por cada tarefa.

O projeto deve ser reavaliado periodicamente, com discussão da evolução do usuário pela equipe multiprofissional e averiguação da necessidade de correções de rumo. Por este motivo, implantamos e mantemos a visita multidisciplinar integrada as reuniões de equipe para planejamento. É necessário que cada usuário tenha sua equipe de referência na unidade.

Para o bom andamento dessas ações, é fundamental que o prontuário integrado (único), conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).

É importante também divulgar o projeto de integração com a rede básica, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento do usuário, além de articular vínculo com o sistema de urgência/emergência loco-regional.

Idealmente, o usuário deve ter alta do hospital com consulta de seguimento já agendada na rede, assim como os procedimentos e exames que forem necessários após a saída do hospital. Os projetos terapêuticos são conduzidos em parceria com a atenção básica, para assegurar a continuidade do cuidado.

Acolhimento em Função de Vulnerabilidade/Risco

Acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados, com o objetivo de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

É uma forma de realizar os processos de trabalho em saúde, com prestação de atendimento eficiente, com uma escuta ativa e com respostas apropriadas para as questões do cidadão. A escuta permite o acesso oportuno dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Ela assegura que todos sejam atendidos com prioridades estabelecidas a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. É fundamental que haja acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso – pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia.

É elaborado projeto terapêutico individual e, idealmente, coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, e quando for o caso, o usuário deve ser encaminhado para a continuidade da assistência em

outros serviços, o que requer a articulação da rede para garantir o seguimento.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços de urgência e emergência sob gestão da **AHBB|Rede Santa Casa** implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde da **AHBB|Rede Santa Casa** são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as “portas de entrada”, podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento. Os hospitais devem elaborar um protocolo de classificação de risco. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Recomendamos que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul).

Carta De Direitos dos Usuários do Sus

As discussões em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) são amplas e crescentes, envolvendo gestores, trabalhadores, assim como a necessidade de articular a sociedade e os usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas.

Um SUS humanizado convoca a todos para que, em todas as suas instâncias, programas e projetos, exista o comprometimento com a humanização, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis

de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. A Carta é regida pelos seguintes princípios:

a. 1° Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;
b. 2° Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;
c. 3° Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;
d. 4° Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
e. 5° Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
f. 6° Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos, portanto, todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses diretos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as

etapas do cuidado. Sendo assim, é imprescindível que as unidades de saúde definam e divulguem as diretrizes que protegem e asseguram os direitos e responsabilidades dos usuários e de seus familiares.

Ambiência

De acordo com o Ministério da Saúde a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. Visando isso, a **AHBB|Rede Santa Casa** obedece a legislação e considera necessário dispor de estratégias como: assegurar a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, propiciando um ambiente de privacidade.

Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas. É interessante providenciar de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais e os acompanhantes, podendo ser um ambiente pequeno, desde que calmo, restrito, com boa aparência, no qual o profissional terá a oportunidade de fornecer informações sobre os usuários, aos seus familiares/acompanhantes, sem interrupções e de maneira singular.

Vale ressaltar que, ao construir ambiências, cuidamos em conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil.

Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de

seu ambiente familiar, escolar, do seu cotidiano como um todo e, por isso é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante. Alguns pontos a serem observados são:

- Condições de infraestrutura necessárias ao funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares de forma adequada;
- A quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes hospitalares;
- A temperatura: adaptação das pessoas às condições climáticas nos locais nos quais estão inseridos;
- A cor dos revestimentos dos ambientes e a sensação provocada por estes.

É importante destacar que, ao se desenvolver projetos de ambiência, estes devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Valorização dos Trabalhadores

De acordo com a Cartilha da PNH "Trabalho e Redes de saúde", o processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaços de valorização do potencial de seus trabalhadores.

A **AHBB|Rede Santa Casa** considera fundamental promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, dando visibilidade às experiências dos trabalhadores e incluindo-os na tomada de decisão, acreditando na capacidade desses de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Os trabalhadores potencializados facilitam a interlocução com os gestores e usuários, desfazendo a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades, propiciando um ambiente mais equilibrado.

Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente.

A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas. No Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores é importante que esteja presente o levantamento atualizado sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos, assim como a agenda de educação permanente da instituição.

Ressalta-se a relevância da existência de uma biblioteca (virtual ou física), com material científico atualizado e relacionado ao contexto do serviço. Destaca-se também a relevância da realização de eventos e atividades de educação permanente internas e externas.

Cabe realçar que o favorecimento de oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar, favorece a autoestima dos profissionais.

Além disso, destaca-se a necessidade da existência de estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. É importante criar estratégias de forma a reconhecer o trabalho, o empenho, a dedicação dos profissionais, como a iniciativa de oferecimento de placas de menção honrosa, demonstrando a significância do trabalhador para a Instituição.

Devem ser desenvolvidas ações com enfoque na Saúde do Trabalhador, direcionadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, como a ação “Cuidando do Cuidador”, que objetiva o cuidado dos profissionais de saúde nas instituições nas quais atuam.

Brinquedoteca

A importância do brincar, como direito de qualquer criança independe do ambiente onde ela se encontre. De acordo com a

Resolução nº 41, de outubro de 1995, do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente:

"Toda criança e adolescente hospitalizado tem direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação *para saúde e acompanhamento de currículo escolar, durante a sua permanência no ambiente hospitalar"*

Aliada a essa Resolução, está a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas hospitalares, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança.

Partindo desse princípio e buscando minimizar as intercorrências do processo de hospitalização no desenvolvimento da criança, a **AHBB|Rede Santa Casa** atrae da manutenção do lúdico em seu cotidiano. A criança se encontra submetida a uma situação em que tudo é diferente, desde as rotinas até as pessoas com as quais passa a conviver, estando, ao mesmo tempo, afastada de seus brinquedos e de sua rede social. Nesse sentido, a **AHBB|Rede Santa Casa** deverão desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde.

Cabe ressaltar que, os hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação devem, obrigatoriamente, contar com brinquedoteca em suas dependências. Ademais, o trabalho das brinquedotecas será tema de documento específico será tratado com maior detalhamento em documentos futuros.

Monitoramento e Avaliação

No âmbito da gestão dos serviços de saúde, a informação estratégica, que abrange as diferentes dimensões da qualidade, é capaz de apoiar a tomada de decisão. Os dados que emergem da estrutura, do processo e do resultado na produção de saúde têm o potencial de mobilizar as equipes em torno das metas e objetivos traçados, levando os funcionários a refletirem sobre o fazer cotidiano,

norteando a prática do trabalho, fomentando autonomia e protagonismo coletivos.

O ideal é que ocorram reuniões de diferentes profissionais, com diferentes saberes, durante a análise dos dados, em uma configuração multiprofissional, atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado, propiciando aprendizagens coletivas. A avaliação como dispositivo da Política Nacional de Humanização engloba a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidade primordial a prestação de serviços e a produção de sujeitos.

Os indicadores escolhidos para monitoramento das ações sobre humanização devem estar relacionados às dimensões da saúde e à satisfação dos usuários. A presença de indicadores que representem a realidade do trabalho em saúde, demonstra o princípio de indissolubilidade entre atenção e gestão.

Observa-se que a avalição impulsiona as mudanças nos serviços, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos nos processos. O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de ações, tomando-se como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação.

Refere-se ao acompanhamento do alcance de objetivos e metas por meio de uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É realizado cotidianamente nas unidades gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Os indicadores representam medidas que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho dos serviços.

São instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obtendo uma medida inicial para a avaliação, no momento da mensuração ou em uma comparação posterior. Ressalta-se que

“uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo”.

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, com isso, destaca-se a complexidade do monitoramento e avaliação da Humanização, levando à necessidade de incorporação de indicadores capazes de quantificar mudanças não somente no quadro saúde doença, mas também de representações e realizações dos sujeitos.

Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos instalados e/ou produtos obtidos. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. A **AHBB|Rede Santa Casa** trabalhará os indicadores presentes no documento emitido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização intitulado “Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” .

Diante do grande número de indicadores apresentados nesse documento e da complexidade do monitoramento dos dispositivos de humanização, os quais alcançam diferentes níveis de organização nas instituições, seguindo o princípio da transversalidade da Política de Humanização, foi construído um indicador composto ou índice.

Esse Índice tem o intuito de acompanhar a implantação e implementação dos dispositivos presentes na Política Nacional de

Humanização, sobretudo os explicitados por essa Diretriz, sendo composto por 7 variáveis:

1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;
2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;
3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;
4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;
5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;
6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz **AHBB|Rede Santa Casa** de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;
7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados na Unidade de Saúde. Além do Índice **AHBB|Rede Santa Casa** sobre Humanização, recomenda-se que sejam monitorados, em todos os HUF, nos casos aplicáveis, os seguintes indicadores:

I. Protocolo de acompanhamento de doentes terminais elaborado e implementado na instituição; Diretriz (Externo)
II. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização;
III. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuário do SUS;
IV. Casa da gestante, bebê e puérpera em funcionamento;
V. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço;

VI. Acompanhante permitido para todas as gestantes na sala de parto;

VII. Presença de espaço que garanta a privacidade da usuária durante o pré-parto, parto e pós-parto.

1.2.16 Comissão De Conformidade, Controle Interno E Gestão De Riscos

Das Disposições Gerais

Art. 1º – A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa**, é uma instância de assessoramento, atuando como segunda linha de defesa, para supervisão e monitoramento dos controles internos, integridade e gerenciamento de riscos, no âmbito das unidades por ela gerenciadas.

Parágrafo Único. Para fins deste Regimento, consideram-se os conceitos encontrados na Política de Segurança do Paciente.

Capítulo II - Da Estrutura

Art. 2º - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa** para desempenho de suas atividades, será composta por profissionais do quadro efetivo de empregados, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação na Comissão, a qual será composta por 01 (um) representante de cada área a seguir:

I. Diretoria Clínica
II. Gerência Assistencial
III. Gerência Administrativa;
IV. Representante Administrativa Financeira
V. Representante de Gerencia de Apoio
VI. Representante da Equipe Médica;
VII. Representante da Enfermagem;
VIII. Representante de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
IX. Representante Gestão de Pessoas;

X. Representante Tecnologia da Informação;

§ 1º - O número de integrantes da comissão poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados. § 3º - A função de membro da Comissão é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4º - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configurem impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

§ 5º - É vetado o acúmulo das funções de membro de outras Comissões e membro da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos;

Art. 3º - O Diretor Técnico deverá publicar documento formal nomeando os membros da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, designando o Presidente.

§ 1º - A indicação para nomeação de Secretário (a) da Comissão e Vice-Presidente ocorrerá em reunião com aprovação dos membros.

Art. 4º - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, comissão permanente, com vigência instituída de 2 (dois) anos, poderá ser reconduzida por igual período, no percentual máximo de 50% (cinquenta por cento) de seus componentes.

Capítulo III - Dos objetivos e competências

Art. 5º - A **AHBB|Rede Santa Casa** objetivando garantir a implementação de controles internos adequados às suas atividades e considerando a Lei nº 13.303/2016, art. 9, incisos I, II e III, a Instrução Normativa Nº 24, de 17/11/2015, da Controladoria Geral da União (CGU), e a Instrução Normativa Conjunta Nº 01, de 10 de maio de 2016, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e da CGU, resolve

estabelecer a Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos.

§ 1º A Comissão Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos deve ser instituída, até que seja instituído um setor responsável pelas competências relacionadas à Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, onde obrigatoriamente após isso o regimento, as atribuições e manutenção da comissão devem ser revisados e republicados.

Art. 6º - Compete à Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos:

I. Apoiar a implementação da Política de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa**
II. Avaliar as rotinas de Compliance propondo melhorias;
III. Definir metas para implementação da metodologia de Conformidade, Controles Internos e Gestão de Riscos, no âmbito da unidade;
IV. Identificar mudanças nos níveis de interesse a risco da unidade;
V. Apoiar as unidades organizacionais na elaboração de planos de contingência para os principais processos de trabalho da Unidade;
VI. Monitorar os incidentes dos riscos e as medidas corretivas e preventivas adotadas;
VII. Monitorar a evolução dos níveis de riscos; e
VIII. Monitorar a efetividade das medidas de apoio e Planos de Ação estabelecidos

Compete aos Gestores dos Processos:

I. Aplicar as metodologias de Compliance nos processos organizacionais sob sua responsabilidade
II. Gerenciar riscos no âmbito dos processos organizacionais na prismo assistencial e administrativa sob sua responsabilidade;
III. Monitorar a evolução dos níveis de riscos e a efetividade das medidas de controles implementadas nos processos

organizacionais sob sua responsabilidade. V - Implementar medidas corretivas e preventivas para os incidentes de riscos.

Capítulo IV - Da conformidade

Art. 8º - A Conformidade é a concordância das condutas e práticas com as diversas regras, normativos e legislações. Nesse sentido deve permitir a adequação legal e normativa dos processos de trabalho, segregação de funções nos processos de tomada de decisão e a fiscalização pelas instâncias superiores e/ou por órgãos de controle.

Capítulo V - Do controle interno

Art. 9º - O Controle Interno é o conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, entre outros, operacionalizados de forma integrada pela direção e pelo corpo de servidores das organizações. O Controle Interno deve observar os seguintes objetivos:

I. Dar suporte ao propósito, à continuidade e à sustentabilidade institucional, proporcionando garantia razoável ao atingimento dos objetivos estratégicos da **AHBB|Rede Santa Casa.**
II. Proporcionar eficiência, eficácia e efetividade operacional, mediante execução ordenada, ética e econômica das operações;
III. Assegurar que as informações produzidas sejam íntegras e confiáveis para a tomada de decisão, o cumprimento de obrigações de transparência e a prestação de contas; e
IV. Assegurar a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis, incluindo normas, políticas, programas, planos, procedimentos e diretrizes internas da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Capítulo VI - Da Gestão de Riscos

Art. 10º - O Gerenciamento de Riscos é o processo que visa identificar, avaliar, administrar e controlar potenciais eventos ou situações de risco e fornecer segurança razoável no alcance dos objetivos organizacionais.

O Gerenciamento de Riscos deve observar os seguintes objetivos:

Assegurar que os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis da **AHBB|Rede Santa Casa**, tenham acesso tempestivo a informações suficientes quanto aos riscos aos quais está exposta a organização;

Alocar e utilizar eficazmente os recursos para o tratamento de riscos;

Aumentar a probabilidade de alcance dos objetivos da organização, reduzindo os riscos a níveis aceitáveis;

Agregar valor à organização por meio da melhoria dos processos de tomada de decisão e do tratamento adequado dos riscos e dos impactos negativos ou positivos decorrentes da sua materialização;

Promover o equilíbrio entre as metas de crescimento e de retorno de investimentos e os riscos positivos e negativos a elas associados.

Capítulo VII - Das atividades

Art. 11 - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos da **AHBB|Rede Santa Casa** desenvolverá atividades para assessorar a Diretoria, atuando em nível de apoio, com viés consultivo.

Art. 12 - As atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos poderão ser oriundas da própria comissão mediante votação de seus membros, ou por demandas da Diretoria.

Art. 13 - Todas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos devem ser apontadas em relatórios circunstanciados, contendo a finalidade da atividade, fatos constatados, sugestões e recomendações para melhorias, procedimentos não observados.

§1º - o relatório produzido deverá ser encaminhado a Diretoria e Sede da **AHBB|Rede Santa Casa** para análise e manifestações.

Art. 14 – A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de bem como seus integrantes devem manter sigilo sobre fato ou

informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso à Informação.

Capítulo VIII - Das Reuniões

Art. 15 - A Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, com datas previamente agendadas, e, extraordinariamente, mediante convocação de seu Presidente, conforme cronograma abaixo:

Comissão de conformidade, controle interno e gestão de riscos												
Ações	**1° Mês**	**2° Mês**	**3° Mês**	**4° Mês**	**5° Mês**	**6° Mês**	**7° Mês**	**8° Mês**	**9° Mês**	**10° Mês**	**11° Mês**	**12° Mês**
Nomeação do membro da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de indicadores												
Treinamento – Levantamento de												

necessidades												
Realização de Reuniões com a Liderança												
Realização de reuniões com demais Comissões												
Avaliação de indicadores												

§1º - As reuniões terão início no horário previamente marcado, em primeira chamada, e serão realizadas nas dependências do hospital, em horário compreendido entre 8:00 e 17:00h.

§ 2º Admitir-se-á uma segunda convocação, realizada 15 minutos após a primeira, quando será aceito quórum mínimo de mais da metade dos membros da comissão (50% + 1).

§ 3º Todas as matérias colocadas em pauta deverão ser avaliadas pelos membros da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, salvo se por motivo justificado, e decididas na mesma reunião, sendo dados todos os encaminhamentos.

§ 4º A cada reunião será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações. A ata deverá ser assinada pelos membros presentes.

§ 5º As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos membros da comissão (50% + 1).

§ 6º O Auditor Interno poderá participar das reuniões como ouvinte, facilitador, dando apoio técnico em assuntos pertinentes, respeitando-se a não cogestão, assim como a autonomia da Auditoria Interna.

§ 7º Quando a Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos, tiver conhecimento de situações que contenham indícios de fraude ou danos ao erário ou ao paciente, deverá comunicar formal e imediatamente à Superintendência da **AHBB|Rede Santa Casa.**

Capítulo IX - Disposições finais

Art. 16 - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão julgar pertinente, ou mediante publicação de novas regras, normas e diretrizes da **AHBB|Rede Santa Casa**.

Art. 17 - A unidade bem como gestores de processos deve fornecer sempre que solicitado pela Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos as informações necessárias para a realização de suas atividades.

Art. 18 - Os casos omissos referentes à matéria da Comissão de Conformidade, Controle Interno e Gestão de Riscos serão discutidos pela própria comissão.

Art. 19 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

1.2.17 Núcleo de Educação Permanente em Saúde

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem

significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20)

Nesse sentido, a Educação Permanente se constitui em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, que repercutem no interior das relações e processos desde o microcosmo da equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolve suas atividades nos diferentes eixos:

2. Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam no Hospital, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa.
3. Educação em Saúde para pacientes e acompanhantes, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.

4. Integração ensino-serviço, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas, com vistas à inserção destes sujeitos em programas institucionais conforme as necessidades do serviço e do ensino, e por meio de visitas institucionais de profissionais de saúde e estudantes da área da saúde. Também, envolve projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde que se desenvolvem acerca das políticas do SUS em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa;
5. Apoio à produção científica o qual se desenvolve em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa.

Proposta de Gestão de Educação Permanente Multidisciplinar
Missão

Prestar Assistência de alta complexidade, dentro dos princípios de hierarquização e regionalização do SUS, contribuindo para a pesquisa, formação e capacitação profissional, buscando uma saúde pública digna com qualidade e compromisso social.

Política

Capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, visando garantir a assistência com excelência;

Produto

Selecionar colaboradores junto a Gestão de Pessoas para suprir as vagas existentes na abertura dos setores Assistenciais.

Capacitar e desenvolver os colaboradores, visando garantir a assistência com excelência, mediante a implantação do modelo assistencial.

Monitorizar os indicadores assistenciais promovendo a capacitação e desenvolvimento visando melhorias contínuas e diminuição dos riscos na Assistência.

Qualificar os profissionais através da identificação de não conformidades nos processos assistenciais e da qualidade de trabalho, promovendo e desenvolvendo ações coletivas.

Desenvolver programa anual de educação e capacitação permanente, de desenvolvimento de competências individuais e organizacionais, bem como respectivo cronograma por área profissional.

É igualmente responsável pela orientação da equipe, visando sempre à eficácia da terapêutica, racionalização dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O serviço do NEP é responsável por promover estratégias visando desenvolver uma equipe de profissionais com pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidade técnica cientifica e princípios de humanização; orientadas para a melhoria continua da assistência, através de profissionais com formação legalmente estabelecida por meio das leis do exercício profissional e competências previamente definidas, com base em seus objetivos, bem como as necessárias para o desenvolvimento das funções.

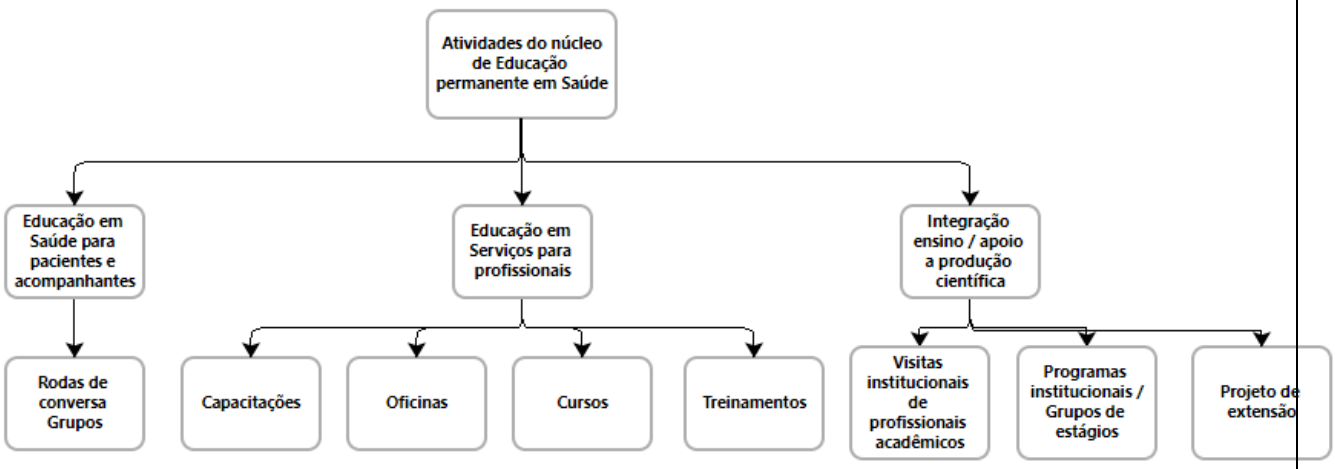
Esse serviço tem em sua característica a inserção de diversos profissionais com níveis de formação diferentes, que desenvolvem inúmeras atividades, com graus de complexidade distintos, o que exige uma capacitação contínua da equipe na obtenção da excelência na qualidade em todos os seus serviços.

Objetivo Geral

Implantar e garantir o modelo assistencial através da Educação Permanente Multidisciplinar, através da capacitação dos profissionais nas atividades assistências, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar, e de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização.

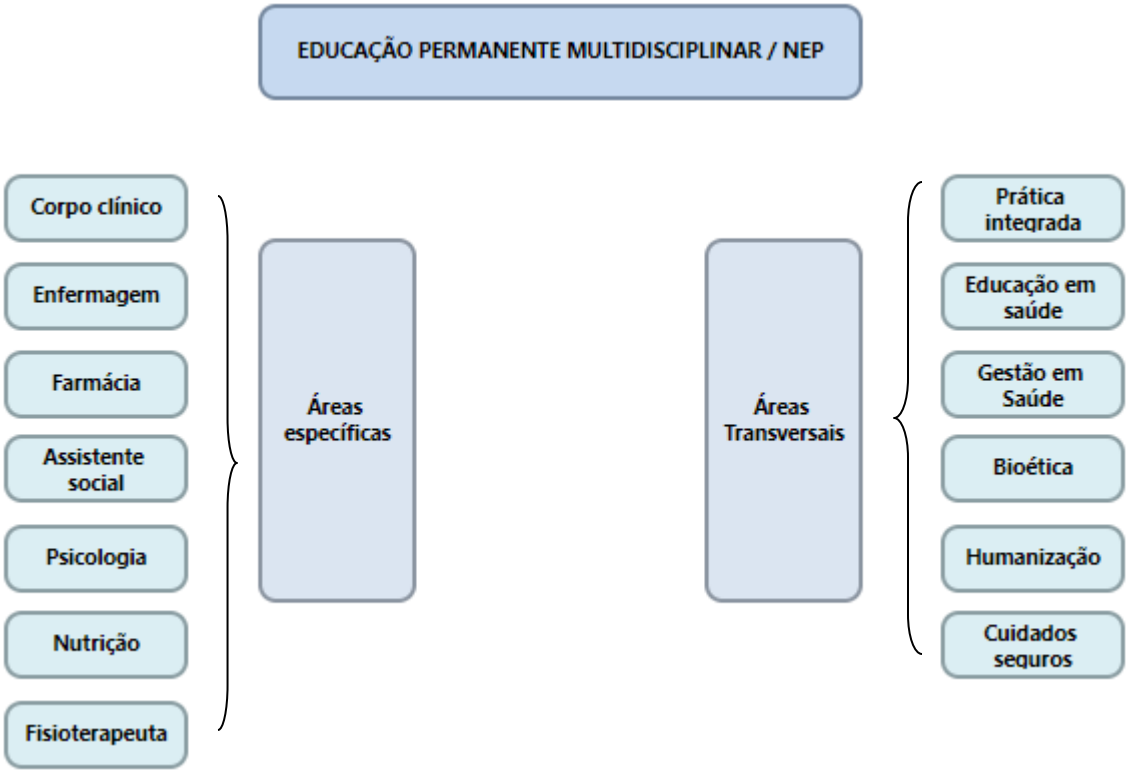
Objetivos Específicos

- Recrutamento e seleção de candidatos às vagas disponíveis para compor a equipe de profissional.
- Treinamento na admissão para os novos colaboradores com treinamento das técnicas especifica por categoria profissional das que são mais utilizadas na Instituição.
- Implantação do Modelo Assistencial nas Unidades Assistenciais e de Apoio através da capacitação da equipe em relação às normas, rotinas e procedimentos específicos adotados.
- Avaliação de desempenho por competências no período de experiência (45 e 90 dias) e anualmente, com plano de ação individual para cada colaborador.
- Introdução e monitoramento dos indicadores assistenciais.
- Desenvolvimento e capacitação dos profissionais em relação aos riscos clínicos, cirúrgicos e implantação de práticas operacionais baseadas em segurança dos pacientes e colaboradores e na qualidade do serviço prestado.



Estrutura

Recursos Humanos:



Proposta de Treinamento de Educação Permanente Multiprofissional

Áreas transversais/Áreas específicas

Modulo 1. Práticas integradas

Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Biossegurança.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de infecção Hospitalar.
Prevenção de pneumonia.

Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.
Técnicas de comunicação.
Transferência de pacientes interna e externa.
Alta programada

Modulo 2. Bioética

Bioética clínica: conceitos básicos.
Conceito de vida e morte, comitês de ética.
Saúde como direito: integralidade na atenção materna
Obrigações e responsabilidades dos profissionais de saúde.
Gerenciamento de conflitos bioéticos

Modulo 3. Gestão em Saúde

Organização em saúde e suas implicações para a gestão.
Organização do trabalho em saúde e do trabalho gerencial.
Planejamento estratégico situacional, tático e operacional.
Qualidade em saúde: conceitos e ferramentas.
Acesso e continuidade do cuidado.
Melhoria da qualidade e segurança do paciente.
Construção e definição de indicadores de qualidade.
Analise dos resultados dos indicadores assistenciais

Modulo 4. Educação em saúde

Concepção de ensino-aprendizagem.
Escuta sensível
Interdisciplinaridade.
Aplicação e avaliação do ciclo de aprendizado

Modulo 5. Humanização

Visita aberta.
Acompanhante em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos.
Sistema de escuta sistematizada dos trabalhadores – Pesquisa de Clima, Entrevista de desligamento.
Participação dos familiares no projeto terapêuticos dos usuários.
Livre acesso aos pais de crianças internadas
Projeto de capacitação dos cuidadores.
Gestor do plano de cuidados.
SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).
Pesquisa de opinião participativa
Pesquisa de satisfação dos usuários.
Projeto de valorização e ações de saúde dos trabalhadores-Viver Bem.

Modulo 6. Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Transferências de informações.
Reconciliação medicamentosa: admissão, transferência interna, alta.
Praticas seguras nos procedimentos
Controle de eletrólitos concentrados.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Pratica segura na utilização de medicamentos.
Administração oportuna de antibióticos profiláticos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.

Transferência Externa
Metas internacionais de segurança do paciente
Segurança em equipamentos- Manutenção preventiva e corretiva
Praticas seguras no manuseio de equipamentos

Áreas Específicas

Módulo 7. Área especifica para corpo clinico

Conhecimento do Aporte Tecnológico Institucional.
Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.
Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.
Suporte Avançado de Vida
Suporte Básico de Vida
PALS/ SAVE

Módulo 8. Área especifica para enfermagem

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Trauma Cranioencefálico (TCE) e Trauma Raqui Medular (TRM)
Doenças cerebrovasculares;
Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI);
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH);
Patologias neurológicas;

Morte Encefálica.
Preparo do corpo pós-morte.
Suporte avançado de vida -BLC, ACLS, PALS
Cuidados na administração de trombolíticos.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Conduta de enfermagem para a criança e o adolescente com dor.
Curativos e coberturas padronizadas.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Complicações clínicas no paciente crítico adulto.
Complicações clínicas no paciente crítico infantil.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adulto e infantil
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Gestão de qualidade e gestão de processos.
Liderança, criatividade e comunicação na Enfermagem.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Enfermagem Clinica.

Modulo 11. Área especifica para Nutrição

Bases teóricas da terapia nutricional.
Terapia nutricional aplicada ao paciente
Avaliação nutricional.
Abordagem nutricional ao paciente em tratamento clínico e obstétrico
Terapia nutricional enteral e parenteral.

1.3 Proposta de melhoria continua dos processos de cuidado que envolvem as comissões

A **AHBBIRede Santa Casa** adota diversas ferramentas para melhoria dos processos de cuidado, que podem ser melhor entendidos no capítulo que propõe as ações de Qualidade. Para exemplificar as tratativas derivadas das Comissões, abordamos abaixo, a aplicação e uso dos indicadores, com base na Metodologia PDCA, e monitoramento contínuo.

Metodologia PDCA e Monitoramento Contínuo

1. Plan (Planejar):
    - Identificação de Problemas: As comissões identificam áreas de melhoria com base em relatórios e feedbacks.
    - Definição de Metas: Estabelecimento de objetivos claros e mensuráveis para o aprimoramento dos processos de cuidado.
    - Planejamento de Ações: Desenvolvimento de planos de ação detalhados para alcançar as metas definidas.
2. Do (Executar):
    - Implementação das Ações: Execução dos planos de ação conforme o cronograma estabelecido, com a participação ativa das comissões.
    - Capacitação e Treinamento: Realização de treinamentos para garantir que todos os envolvidos compreendam e sigam os novos procedimentos.
3. Check (Checar):
    - Monitoramento dos Indicadores: Coleta e análise de dados para avaliar o desempenho das ações implementadas.
    - Auditorias Internas: Realização de auditorias periódicas para verificar a conformidade e eficácia dos processos.

- Feedback e Avaliação: Obtenção de feedback contínuo dos colaboradores e pacientes para ajustar as ações conforme necessário.

4. Act (Agir):
    - Correção de Desvios: Implementação de ações corretivas com base nos resultados das auditorias e feedbacks.
    - Aprimoramento Contínuo: Revisão e ajuste dos planos de ação para garantir a melhoria contínua dos processos.

Exemplos de Indicadores Utilizados

- Taxa de Infecção: Monitoramento das infecções adquiridas e implementação de medidas para sua redução.
- Satisfação do Paciente: Avaliação contínua da satisfação dos pacientes com os serviços prestados, utilizando pesquisas e feedback direto.
- Tempo de Espera: Medição e redução do tempo de espera para atendimento, com foco na eficiência dos processos.
- Adesão a Protocolos: Verificação da conformidade com os protocolos clínicos estabelecidos para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Conclusão

A adoção da Metodologia PDCA e o monitoramento contínuo dos indicadores permitem que a AHBBIRede Santa Casa mantenha um ciclo de melhoria contínua, assegurando a excelência nos processos de cuidado e aumentando a satisfação e segurança dos pacientes. As comissões desempenham um papel fundamental nesse processo, garantindo que todas as ações sejam planejadas, executadas, monitoradas e ajustadas de forma sistemática e eficaz.

1.4 Monitoramento e avaliação das prioridades

Para efetividade de todas as ações propostas pelas Comissões, é imprescindível que a etapa de monitoramento seja desenvolvida regularmente**.**

O monitoramento busca auxiliar na definição ou redefinição das prioridades para acompanhamento e programação ou correção das ações, promovendo o aprendizado e crescimento, ao reconhecer o real problema, os resultados alcançados e a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias.

O monitoramento também deve promover a definição de indicadores que reflitam as prioridades, definição de responsáveis, periodicidade do acompanhamento, instrumentos de sistematização das ações. Tais atividades são contribuintes para melhoria contínua da assistência e indicadores. Devem ser pensados também, mecanismos de divulgação de resultados para toda a unidade e espaço de discussão dos resultados entre os gestores e profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

A **AHBB|Rede Santa Casa** propõe que o monitoramento das ações seja da seguinte maneira:

- **Gestores da Unidade de Saúde:** Responsável pelo monitoramento da implantação e/ou implementação do Plano de Ação junto aos respectivos setores e técnicos envolvidos, e pelo monitoramento dos Indicadores de produção e de Qualidade estabelecidos em Contrato de Gestão, dentre outros Indicadores que reflitam a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Espaços programados junto aos profissionais da equipe interna, contemplando a discussão, informação e formação da equipe, o que possibilitará a identificação de necessidades de adequações e intervenções na organização dos processos de trabalho;
- **Gestores Municipais de Saúde dos municípios de**

abrangência: A **AHBB|Rede Santa Casa** realizara reuniões programadas, junto aos profissionais/equipes de saúde municipais e DRS, para o fornecimento e discussão de relatórios mensais sobre os indicadores, com intuito de formulação de estratégias para intervenções das necessidades apontadas.

- **Gerência de Qualidade Corporativa AHBB|Rede Santa Casa:** responsáveis pelo monitoramento do Plano de Ação (produto das Oficinas de Planejamento estratégico) com periodicidade regular e registro em planilha de monitoramento e elaboração de relatório, que permitirá acompanhar o desenvolvimento das ações e identificação das dificuldades de implantação e execução do plano de ação. Realizará o Monitoramento dos Indicadores de Produtividade e de Qualidade, Acompanhamento dos dados dos sistemas de informação, e demandas provindas das reuniões com equipe interna das Unidades, bem como das reuniões entre Gestão/Equipe Municipais de Saúde e DRS.

Considerando a organização dos serviços da unidade através das ferramentas sugeridas anteriormente, sob a ótica do acesso do usuário e monitoramento do planejamento realizado destaca-se a importância de promover uma cultura de acompanhamento e avaliação na unidade, a partir do gerenciamento dos processos de trabalho desenvolvidos para o alcance das metas propostas.

1.5 Acolhimento com Classificação de Risco

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e

adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não é um local, um espaço ou profissional específico para fazê-lo, mas uma postura ética, não pressupõe hora, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Desse modo, é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Esta diretriz traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Diante disto, é necessária a qualificação de toda a equipe ligada ao acolhimento ao usuário (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança etc). É importante salientar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; porém, nas "portas de entrada" dos serviços de saúde, podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde, visando promover o primeiro contato com o usuário. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, quem acolhe toma para si a responsabilidade de "abrigar e abraçar" outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. A classificação de risco como ferramenta da diretriz de acolhimento é um procedimento técnico privativo do enfermeiro, conforme resolução COFEN 423/2012, sendo um instrumento de tomada de decisão baseada em protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiências do enfermeiro. Tem como objetivo organizar o fluxo e garantir o acesso adequado aos pacientes, que procuram atendimento de urgência ou emergência.

Objetivos do ACCR

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM, entre outros);
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

Com isso, utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho, tendo como proposta os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência – Adulto e Pediátrico.

FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS

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

Segundo a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, art. 2º considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e

adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, devendo ser atendido pelo pediatra. Nas unidades que não tem médico pediatra, os adolescentes deverão ser atendidos pelos profissionais de clínica médica.

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE ACCR

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

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida.

A) Enfermeiro:

· Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;

· **Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;**

• Realizar a Classificação de Risco, segundo o protocolo institucional e baseado no Protocolo de Manchester / MS;

· Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

· Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;

• Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;

• Esclarecer e orientar ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;

• Ficará responsável em acionar equipe multiprofissional para atendimento às vítimas de violência;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS para sala do serviço social.

- O serviço de ACCR será realizado pelo Enfermeiro 24H/dia na unidade, na escala de 12x36 devendo garantir classificação ininterrupta pela OSS gestora **AHBBIRede Santa Casa**.

B) Técnicos de Enfermagem:

• Realizar o acolhimento;

• Registrar os dados do usuário no sistema;

• Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco;

• Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);

• Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;

• Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

C) Recepcionistas:

• Realizar o registro de informações do usuário no sistema;

• Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;

• Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social, caso não tenha sido realizado pelo Acolhimento.

D) Controlador de Acesso:

• Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;

• Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;

• Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

Obs: Fica proibido o primeiro contato do usuário ser realizado pelo Controlador de acesso.

E) Assistente Social:

• Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQI+;

• Referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

• Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; idosos e deficientes sem referência familiar;

• Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera ou através das ligações em casos específicos);

• Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;

• Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;

• Encaminhar o familiar ou visitante que compareça ao NAF (no caso de hospitais) para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na emergência.;

• Participar do atendimento multiprofissional a pacientes vítimas de violência em qualquer equipamento de saúde.

F) Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

• Realizar o atendimento conforme a priorização das cores da classificação de risco - protocolo institucional;

• Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas e sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;

• Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, para o início do acompanhamento;

• Realizar o redirecionamento do paciente classificado como azul, por escrito (modelo de documento em anexo), para o acolhimento da Unidade Básica de Saúde de Referência; • Comunicar Notícias Difíceis de forma acolhedora;

OBS: Nos hospitais de emergência realizar o redirecionamento do paciente ADULTO classificado como VERDE, por escrito para as UPAS 24 horas.

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADE DE RISCO

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

Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam vulnerabilidades, porém NÃO apresentam risco de agravamento ou de morte (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia, vítimas de violência, pacientes psiquiátricos em surto, militar em serviço e pacientes que apresentam sintomas de SRAG, pessoas com Hemoglobinopatias, casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19).

Avaliação inicial

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

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

Grave esforço respiratório: Quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória. Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR). Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

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

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

Ainda sobre a Classificação de Risco podemos definir os seguintes níveis para organização do atendimento:

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

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

AMARELO: urgente. Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento em até 50 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento prioritário em consultório médico. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 30 minutos.

VERDE: pouco urgente. Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento. Necessitam de atendimento médico em até 120 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento médico em

consultório. Durante a espera, deverá ser reavaliado pelo enfermeiro a cada 60 minutos. ·

AZUL: não urgente 240 minutos. São casos de baixa complexidade.

1ª ETAPA: Ao chegar à unidade, o usuário e seu acompanhante devem ser imediatamente recebidos por um profissional de enfermagem no Acolhimento. Podem chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento. Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade. Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – RISCO OU PRIORIDADE. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA: O usuário irá para o Registro/Recepção complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da Classificação de Risco, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA: O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA: - O usuário classificado na cor vermelha deverá ser acompanhado até a sala vermelha. - Classificado na cor laranja deverá ser priorizado e acompanhado para o atendimento na sala amarela

- Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade;

- Classificado na cor verde/ cor azul deverá ser orientada sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os consultórios médicos.

5ª ETAPA: Os médicos deverão obrigatoriamente atender os usuários seguindo a ordem prioritária da cor de classificação de risco, conforme preconizado neste protocolo, respeitando os tempos de atendimento.

Observações importantes

• Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;

• O protocolo constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;

• O protocolo constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;

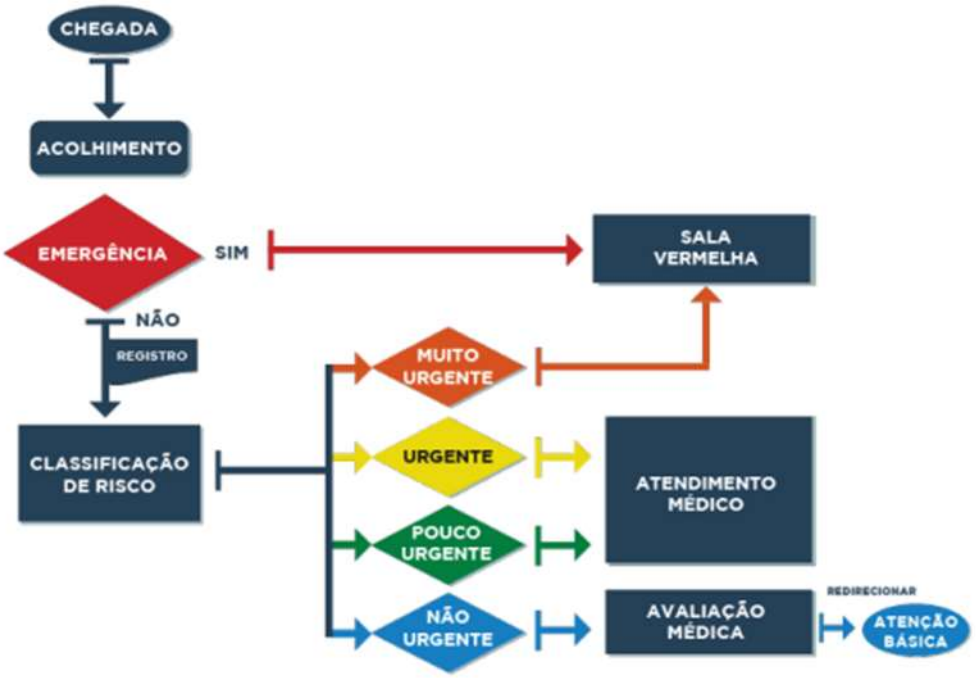
• O protocolo não se constitui como instrumento de diagnóstico médico;

• O protocolo é baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;

• O protocolo determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;

• Devem ser considerados a subjetividade dos pacientes e seus familiares.

Fluxograma de Atendimento UPA 24h



1.5.1 Proposta de Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR

PROTOCOLO MANCHESTER

Introdução

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H DR. B. MITIDIERI adotará o protocolo de Manchester para a classificação de risco dos pacientes, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. O objetivo é garantir um atendimento eficiente, priorizando os casos mais graves e assegurando que todos os pacientes recebam o cuidado necessário de acordo com a urgência de seu estado de saúde.

Objetivos

- Assegurar que pacientes em situação de maior risco sejam atendidos prioritariamente.
- Garantir um fluxo organizado e eficiente no atendimento.
- Reduzir o tempo de espera para os pacientes em condições críticas.
- Melhorar a qualidade do atendimento prestado.

Metodologia de Classificação de Risco - Protocolo de Manchester

O Protocolo de Manchester classifica os pacientes em cinco categorias de risco, cada uma identificada por uma cor, com base nos sintomas e sinais apresentados. A seguir estão as categorias e os tempos de atendimento recomendados:

Esse protocolo foi elaborado visando nortear os profissionais de saúde da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) da Unidade de Pronto Atendimento 24 (vinte e quatro) horas do Município de BOQUIM/SE, no planejamento e execução das atividades de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no âmbito da Urgência e Emergência, afim de facilitar a tomada de decisão na prática clínica. Tal Protocolo, justifica-se, na realização de orientações e padronizações das condutas realizadas pelos profissionais deste referido serviço, diminuindo a peregrinação dos usuários entre os serviços de saúde do município e evitando tempo de espera alongados que podem levar a desfechos desfavoráveis. Objetivando um acesso qualificado e um atendimento resolutivo no tempo adequado para cada caso.

OBJETIVOS

A realização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), possibilita, dentro dos serviços que o utilizam, a reflexão e aprendizagem Institucional, ressignificando os modos de fazer e construindo ações humanizadas e compartilhadas, com ampliação da resolutividade do estado de saúde. A incorporação dos critérios de avaliação de risco, considera a complexidade do processo saúde/doença, avaliando o grau da necessidade dos usuários e família, priorizando o tempo oportuno de atendimento e diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. O objetivo deste Protocolo é viabilizar a reestruturação e organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Município de BOQUIM/SE,

fortalecendo, integrando e padronizando o processo de trabalho da UPA 24 horas

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Sistematização do Acolhimento com Classificação de Risco 1º Etapa: Usuários chegam à UPA por demanda espontânea, conduzidos pelo SAMU 192 e/ou Corpo de Bombeiro Militar, referenciados de outros serviços.

2º Etapa: Abertura de Ficha de Atendimento – Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) pela Recepção com Impressão e entrega da Identificação do paciente (etiqueta).

3º Etapa: Acolhimento com Classificação de Risco por meio da Triagem, realizado por profissional de nível superior, Enfermeiro Classificador. Nesse momento são seguidos os seguintes passos:

- 1º Passo: Identificar o motivo da procura pela unidade/serviço (queixa principal e duração), visando afastar o risco iminente de morte e consequente atendimento de emergência. Ainda neste passo, questionar o paciente sobre comorbidades em tratamento; uso contínuo de medicações e quais; se o mesmo tem alergia medicamentosa e à quais; se queixa de dor, tipificar a dor em intensidade (escala de 0 a 10), tipo de dor (aperto, queimação, ardência, etc); local da dor, se é constante ou intermitente);

- 2º Passo: Verificar sinais vitais (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Temperatura, Saturação de Oxigênio), se queixa respiratória, avaliar também a Frequência Respiratória. Se queixa neurológica, de trauma ou rebaixamento do nível de consciência, avaliar o estado neurológico com a Escala de Coma de Glasgow. Se paciente diabético, gestante, ou em rebaixamento de nível de consciência, aferir a glicemia capilar. Se crianças, perguntar ao acompanhante o peso, ou realizar a pesagem. Em gestantes com queixa obstétrica, é realizado a triagem normalmente e na avaliação médica, realizará os trâmites de

transferência p/ Hospital de referência. A partir destas informações realizar a Classificação de Risco;

- 3º Passo: Estratificar o risco conforme o fluxo pré-estabelecido com marcação da Classificação de Risco no Prontuário Eletrônico do Paciente (GOV.BR);

- 4º Passo: O tempo decorrido entre a abertura da FAA e a classificação de risco deverá ser de até 15 (quinze) minutos;

4ª Etapa: Realizar a Classificação de Risco conforme as cores preconizadas, colando um adesivo da referida cor na etiqueta de identificação do paciente. Aos pacientes alérgicos, posicionar uma pulseira de cor roxa no punho do mesmo, a fim de garantir a segurança do paciente, explicar ao paciente o que significa esta pulseira;

5ª Etapa: Após o Acolhimento com Classificação de Risco, exceto os classificados de cor vermelha e que não apresentem risco ou rápida evolução, aguardam na sala de espera para serem chamados, por meio do painel, para atendimento médico clínico. Os pacientes são chamados conforme a classificação de risco elencada pelo Enfermeiro Classificador.

Classificação de Risco em Cores

I. Classificação de Risco Vermelho:

a) Atendimento na sala de emergência;

b) São os pacientes com risco iminente de morte com necessidade de atendimento médico imediato;

c) As medidas para manutenção da vida devem ser iniciadas imediatamente e em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

d) Tempo de atendimento alvo: IMEDIATO (0 minutos).

II. Classificação de Risco Laranja:

a) O atendimento pode ser em consultório médico, se houver condições, ou sala de emergência ou ainda em leito de observação, conforme necessário;

b) São os pacientes com potencial risco de agravo/deterioração que precisam de atendimento médico e assistência de enfermagem contínua;

c) As medidas para a manutenção da vida devem ser iniciadas em qualquer ponto da RAS;

d) Tempo de atendimento alvo: ATÉ 10 (DEZ) MINUTOS.

III. Classificação de Risco Amarelo:

a) O atendimento pode ser no consultório médico por ordem de chegada ou em leito de observação;

b) Medidas de prevenção e promoção à saúde devem ser iniciadas em qualquer ponto da RAS;

c) Tempo de atendimento alvo: ATÉ 30 (TRINTA) MINUTOS.

IV. Classificação de Risco Verde:

a) São pacientes sem risco de agravo;

b) Tempo de atendimento alvo: ATÉ 120 (CENTO E VINTE) MINUTOS.

V. Classificação de Risco Azul:

a) São pacientes sem risco de agravo;

b) Tempo de atendimento alvo: ATÉ 240 (DUZENTOS E QUARENTA) MINUTOS

CONDIÇÕES NECESSÁRIAS

Neste presente Protocolo não elencamos condições necessárias para o Acolhimento com Classificação de Risco, visto que todos os pacientes que procurarem o serviço para atendimento, serão acolhidos e classificados conforme este Protocolo. Sejam estes advindos de

demanda espontânea ou encaminhados de outros serviços, como SAMU, Resgate, Atenção Primária, entre outros.

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Enfermeiro

A realização da Classificação de Risco é privativa do profissional Enfermeiro, conforme Art.1º da Resolução COFEN n.º 423/2012. Este profissional deve ser dotado de conhecimento, competências e habilidades, que garantam rigor técnico-cientifico ao procedimento. O procedimento de ACCR, é executado no contexto do Processo de Enfermagem (Resolução COFEN n.º 358/2009, o qual dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem) e os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Na revogação da Resolução COFEN n.º 423/2012 na Resolução COFEN n.º 661/2021, é disposto que a Classificação de Risco e a priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, o qual deve possuir curso específico para a realização do Protocolo adotado pela Instituição, com presença de consultório em adequadas condições de ambiência e equipamentos, para o desenvolvimento da função. Como garantia da segurança do paciente, o tempo médio por Classificação de Risco deve ser de 4 (quatro) minutos com limite máximo de até 15 (quinze) classificações por hora. O profissional Enfermeiro Classificador não pode exercer outras atividades concomitantemente dentro do serviço. É vedado ao Enfermeiro Classificador realizar encaminhamentos para outros serviços de saúde/unidades assistências, sendo esta função exclusiva do profissional médico, após avaliação do mesmo.

Demais profissionais da Unidade

Aos demais profissionais que compõe a equipe multiprofissional da UPA 24 horas, todos podem realizar o Acolhimento Humanizado do paciente em qualquer ponto da unidade, a fim de identificar as necessidades do mesmo, realizando o encaminhamento para os profissionais que possam sanar as necessidades encontradas.

Ressaltando que a Classificação de Risco é privativo do profissional Enfermeiro.

CONCEITOS

Acolhimento

É considerado como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos pacientes no momento em que realizam a procura pelo serviço e prestação de cuidados, com o propósito de atender as demandas pertinentes com resolutividade e responsabilidade. Não há local, hora e momento para acontecer, e nem um profissional específico para realizá-lo, pois o acolhimento faz parte de todos os possíveis encontros dentro do serviço de saúde. O ato de acolher é um compromisso de resposta às necessidades do cidadão, que procura o serviço de saúde.

Classificação de Risco

É considerado um processo dinâmico para identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme o potencial de risco, agravos de saúde ou grau de sofrimento, com a priorização do atendimento nos serviços de saúde e situações de urgência e emergência. Tal processo exige competência técnica e científica para a sua execução, conforme regulamentado na Resolução COFEN n.º 423/2012, que normatiza no âmbito do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) /COREN (Conselho Regional de Enfermagem), a participação do Enfermeiro na atividade da Classificação de Risco.

Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco

São instrumentos que sistematizam a avaliação do paciente. A classificação de risco é realizada pelo Enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos em conjunto com o corpo clínico, avaliando a gravidade ou potencial de agravamento do caso, bem como o grau de sofrimento do paciente. Assim, o Acolhimento com Classificação de Risco determina a agilidade no atendimento por meio de análise, com utilização de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do

usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não por ordem de chegada. Conforme Resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina) n.º 2079/2014, é obrigatório a implementação do ACCR para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de Pronto Atendimento 24 horas de complexidade intermediária (UPA) e hospitalares. Destaca-se que todos os pacientes, independente do agravo que apresenta, devem ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados para outros serviços por um profissional não-médico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Observar e avaliar os seguintes aspectos no Acolhimento com Classificação de Risco

I. Tempo de início da queixa ou evento: a) Início abrupto: quantificar a duração da queixa, estratificado em minutos; b) Agudo: início do evento entre 12 a 24 horas; c) Recente: são eventos que surgiram nos últimos 7 dias; d) Avaliação geral: nível de consciência/estado mental os quais são avaliados pela escala de coma de Glasgow para adultos e pacientes pediátricos.

Observação: Os pacientes que apresentem rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental devem ser classificados como vermelho ou laranja. Esses pacientes ficam com as vias áreas desprotegidas, devido ao relaxamento da musculatura da língua que pode levar a obstrução das vias áreas, com risco iminente de broncoaspiração. Assim, torna-se necessário o encaminhamento para a sala de emergência.

Escala de Coma de Glasgow adulto e infantil

ECG ADULTO E ECG MODIFICADA PARA PEDIATRIA					
	Critério	Classificação Adulto	Classificação Pediátrica > 2 anos (criança verbal)	Classificação Pediátrica < 2 anos (criança não verbal)	Pontuação
Abertura Ocular (O)	Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	Espontânea	Espontânea	4
	Após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	Ao Som	Ao Som	3
	Após estimulação da extremidade dos dedos	À pressão	À pressão	À pressão	2
	Ausência persistente, sem fatores de interferência	Ausente	Ausente	Ausente	1
	Olhos fechados devido a fator local	Não testável	Não testável	Não testável	NT
Resposta Verbal (V)	Adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	Orientada, apropriada	Murmura e balbucia	5
	Não orientada, mas comunicação coerente	Confusa	Confusa	Irritável, chora	4
	Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	Palavras	Chora em resposta à dor	3
	Apenas gemidos	Sons	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta à dor	2
Melhor Resposta Motora (M)	Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordens	Obedece a comandos	Move espontânea e objetivamente	6
	Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	Localizadora	Localiza estímulo doloroso	Retira em resposta ao toque	5
	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	Retira em resposta à dor	Retira em resposta a dor	4
	Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	Flexão em resposta à dor	Postura de flexão anormal em resposta a dor	3
	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	Extensão em resposta à dor	Postura de extensão anormal em resposta a dor	2
	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	Ausente	Ausente	1
	Fator que limita resposta motora	Não testável	Não testável	Não testável	NT
Reatividade Pupilar (P)	Ambas as pupilas reagem ao estímulo da luz				0
	Uma pupila reage ao estímulo da luz				1
	Nenhuma pupila reage ao estímulo da luz				2
A Reatividade Pupilar (P) deve ser subtraída do resultado obtido da avaliação da ECG, ou seja, (O+V+M)-P					

Análise primária: Identificação de risco de morte presente quando à instabilidade dos sinais vitais, sendo estes:

a) Comprometimento das vias áreas: o paciente é incapaz de manter via área pérvia, presença de estridor inspiratório e expiratório;

b) Respiração ineficaz: o usuário apresenta sinais de esforço respiratório com batimento de asa de nasal, retração de fúrcula, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória;

c) Circulação: ausência de pulso na palpação por 5 (cinco) segundos é indicativo de PCR (Parada Cardiorrespiratória); identificar sinais de choque (ausência de pulso central ou pulso presente e fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência); e presença de hemorragias graves; Observação: em Gestantes e Puérperas considerar hemorragia exsanguinante a perda abrupta de 1500 ml; intenso como perda brusca de maior ou igual 150 ml em 20 minutos; o sangramento moderado é considerado como perda entre 60 a 150 ml em 20 minutos; e sangramento leve é considerado como perda maior ou igual a 60 ml em 6 horas.

d) Avaliação de dor:

Avaliação dos sinais vitais no ACCR:

I. Gestantes e Puérperas: pressão arterial, glicemia capilar, frequência cardíaca, saturação de oxigênio;

II. Adultos e Idosos: pressão arterial (em todos os pacientes, acima de 14 anos); Glicemia Capilar (diabete ou com histórico de vertigem e desmaios); frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura corporal, frequência respiratória se queixa respiratória;

III. Crianças e Adolescentes abaixo de 14 anos: frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura corporal e peso. Frequência respiratória se queixa respiratória.

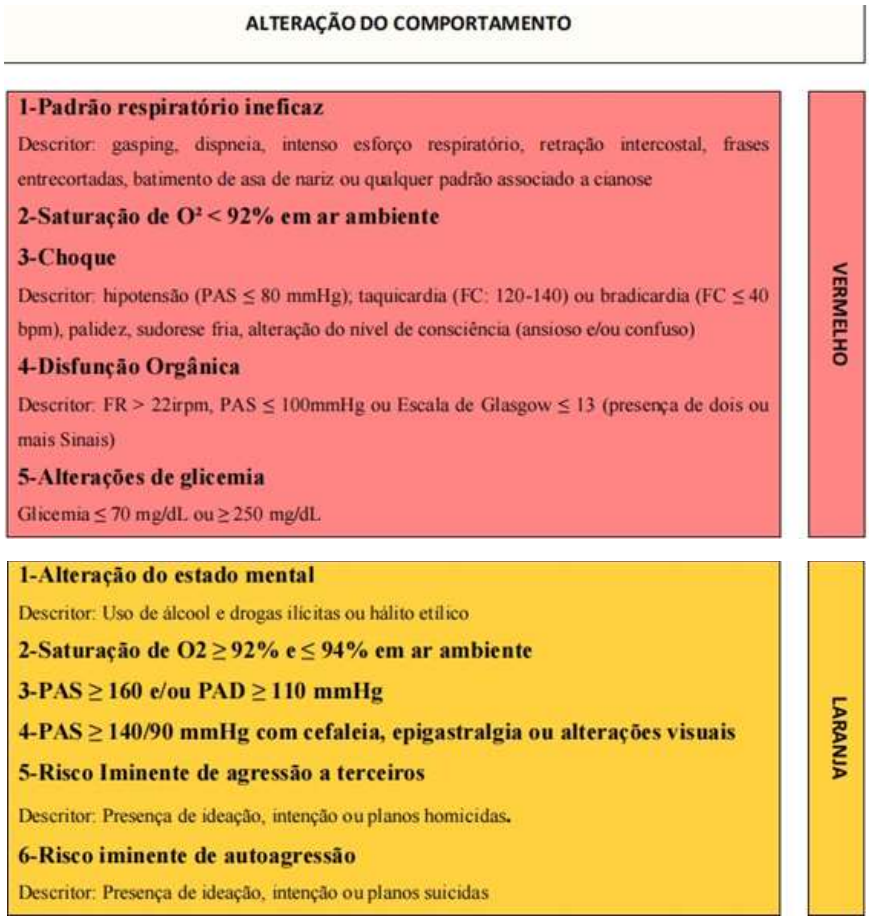
Fluxogramas

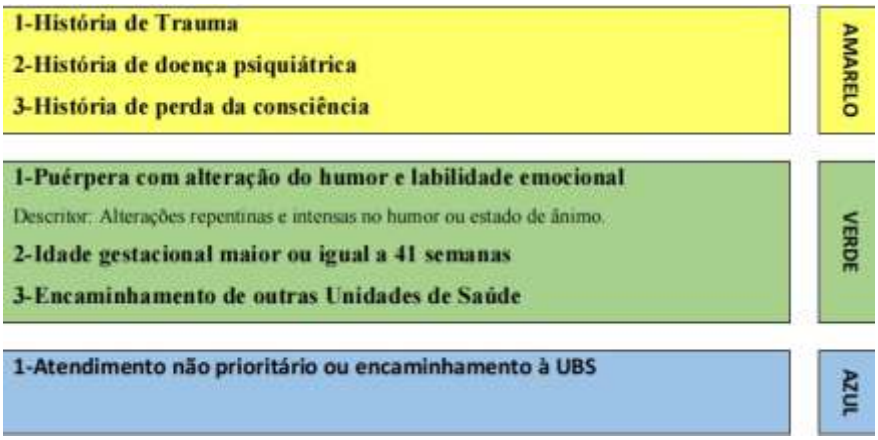
Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia

a) Critérios de Inclusão: Todas as gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto, com queixa obstétrica;

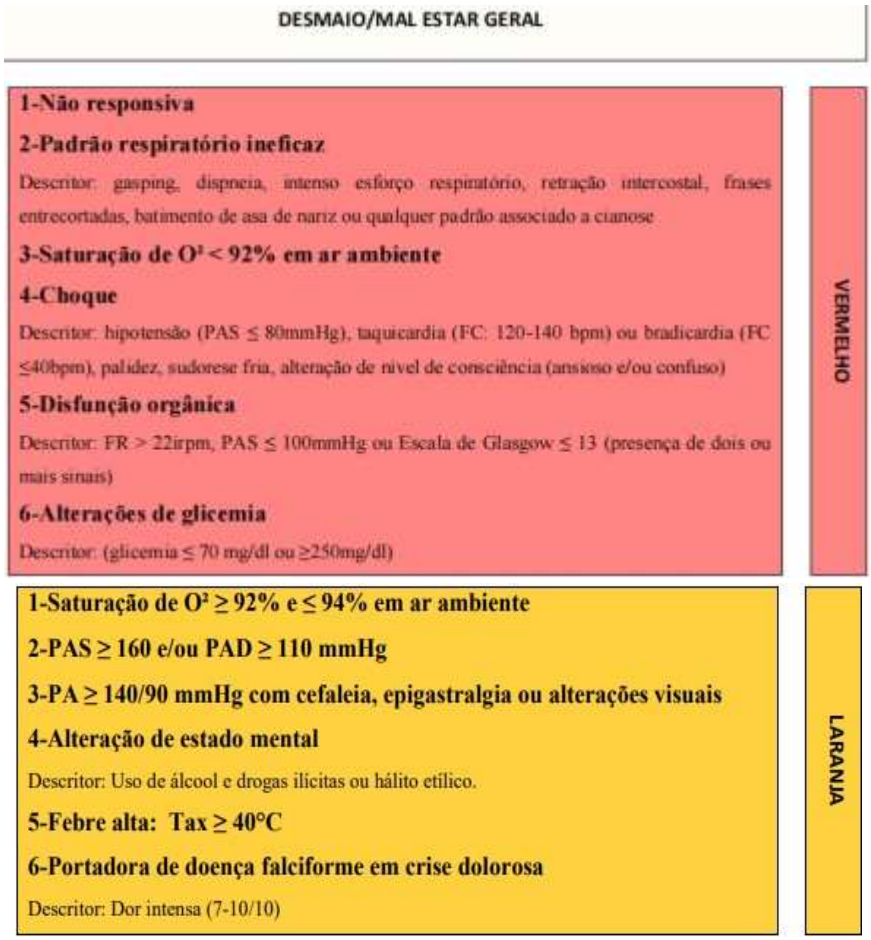
b) Critérios de Exclusão: gestantes e puérperas sem agravos/queixas obstétricas, ou demais pacientes fora da especialidade citada acima.

Seguem as alterações possíveis de serem encontradas no PS 24 horas, referente às gestantes e puérperas conforme os sinais e sintomas e cores da classificação de risco:





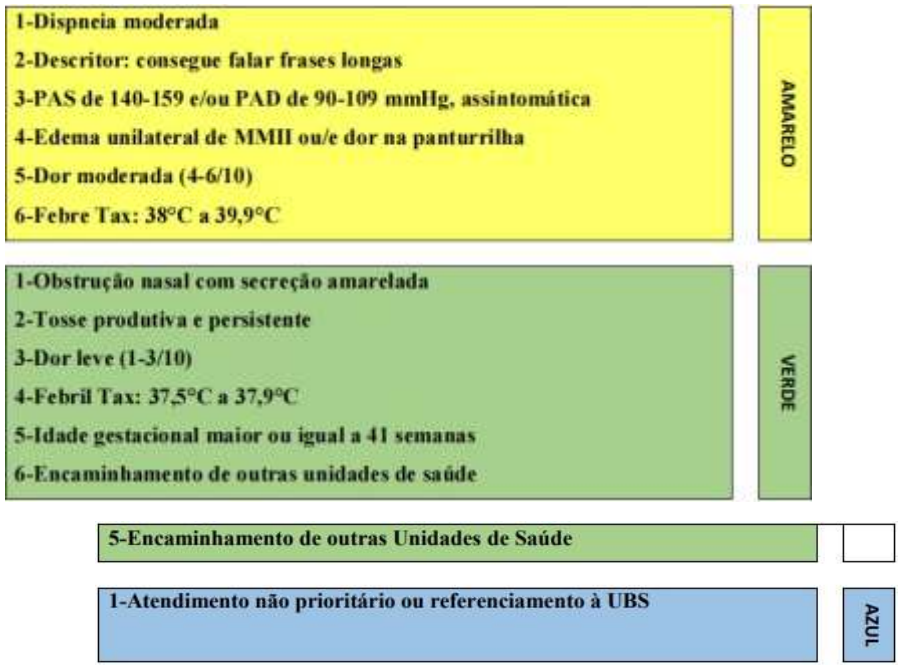
(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



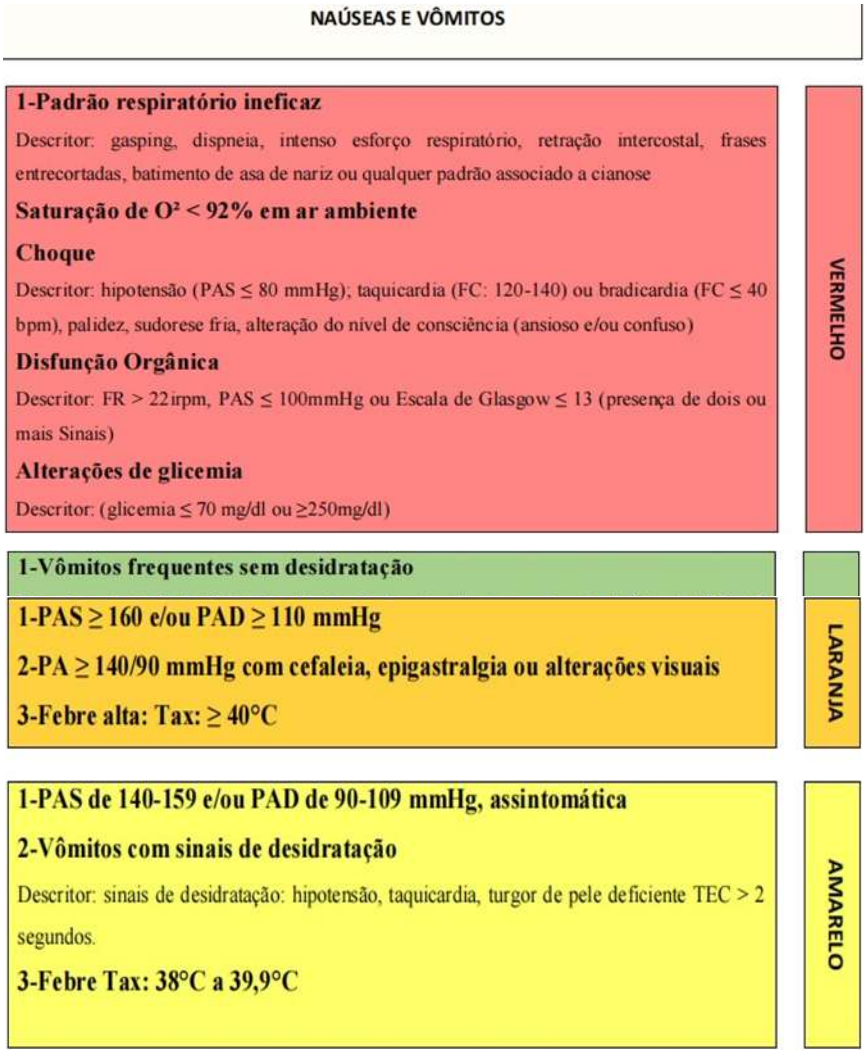
1-PAS de 140-159 mmHg e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática **2-Febre: Tax de 38° C a 39,9° C** **3-Pacientes imunodeprimidas** Descritor: Portadores de HIV; portadores de deficiência congênita de imunoglobulinas; usuários crônicos de corticoides; usuários de imunossupressores; pacientes pós-transplante de órgão sólidos e de tecido hematopoiético	AMARELO
1-Febril: Tax: 37,5° C a 37,9° C **2-Idade gestacional maior ou igual a 41 semanas** **3-PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg** **4-Encaminhamento de outras Unidades de Saúde**	VERDE
1-Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

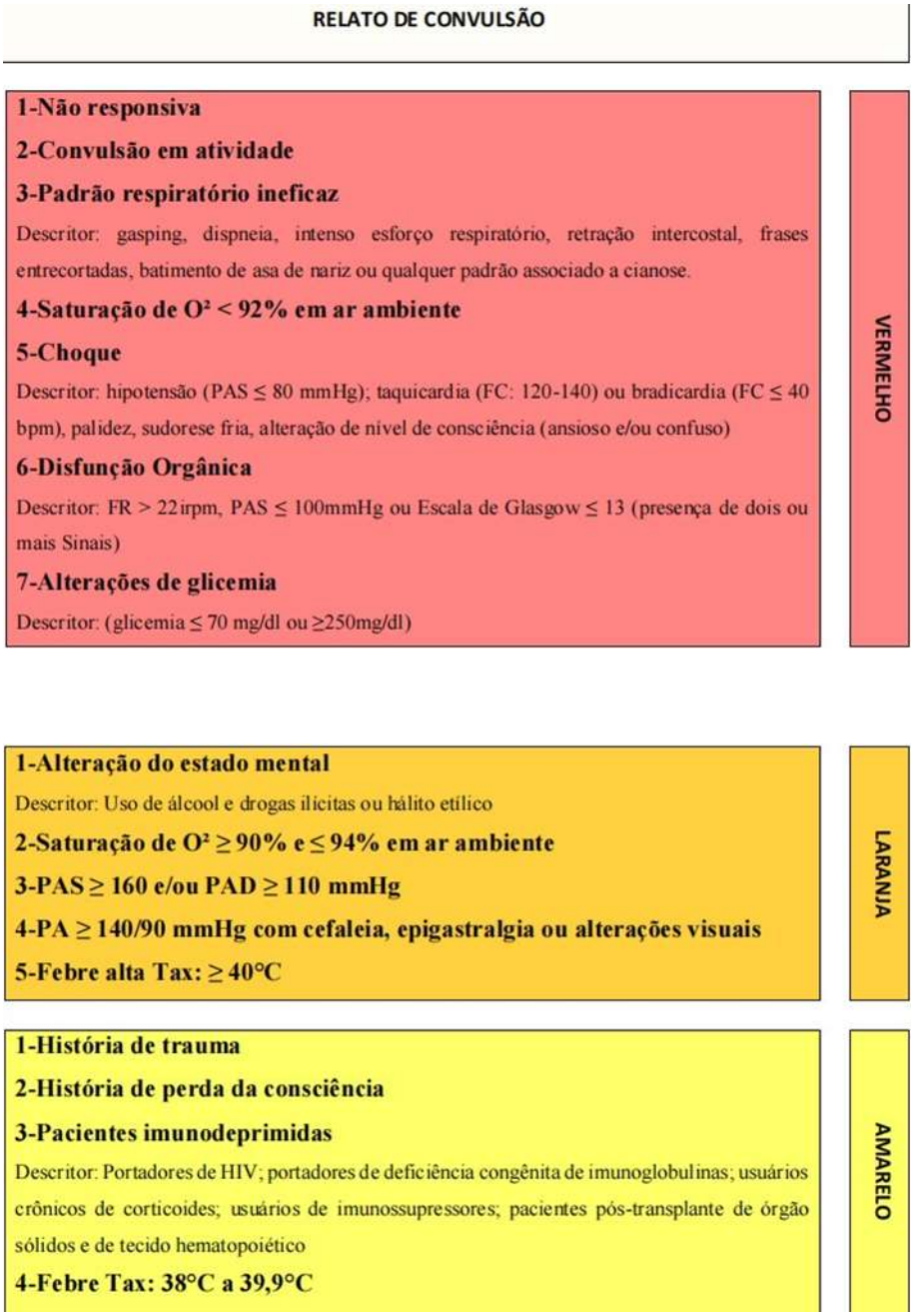
FALTA DE AR/SINTOMAS REPIRATÓRIOS	
1-Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose **2-Saturação de O^2 < 92% em ar ambiente** **3-Estridor** Descritor: som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea **4-Choque** Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg), taquicardia (FC: 120-140) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração do nível de consciência (ansioso e/ou confuso) **5-Disfunção orgânica** Descritor: FR > 22irpm, PAS ≤ 100mmHg ou Escala de Glasgow ≤ 13 (presença de dois ou mais Sinais)	VERMELHO
1-Saturação de O^2 ≥ 92% e ≤ 94% em ar ambiente **2-PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg** **3-PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais** **4-Dispneia de Início súbito após trauma** **5-Dor intensa (7-10/10)** **6-Febre alta: Tax: > 40°C**	LARANJA



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

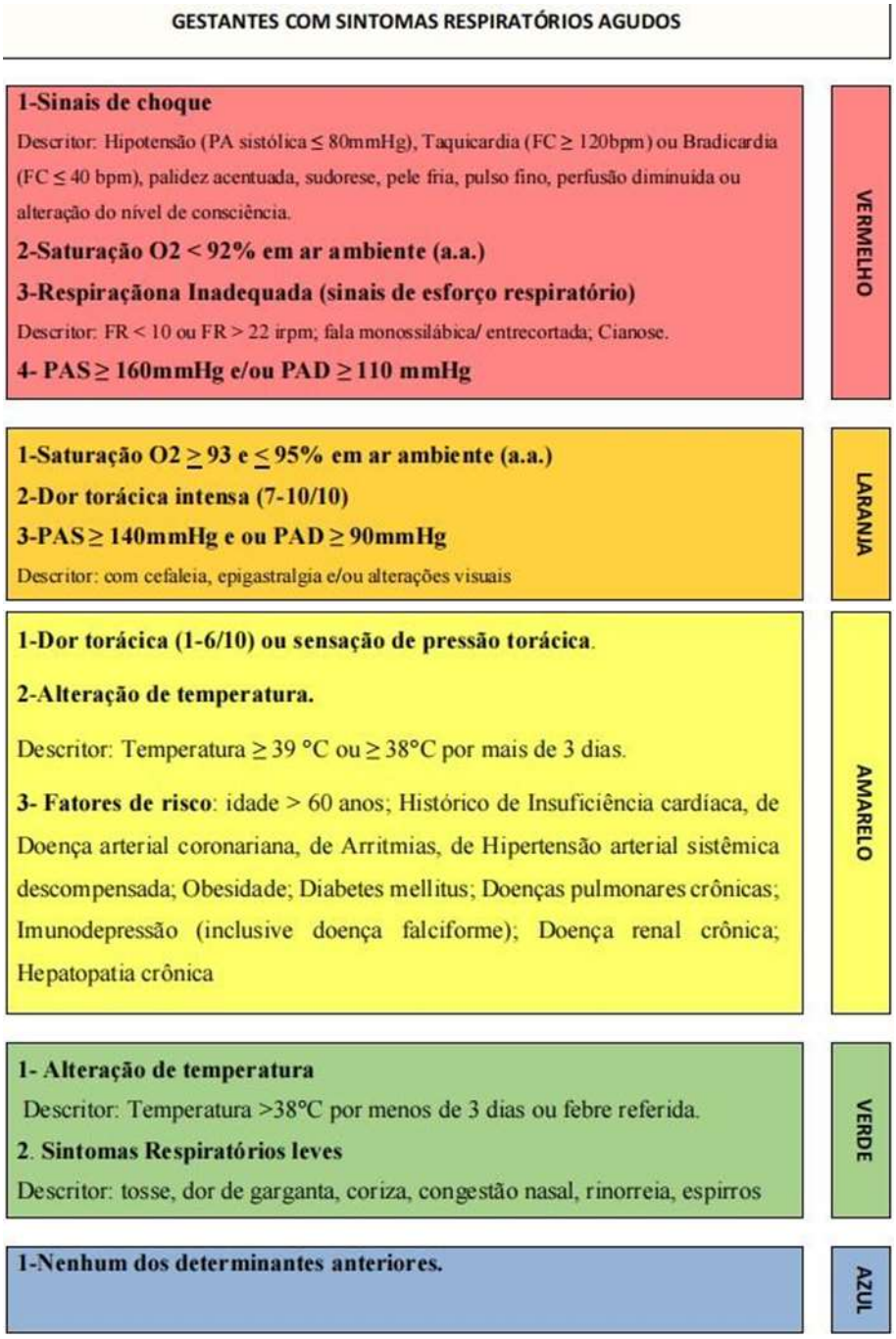


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



RELATO DE CONVULSÃO	
1-Não responsiva **2-Convulsão em atividade** **3-Padrão respiratório ineficaz** Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose. **4-Saturação de O^2 < 92% em ar ambiente** **5-Choque** Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC: 120-140) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência (ansioso e/ou confuso) **6-Disfunção Orgânica** Descritor: FR > 22irpm, PAS ≤ 100mmHg ou Escala de Glasgow ≤ 13 (presença de dois ou mais Sinais) **7-Alterações de glicemia** Descritor: (glicemia ≤ 70 mg/dl ou ≥250mg/dl)	VERMELHO
1-Alteração do estado mental Descritor: Uso de álcool e drogas ilícitas ou hálito etílico **2-Saturação de O^2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente** **3-PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg** **4-PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais** **5-Febre alta Tax: ≥ 40°C**	LARANJA
1-História de trauma **2-História de perda da consciência** **3-Pacientes imunodeprimidas** Descritor: Portadores de HIV; portadores de deficiência congênita de imunoglobulinas; usuários crônicos de corticoides; usuários de imunossupressores; pacientes pós-transplante de órgão sólidos e de tecido hematopoiético **4-Febre Tax: 38°C a 39,9°C**	AMARELO

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Acolhimento com Classificação de Risco Adulto

a) Critérios de Inclusão: todos os usuários a partir de 14 anos de idade, que procurarem atendimento no PS 24 horas.

b) Critérios de Exclusão: demais pacientes fora da faixa etária citada acima.

Seguem as alterações possíveis de serem encontradas no PS 24 horas, conforme os sinais e sintomas e cores da classificação de risco:

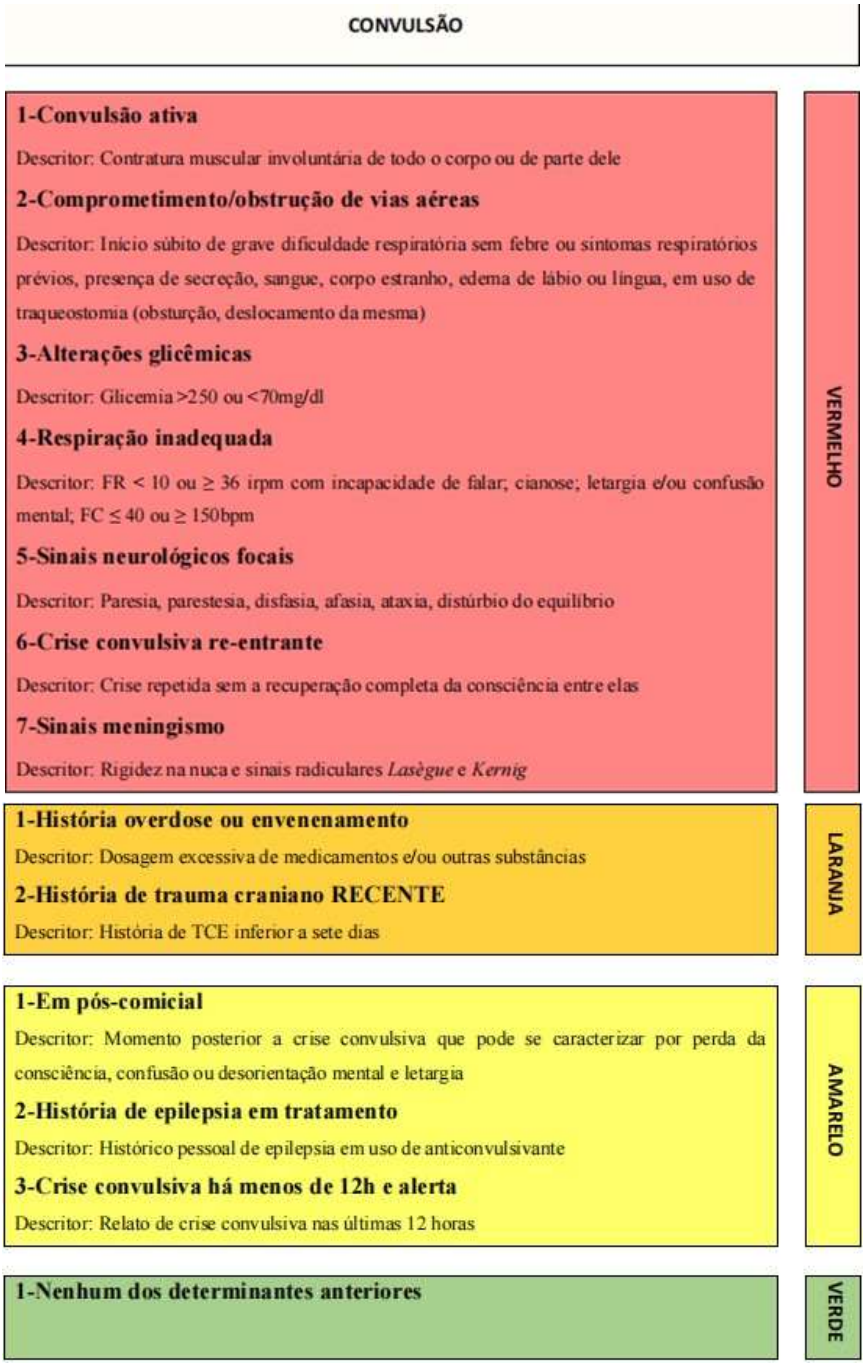
ALTERAÇÕES CUTÂNEAS	
1-Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm **2-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oliguria.	VERMELHO
1-Estridor laríngeo ou dificuldade de falar Descritor: Estridor: um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior **2-Edema difuso de face** Descritor: Inchaço envolvendo a derme profunda, tecido subcutâneo. Representando um edema localizado. O angiodema frequentemente ocorre na face, lábios, língua e laringe **3-Perfusão comprometida** Descritor: TEC > 2 seg com sinais de cianose **4-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Com abcesso ou flutuação **5-Mordedura (humana ou animal)** Descritor: Acidentes graves: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. Lambedura de mucosas. Lambedura de pele onde já existe lesão grave. Ferimento profundo causado por unha de animal **6-Ferida de difícil controle de sangramento** Descritor: Lesão com sangramento que mesmo após compressão persiste com sangramento visível **7-Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas locais** Descritor: Acidente ofídico, escorpiônico ou aracnídeo sem toxemia **8-Toxemiado, prostrado ou febril** Descritor: Cianótico, taquicardíaco, dispneico **9-Contato com produtos químicos de alta letalidade** Descritor: A toxicidade aguda é a capacidade de um produto causar um efeito prejudicial após uma única exposição, em um período de tempo curto.	LARANJA
Descritor: Lesão com sagramento contido após compressão **3-Abscesso e Febre (>37,8)** Descritor: Resultado de uma quebra na barreira pele com contaminação bacteriana **4-Placas eritematosas de início súbito** Descritor: Rubor na pele ocasionado pela vasodilatação capilar associado ou não a exposição solar, processos infecciosos ou inflamatórios, uso de substâncias medicamentosas, processos alérgicos. Quando pressionado embranquece, reaparecendo após cessar a pressão **5-Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% corpo associado a prurido** Descritor: Lesões com conteúdo líquido que pode ser serosidade, sangue ou pus, maior que um centímetro **6-Com infecção secundária** Descritor: Presença de sinais flogísticos (dor, calor e rubor)	

1-Mordedura (humana ou animal) Descritor: Acidentes leves, ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés). Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras, causadas por unha ou dente, lambedura de pele com lesões superficiais **2-Dor leve (1-3/10)** Descritor: Com abcesso ou flutuação **3-Abscesso SEM Febre** Descritor: Abcesso sem flutuação **4-Ferida infectada** Descritor: Sem sinais sistêmicos **5-Ferida superficial** Descritor: Lesão pequena e sem sangramento	VERDE
1-Retirada de pontos **2-Troca de curativos** **3-Quadro crônico ou recorrente** Descritor: Sem sinais sistêmicos **4-Nenhum dos determinantes anteriores**	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

ALTERAÇÕES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, COMPORTAMENTO OU SENSÓRIO	
1-Estado mental alterado Descritor: Desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas; Incapacidade de cumprir ordens simples; Pensamento desconexo **2-Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm **3-Saturação O^2 < 85%** **4-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oligúria **5-Sinais neurológicos focais** Descritor: Paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio **6-Déficit neurológico agudo** Descritor: Paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial **7-Alterações glicêmicas** Descritor: Glicemia >250 ou <70mg/dl	VERMELHO

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

DESMAIO, TONTURA, VERTIGEM	
1-Alteração do nível de consciência Descritor: Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG <9). **2-Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou língua, em uso de traqueostomia (obsturção, deslocamento da mesma). **3-Alterações glicêmicas** Descritor: Glicemia >250 ou <70 mg/dl. **4-Dor torácia** Descritor: Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas e epigastralgia. **5-Rigidez de nuca / muscular, hipertonicidade** Descritor: Incapacidade de flexionar a cabeça para frente devido a rigidez muscular e resistência a movimentação passiva. **6-Déficit neurológico agudo** Descritor: Paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial. **7-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oligúria.	VERMELHO
1-Pulso anormal (FILIFORME) Descritor: Tipo de pulso arterial muito fraco. **2-Distúrbio súbito do equilíbrio** Descritor: Associado a náuseas e vômitos. **3-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **4-Em pós-comicial e torporoso/comatoso** Descritor: Momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. **5-Dispnéia aguda** Descritor: Sensação de dificuldade para respirar de instalação súbita (<30 dias). **6-Alteração do nível de consciência** Descritor: Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13).	LARANJA

7-Alteração de temperatura Descritor: Temperatura: <35°C ou >37,8°C. **8-História importante de alergia** Descritor: Relato de reação alérgica conhecida. **9-Cefaléia intensa (8-10/10) de início súbito** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como "A pior dor de cabeça da vida". **9-História de trauma craniano RECENTE** Descritor: História de TCE inferior a sete dias.	
1-História de inconsciência Descritor: Perda da capacidade de permanecer alerta. **2-Dor moderada (4-6/10)** Descritor: Dor suportável, mas intensa. **3-Em pós-comicial** Descritor: Momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência. **4-Relato de primeira crise convulsiva** **5-Relato de crise convulsiva há menos de 12h e alerta** Descritor: Relato de crise consulviva nas últimas 12 horas.	AMARELO

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

DIARRÉIA E VOMITOS	
1-Vômito com sangue Descritor: Presença de grande quantidade de sangue no vômito presenciado ou relatado com repercussão hemodinâmica, Hipotensão (PA sistólica ≤80mmHg); Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm) **2-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de cosnciência e oligúria.	VERMELHO
1-Dor Intensa Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **2-Alteração do nível de consciência** Descritor: Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13). **3-Perfusão comprometida** Descritor: TEC > 2 seg com sinais de cianose.	LARANJA

1-Alteração de temperatura Descritor: Temperatura: <35°C ou >37,8°C. **2-Fezes enegrecidas ou em geléia de groselha** Descritor: Presença sangue fresco com coágulos nas fezes. **3-Dor moderada (4-6/10)** Descritor: Dor suportável, mas intensa. **4-Sinais de desidratação** Descritor: Diminuição da urina e da turgidez da pele (a pele demora para voltar ao lugar, se esticada), fraqueza e tonturas, boca e língua secas.	AMARELO
1-Dor leve (1-3/10) **2-Vômitos esparços** **3-Evento de início < 6 horas**	VERDE
1- Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

DOR ABDOMINAL OU QUEIXAS ABDOMINAIS

1-Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou língua, em uso de traqueostomia (obsturção ou deslocamento da mesma). **2-Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm. **3-Sinais de Choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oligúria. **4-Vômito com sangue** Descritor: Presença de grande quantidade de sangue no vômito presenciado ou relatado com repercussão hemodinâmica, Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg); Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm).	VERMELHO

1-Dor irradiando para o dorso **2-Dor epigástrica** **3-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **4-Alteração de temperatura** Descritor: Temperatura: <35°C ou >37,8°C.	LARANJA
1-Fezes enegrecidas ou em geléia de groselha Descritor: Presença sangue fresco com coágulos nas fezes. **2-Dor moderada (4-6/10)** Descritor: Dor suportável, mas intensa. **3-História de vômito COM sangue < 6 HORAS** **4-Sangramento vaginal** **5-Possível gravidez** **6-Irradiação para ombro** **7-Vômito persistente**	AMARELO
Descritor: Reflexo incontrolável que expele conteúdo gástrico pela boca e que não cessa com medidas para aliviar o sintoma.	
1-Dor leve (1-3/10) **2-Parestesias bilaterais ou migratórias** Descritor: Sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão) que são percebidas espontaneamente na ausência de estimulação.	VERDE
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

DOR CERVICAL	
1-Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm. **2-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de cosnciência e oligúria. **3-Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou lingua, em uso de traqueostomia (obsturção ou deslocamento da mesma). **4-Sinais neurológicos focais** Descritor: Paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. **5-Manifestações hemorrágicas** Descritor: Presença de petéquias, equimoses, sangramentos espontâneos.	VERMELHO

1-Alteração do nível de consciência Descritor: Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13). **2-Sinais de meningismo** Descritor: Rigidez na nuca e sinais radiculares *Lasègue* e *Kernig*. **3-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **4-Alteração de temperatura** Descritor: Temperatura: <35°C ou >37,8°C. **5-Trauma direto no pescoço** Descritor: Inclui traumatismos de garganta, nuca e região supraclavicular.	LARANJA
1-Dor moderada (4-6/10) Descritor: Dor suportável, mas intensa com abcesso ou flutuação	AMARELO
1-Evento recente < 7 dias Descritor: Aparecimento <7 dias.	VERDE
2-Dor leve (1-3/10)	
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

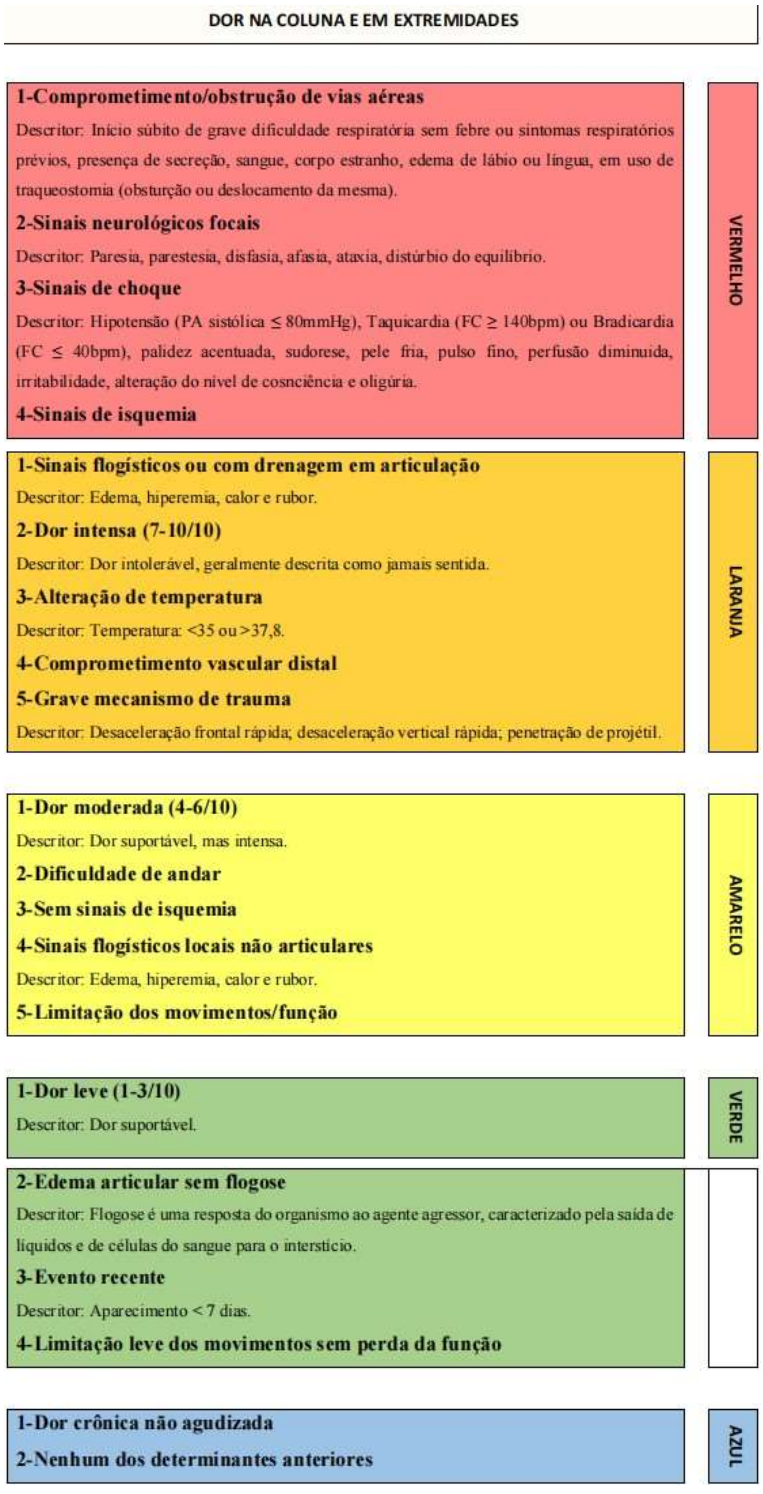
DOR DE CABEÇA	
1-Estado mental alterado Descritor: Desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas; Incapacidade de cumprir ordens simples; Pensamento desconexos; Rebaixamento do nível de consciência, letargia e/ou confusão mental. **2-Convulsão ativa** Descritor: Contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele. **4-Sinais neurológicos focais** Descritor: Paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. **5-Sinais meningismo** Descritor: Rigidez na nuca e sinais radiculares *Lasègue* e *Kernig*. **6-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de cosnciência e oligúria. **7-Início súbito de maior intensidade já sentida** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como "A pior dor de cabeça da vida". **8-Perda aguda completa da visão**	VERMELHO

1-Dor intensa (7-10/10) Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.	LARANJA
1-História de inconsciência Descritor: Perda da capacidade de permanecer alerta **2-Dor moderada (4-6/10)** Descritor: Dor suportável, mas intensa **3-Alteração de temperatura** Descritor: Temperatura: <35°C ou >37,8°C **4-Náuseas e vômitos** Descritor: Associados a dor **5-Diminuição recente da visão**	AMARELO
1-Evento recente < 7 dias Descritor: Aparecimento <7 dias	VERDE
2-Dor leve (1-3/10)	
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

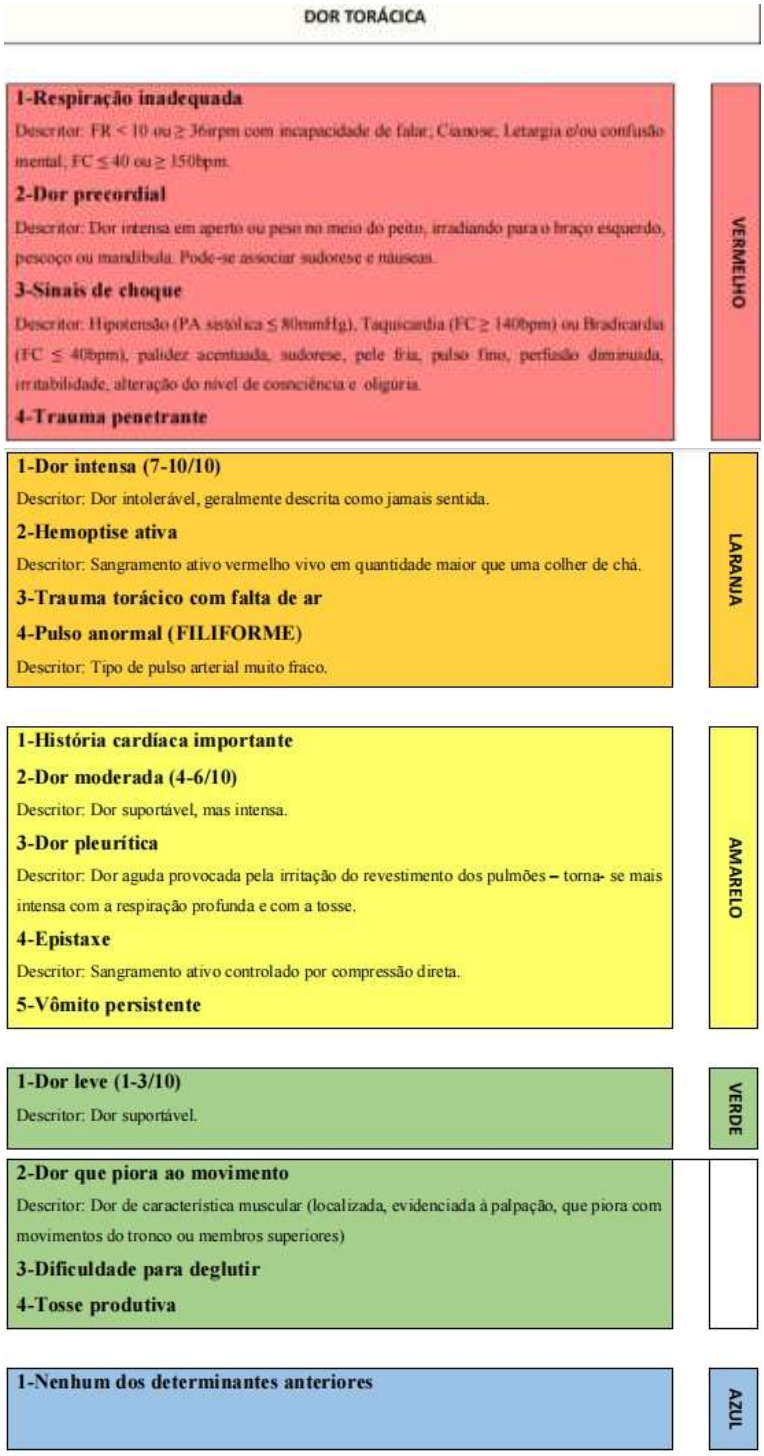
(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

DOR DE GARGANTA	
1-Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou língua, em uso de traqueostomia (obstrução ou deslocamento da mesma).	VERMELHO
1-Dor intensa (7-10/10) Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **2-Estridor laríngeo ou dificuldade de falar** Descritor: Estridor: um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior.	LARANJA
1-Dor moderada (4-6/10) Descritor: Dor suportável, mas intensa. **2-Alteração de temperatura** Descritor: Temperatura: <35°C ou >37,8°C. **3-História de viagem recente**	AMARELO
1-Dificuldade para deglutir **2-Ardencia na garganta sem sialorreia** **3-Tosse, coriza, obstrução** **4-Dor leve (1-3/10)** Descritor: Dor suportável.	VERDE
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

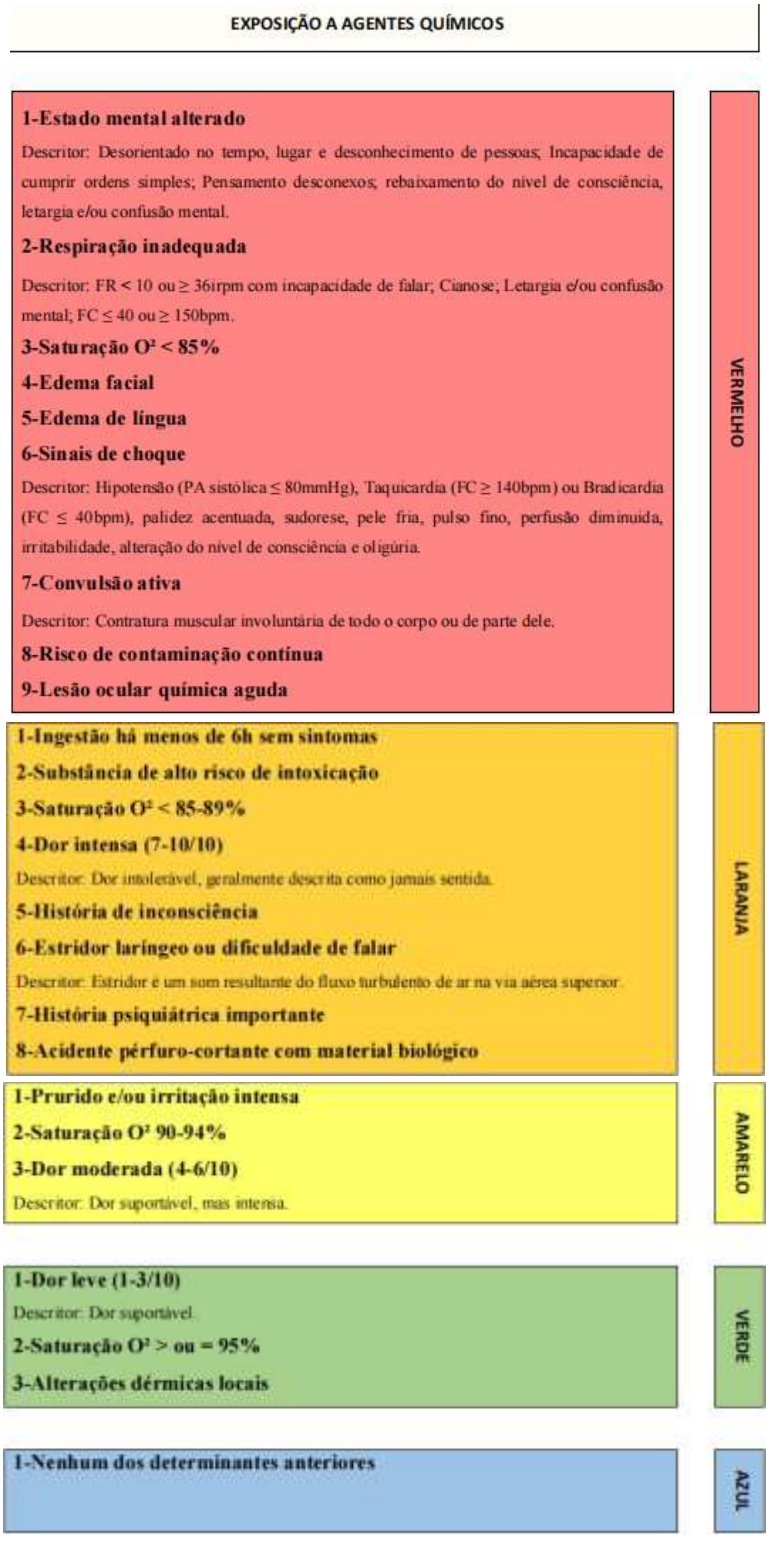
(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

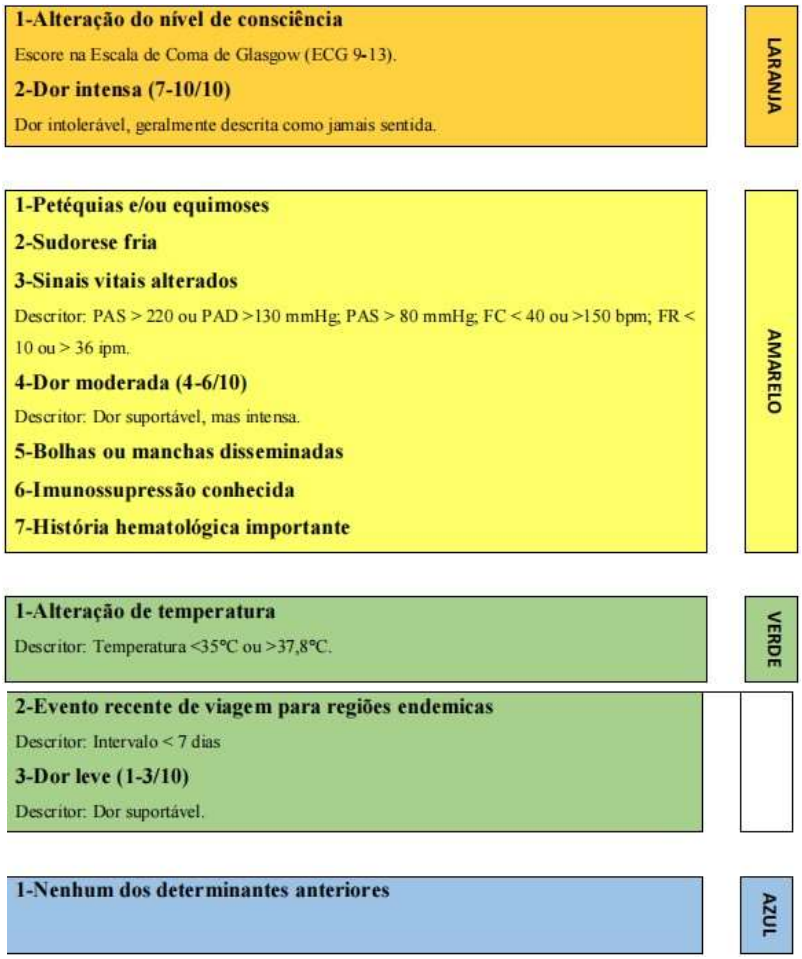
MORDEDURAS E PICADAS DE ANIMAIS

1-Hemorragia sem controle ou lesão de grandes vasos ou hemorragia grave Descritor: Lesões com sangramento visivel a despeito de medidas compressivas em jatos ou esguichos de sangue. Perda ≥ 1.500 ml(um lençol encharcado abruptamente);FC ≥ 120 bpm e PAS ≤ 70 mmHg. **2-Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou lingua, em uso de traqueostomia (obsturção ou deslocamento da mesma). **3-Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm. **4-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nivel de cosnciência e oligúria. **5-Saturação O^2 < 85%** **6-Saturação de oxigênio < 95% com O^2 e < 90% em ar ambiente**	VERMELHO
1-Alteração do nível de consciência Descritor: Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13). **2-Estridor laringeo ou dificuldade de falar** Descritor: Estridor é um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior. **3-Edema de face** **4-Edema de lingua** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg); Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm). **4-Saturação O^2 85-89%** **5-Ferimentos profundos** **6-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **7-História importante de alergia** **8-Veneno alta mortalidade**	LARANJA

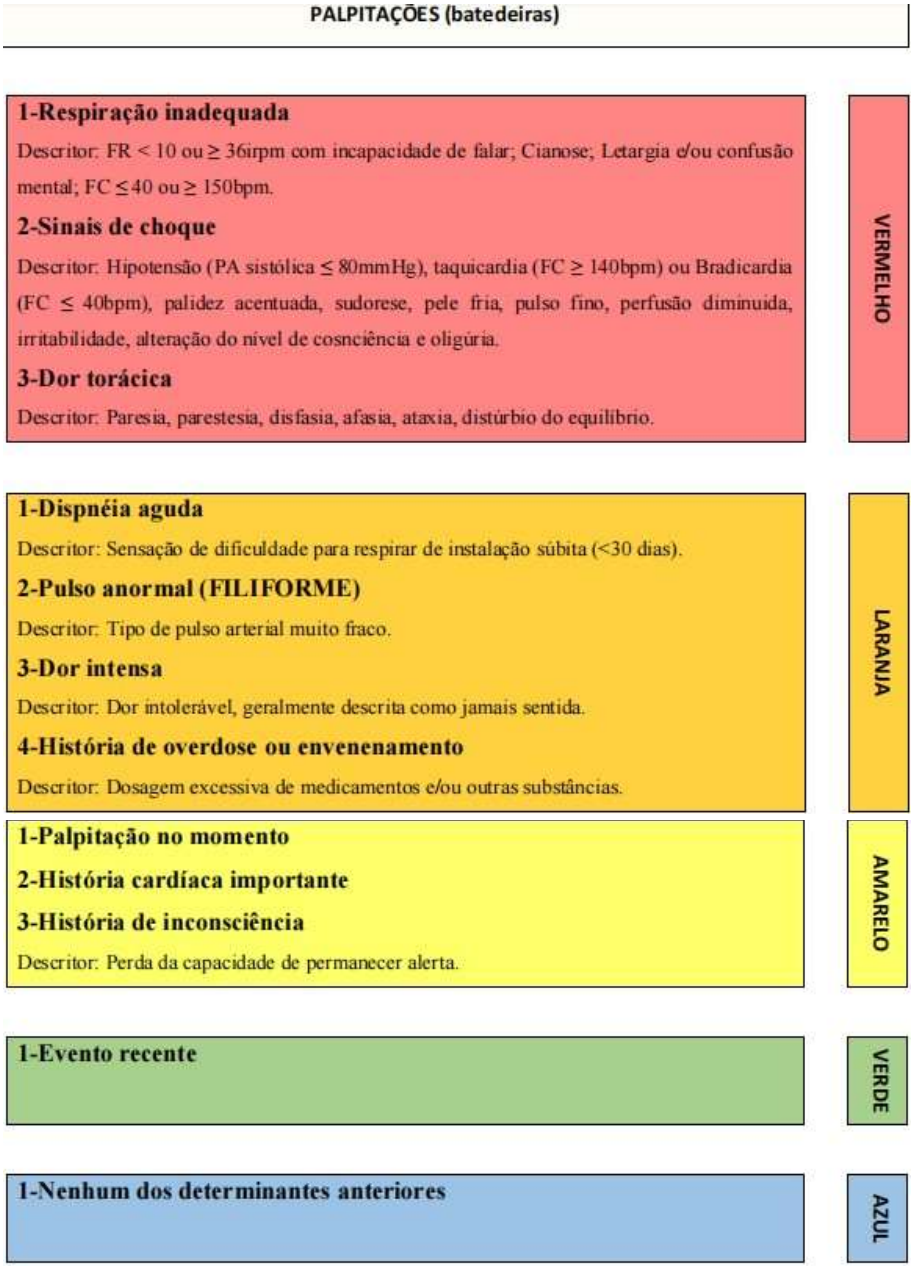
1-Sem sinais sistêmicos **2-Eritema ou bolhas disseminadas** **3-Dor moderada (4-6/10)** Descritor: Dor suportável, mas intensa. **4-Saturação O^2 90-94%** **5-Prurido intenso** **6-Ferida com sangramento controlado** Descritor: Lesão com sangramento contido após compressão.	AMARELO
1-Saturação O^2 > ou = 95% **2-Dor leve (1-3/10)** Descritor: Dor suportável. **3-Inflamação local** Descritor: Edema, hiperemia, calor e rubor. **4-Infecção local**	VERDE
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

MAL-ESTAR GERAL	
1-Hipoglicemia grave Descritor: Glicemia < 50mg/dL e sinais: mudança de comportamento (agressividade, apatia, perda de consciência, crise convulsiva), sudorese intensa e necessidade de ajuda de terceiros. **2-Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm. **3-Sinais de choque** Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de cosnciência e oligúria. **4-Sinais neurológicos focais** Descritor: Paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. **5-Sinais de meningismo** Descritor: Rigidez na nuca e sinais radiculares *Lasègue* e *Kernig*.	VERMELHO



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

POLITRAUMAS	
1-Sinais de choque Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nivel de cosnciência e oligúria. **2-Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: Inicio súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou lingua, em uso de traqueostomia (obsturção, deslocamento da mesma). **3-Hemorragia sem controle ou lesão de grandes vasos ou hemorragia grave** Descritor: Lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas em jatos ou esguichos de sangue. Perda ≥ 1.500 ml (um lençol encharcado abruptamente);FC ≥ 120 bpm e PAS ≤ 70 mmHg. **4-Amputação traumática** **5- Sinais neurológicos focais** **6-Otorragia**	VERMELHO
1-Alteração do nível de consciência Descritor: Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13). **2-Palidez cutânea e sudorese fria dor pleurítica** Descritor: Dor aguda provocada pela irritação do revestimento dos pulmões – torna- se mais intensa com a respiração profunda e com a tosse. **3-Dor cervical** **4-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **5-Dor ou instabilidade da pelve** **6-Náuseas / vômitos** **7- Evisceração** Descritor: É uma lesão onde ocorre a extrusão de vísceras abdominais. **8-Ferimento perfurante** **9-Trauma direto no pescoço**	LARANJA
1-Envolvimento em mecanismo de trauma grave Descritor: Queda de altura; acidente automobilistico; acidente com motocicleta, atropelamento de pedestre ou ciclista. **2-História de inconsciência** Descritor: Perda da capacidade de permanecer alerta. **3-Hemorragia controlável** Descritor: Sangramento ativo contido por compressão. **4-Cefaléia moderada (4-7/10)** Descritor: Sem perda de consciência, náuseas, vômitos, crise convulsiva ou ferimento perfurante. **5-Cefaléia pós alta** **6-Dor moderada (4-6/10)** Descritor: Dor suportável, mas intensa.	AMARELO

1-Contusões e escoriações **2-Dor leve (1-3/10)** Descritor: Dor suportável. **3-Evento recente** **4-Evento (trauma) há mais de 6h** **5-Edema local** **6-Deformidade local sem lesões**	VERDE
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

QUEIMADURAS

1-Estado mental alterado Descritor: Desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas, Incapacidade de cumprir ordens simples; Pensamento desconexos; rebaixamento do nível de consciência, letargia e/ou confusão mental **2-Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar, Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm **3-Saturação O^2 < 85%** Descritor: Saturação de oxigênio < 95% com O2 e < 90% em ar ambiente	VERMELHO
1-Queimaduras circunferenciais **2-Queimaduras de 2°/3° graus > 10% SCQ** Descritor: >10 e 25% SCQ **3-Queimaduras de 2°/3° graus em face e períneo** **4-Queimaduras elétricas** **5-Queimaduras em ambientes confinados** **6-Saturação O^2 85-89%** **7-Estridor laríngeo ou dificuldade de falar** Descritor: Estridor é um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior	LARANJA

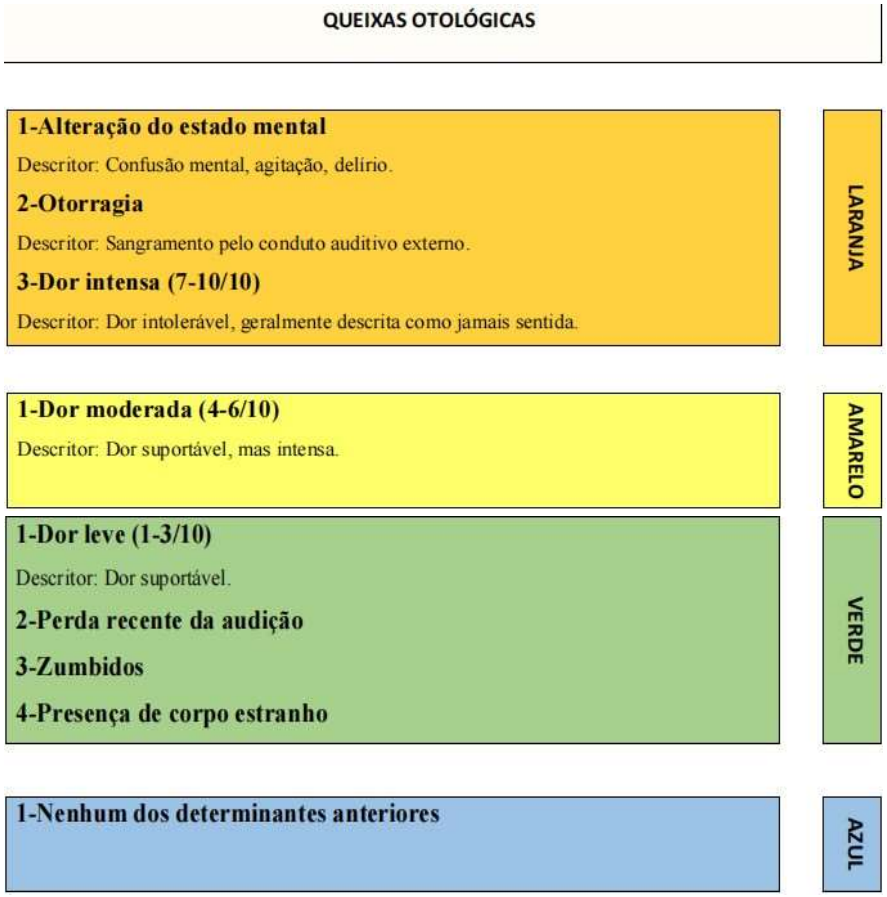
1-Queimaduras de 2°/3° graus < 10% SCQ **2-Queimaduras de 1° grau > 10% SCQ** Descritor: > 10% SCQ em áreas não críticas **3-Queimaduras de 1° grau em face e períneo** **4-Queimaduras de mãos e pés de qualquer grau** **5-Saturação O^2 90-94%**	AMARELO
1-Saturação O^2 > ou = 95% **2-Queimaduras de 1° grau** Descritor: <10% SCQ em áreas não críticas	VERDE
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

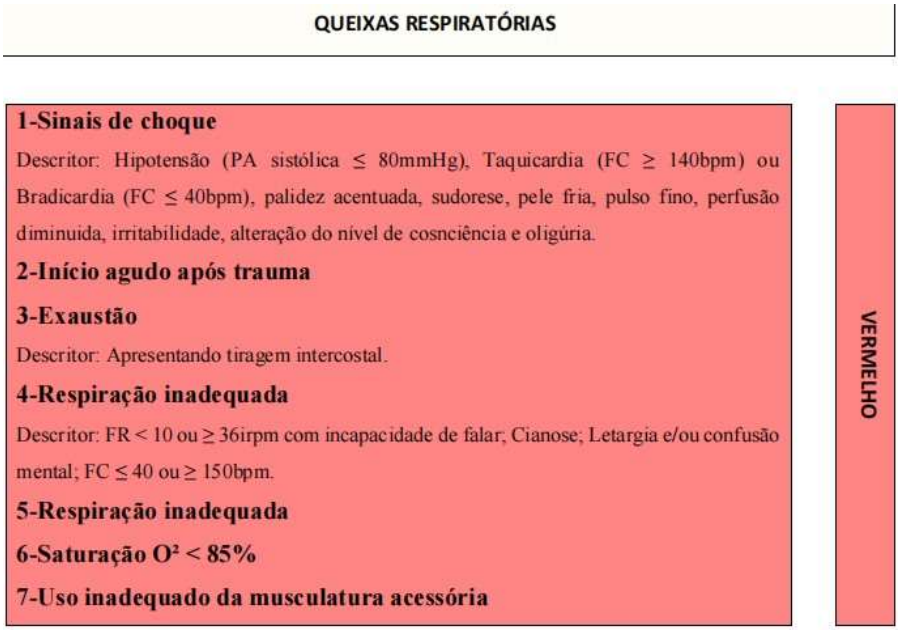
QUEIXAS OCULARES

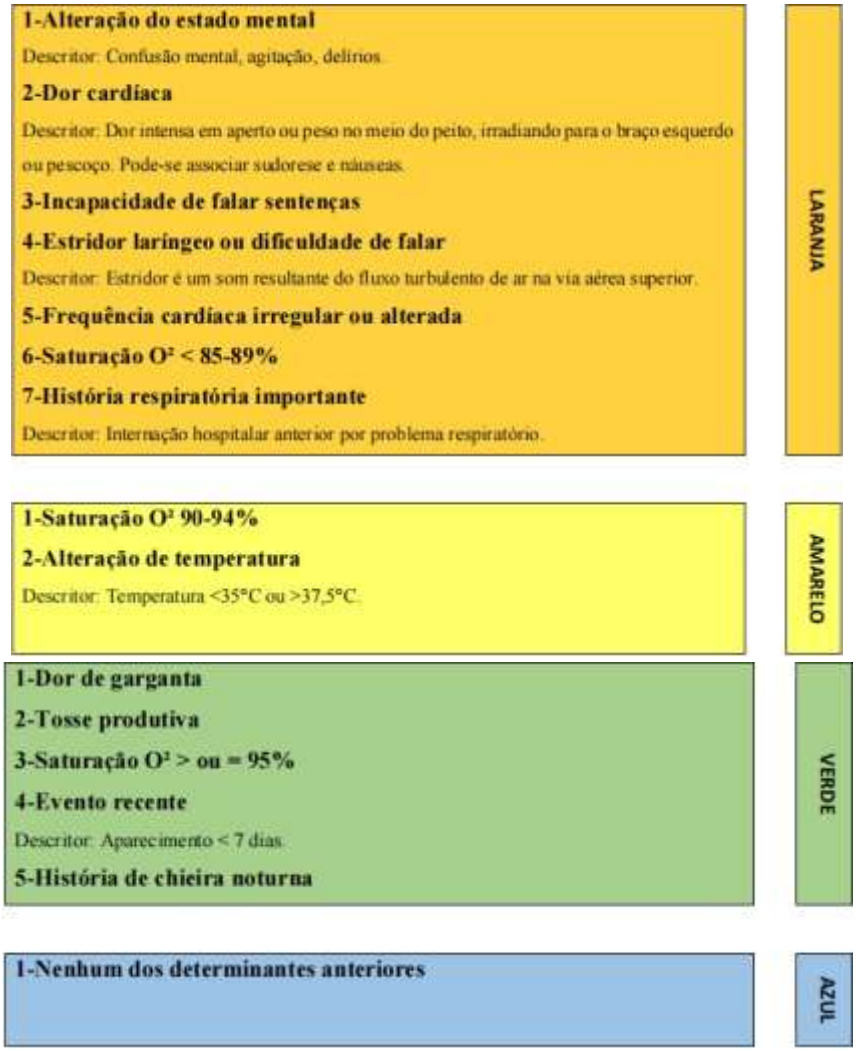
1-Dados vitais alterados Descritor: PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130 mmHg; PAS ≤ 80mmHg; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm; FR ≤ 10 ou ≥ 36irpm; Febre > 40°C em adultos; Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocomprometidos; PAS entre 190-220 / PAD entre 120-130mmHg; Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocompetentes e com toxemia. **2-Dor intensa (7-10/10)** Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **3-Perda visual súbita ou diplopia**	LARANJA
1-Dor moderada (4-6/10) Descritor: Dor suportável, mas intensa. **2-Celulite peri-orbitária**	AMARELO
1-Dor leve (1-3/10) **2-Sensação de corpo estranho** **3-Hemorragia na esclera** Descritor: Sem história de trauma. **4-Olho avermelhado** Descritor: Sem história de trauma, contatato com substâncias químicas ou solda. **5-Prurido ocular** **6-Terçol ou calázio**	VERDE
1-Nenhum dos determinantes anteriores	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

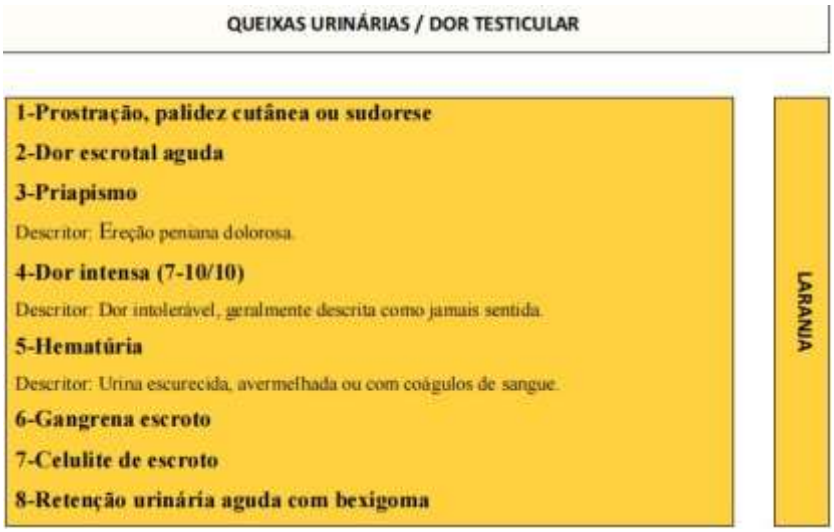


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)





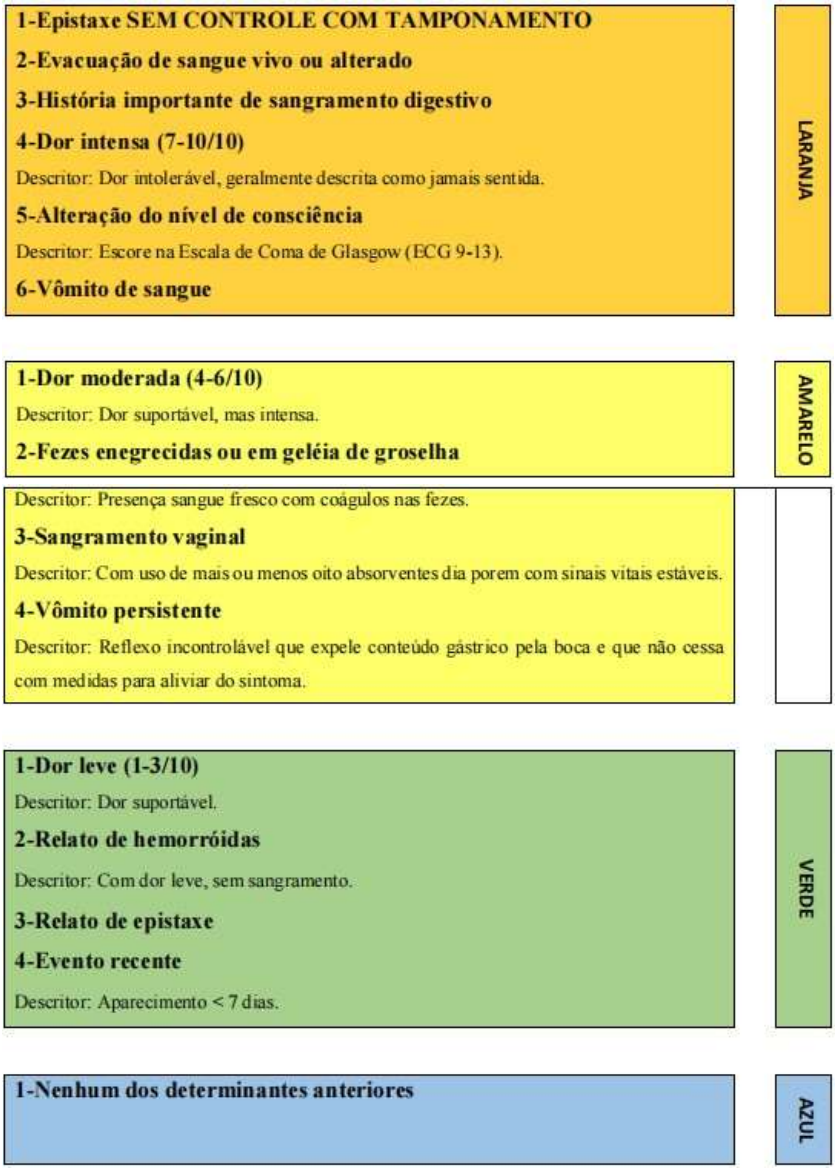
(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



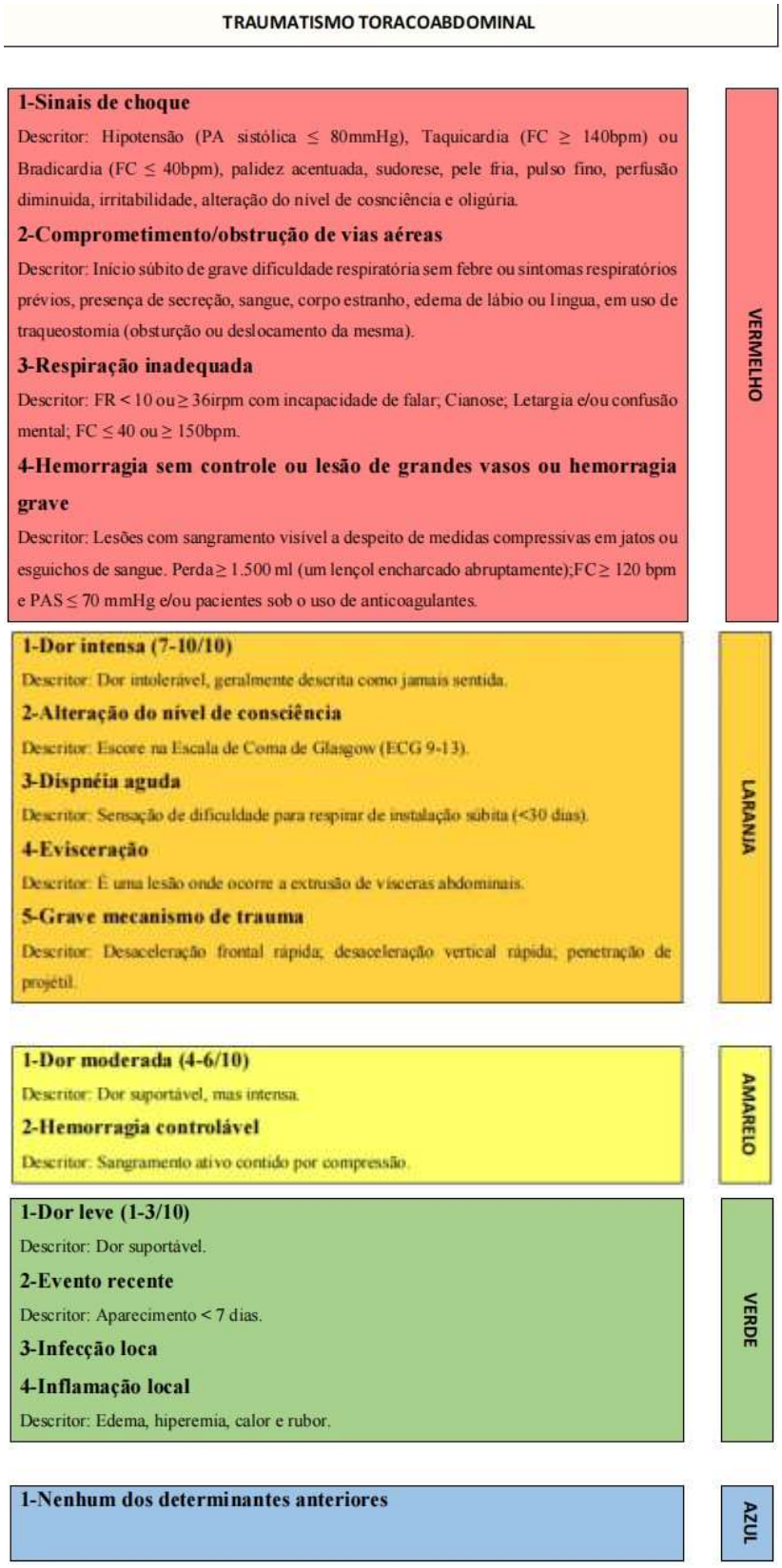
1-Dor moderada (4-6/10) Descritor: Dor suportável, mas intensa. **2-Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria** **3-Alteração de temperatura (<35 ou >37,8°C)** **4-Vômito persistente** Descritor: Reflexo incontrolável que expele conteúdo gástrico pela boca e que não cessa com medidas para aliviar do sintoma.	AMARELO
1-Dor leve (1-3/10) Descritor: Dor suportável. **2-Trauma superficial de escroto** **3-Corrimento uretral amarelado e fétido** **4-Troca de sonda obstruída** **5-Evento recente < 7 DIAS**	VERDE
1-Troca de sonda **2-Nenhum dos determinantes anteriores**	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

SANGRAMENTOS	
1-Sinais de choque Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuida, irritabilidade, alteração do nível de cosnciência e oligúria. **2-Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: Inicio súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou lingua, em uso de traqueostomia (obsturção ou deslocamento da mesma). **3-Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm. **4-Distúrbio de coagulação** Descritor: Pacientes hemofílicos. **5-Hemorragia sem controle ou lesão de grandes vasos ou hemorragia grave** Descritor: Lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas em jatos ou esguichos de sangue. Perda ≥ 1.500 ml (um lençol encharcado abruptamente);FC ≥ 120 bpm e PAS ≤ 70 mmHg e/ou pacientes sob o uso de anticoagulantes. **6-Distúrbio de coagulação de paciente cardiopata em uso de anticoagulante**	VERMELHO

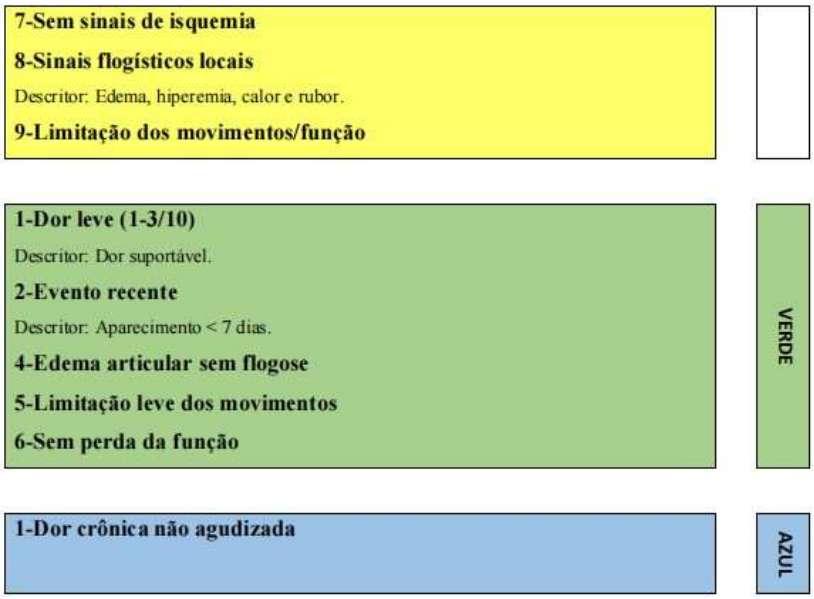


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

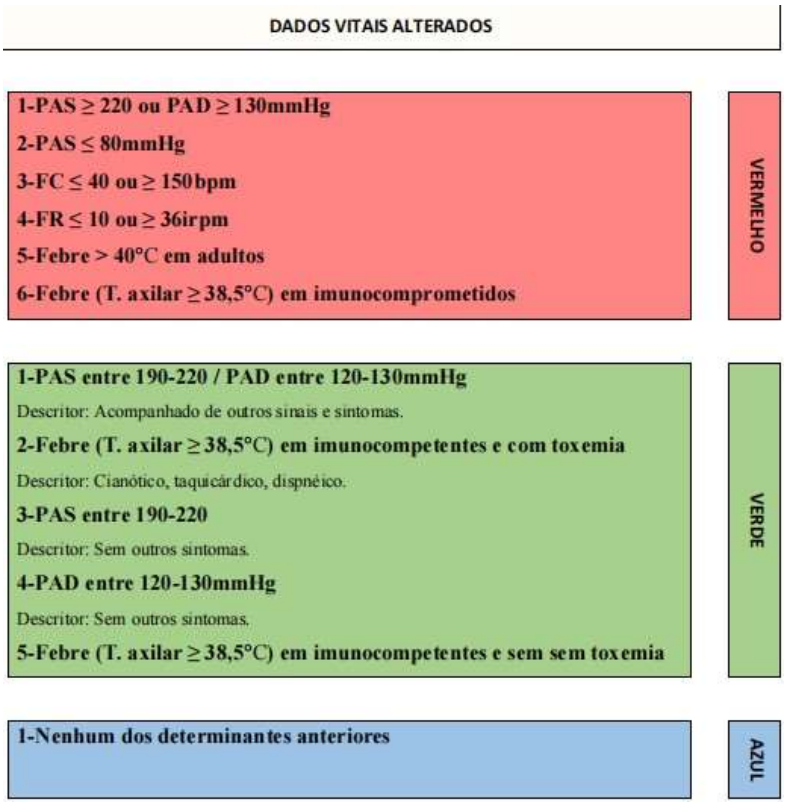


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

TRAUMAS	
1-Sinais de choque Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oligúria. **2-Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou língua, em uso de traqueostomia (obstrução ou deslocamento da mesma). **3-Sinais de isquemia** **4-Fratura exposta** **5-Sinais neurológicos focais** Descritor: Paresia, parestesia, disfasia, afásia, ataxia, distúrbio do equilíbrio.	VERMELHO
1-Dor intensa (7-10/10) Descritor: Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **2-Ferida com sangramento ativo** **3-Edema (++ / 4 +)** **4-Alterações Respiratórias** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm. **5-Incapacidade de andar** **6-Grave mecanismo de trauma** Descritor: Desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida; penetração de projétil.	LARANJA
1-Dor moderada (4-6/10) Descritor: Dor suportável, mas intensa. **2-Ferimento sem sangramento ativo** **4-Deformidade em membros** **5-Cefaléia** **6-Vômito** Descritor: Se não se puder excluir trauma craniano, ingestão de drogas ou doença de base.	AMARELO



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

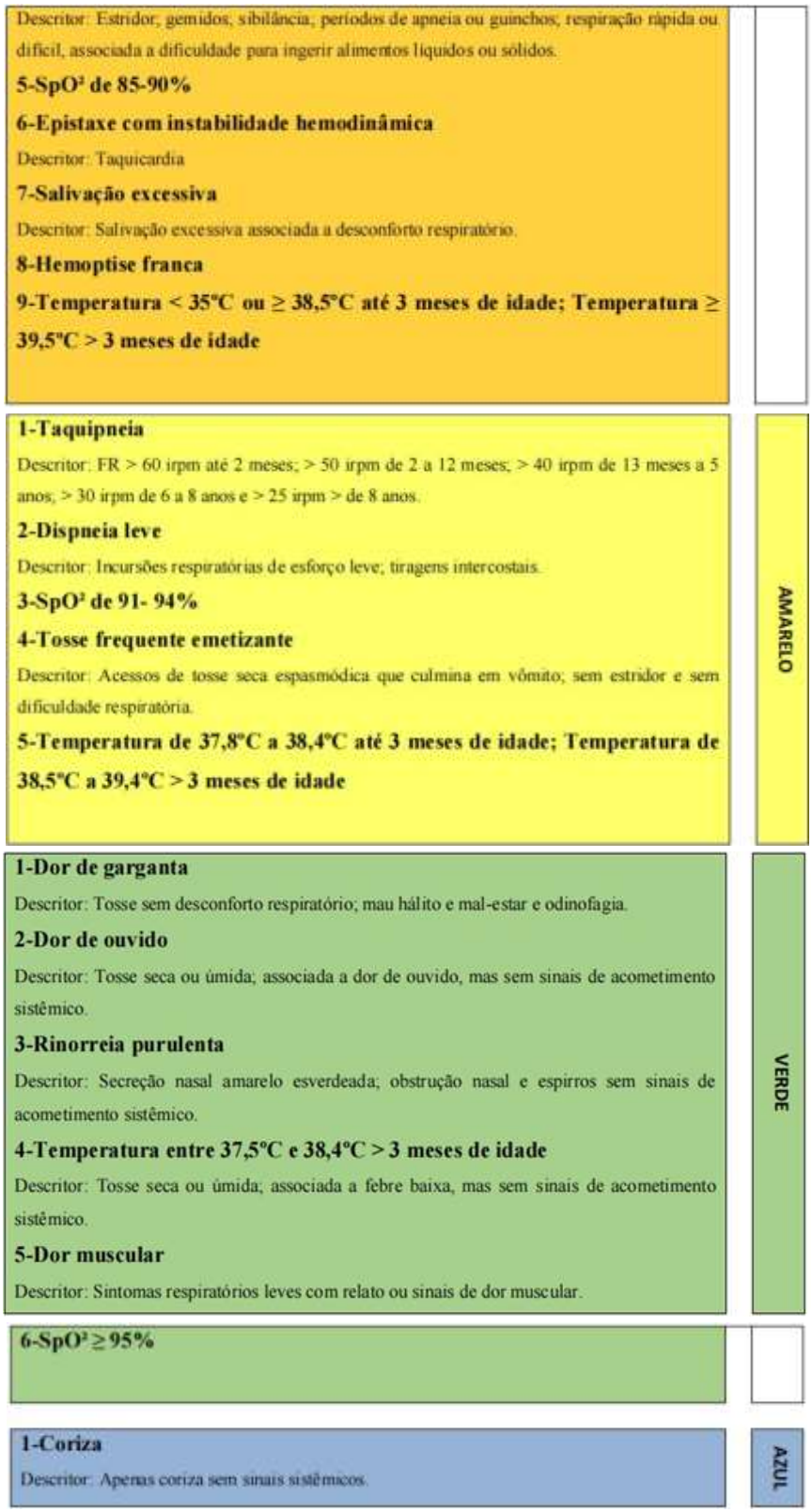
Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

a) Critérios de Inclusão: qualquer paciente até a idade de 13 anos, 11 meses e 29 dias que procurem por atendimento no PS 24 horas;

b) Critérios de Exclusão: demais pacientes fora da faixa etária citada acima.

Seguem as alterações possíveis de serem encontradas no PS 24 horas, conforme os sinais e sintomas e cores da classificação de risco:

TOSSE; FALTA DE AR; DIFICULDADE PARA RESPIRAR; RESPIRAÇÃO RUIDOSA; CHIADO NO PEITO; OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS	
1-PCR, bradicardia importante ou PCR iminente Descritor: Ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo, braquial ou femoral; bradicardia (vide tabela de referência anexa); taquipneia ou bradipneia; alteração do nível de consciência. **2-Apneia, bradipneia, ou movimentos toracoabdominais paradoxais** Descritor: Interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo, quando associada a alteração na cor, tônus musculares ou frequência cardíaca. **3-Via aérea obstruída** Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios; edema de lábio ou língua; em uso de traqueostomia (obstrução, deslocamento da mesma) ou obstrução por ingestão de corpo estranho. **4-Cianose central** Descritor: Língua, mucosas orais e pele azuladas ou roxas; ocorre devido problemas no coração ou no pulmão; o sangue já chega desoxigenado aos capilares por falta de oxigenação do sangue nos pulmões. **5-Paciente não responde, Glasgow < 8** Descritor: Ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais. **6-Falência respiratória ou SpO^2 < 85%** Descritor: Sudorese; fadiga; chiado; diminuição ou ausência de MV; BAN; retrações intercostais ou subcostais; taquipneia; apneia; bradipneia; dispneia ou cianose; hipoxemia (<85%).	VERMELHO
1-Estridor laríngeo e dificuldade de falar ou mamar Descritor: Inspiração ruidosa ou difícil; respiração prejudicada pela fala ou durante a sucção ao mamar. **2-Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechando** Descritor: Início súbito associado a ingestão de alimentos ou medicamentos com histórico de alergia, ou exposição a inalantes. **3-Dispneia moderada ou intensa** Descritor: Dispneia; BAN; tiragens subcostais; gemência; histórico de asma quase fatal; fatores de risco: internações prévias por crise grave de asma, com necessidade de intubação e ventilação, sem acompanhamento profilático. **4-Lactente dispneico com recusa ou dificuldade para se alimentar**	LARANJA



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Alterações no nível de consciência e sensório, paresias e paralisias. Medir glicemia

1-Apneia, bradipneia, ou movimentos toracoabdominais paradoxais Descritor: Interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo; quando associada a alteração na cor, tônus musculares ou frequência cardíaca; com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose. **2-Convulsão em atividade** Descritor: Crise convulsiva à admissão. **3-Paciente não responde; Glasgow < 8** Descritor: Ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais. **4-Sinais de choque** Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oliguria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10 anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg. **5-Glicemia < 50 mg/dl em crianças** Descritor: Glicemia < 50 mg/dl em crianças **6-Glicemia > 200 mg/dl** Descritor: Glicemia > 200 mg/dl	VERMELHO
1-Extrema agitação; choro inconsolável Descritor: Inquietação; resposta exacerbada à estímulos; irritabilidade; choro incessante. **2-Vômitos incoercíveis** Descritor: Vômitos que não cessam mesmo após medidas para alívio e sem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora. **3-SpO2 de 85-90%** Descritor: Saturação $O^2 \leq 90\%$. **4-Estado pós ictal ou déficit focal agudo** Descritor: História de convulsão na última hora associada a um dos seguintes sinais: sonolência; liberação de esfíncteres (urinou ou evacuou nas roupas); hipersecreção; miose ou sibilância e broncoespasmo. **5-Alteração de temperatura (< 35°C ou > 40°C)** Descritor: Temperatura < 35°C ou > 40°C. **6-Deficiência neurológica AGUDA** Descritor: Déficit motor (paresia ou paralisia) nas últimas 24 horas.	LARANJA

7-Tentativa de autoextermínio ou automutilação Descritor: Relato ou suspeita **8-Paciente com transtorno mental em crise aguda** Descritor: Desorientação no tempo, lugar de não reconhecimento de pessoas, incapacidade de cumprir ordens simples, pensamento desconexo. **9-Paralisia flácida aguda de MMII, simétrica ou assimétrica** Descritor: Paralisia flácida simétrica de MMII, ou assimétrica acometendo qualquer membro.	
1-Fraqueza muscular dos membros inferiores e/ou paresias de qualquer membro de início súbito Descritor: Fraqueza muscular de MMII de início súbito ou paresias em qualquer membro. **2-SpO² entre 91-94%** **3-Vômitos moderados** Descritor: Mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas, porém sem vômitos incoercíveis. **4-Relato de perda de consciência nas últimas 24 horas** Descritor: Perda de consciência nas últimas 24 horas. **5-Deficiência neurológica NOVA** Descritor: Déficit motor (paresia ou paralisia) acima de 24 horas.	AMARELO
1-SpO² ≥ 95% **2-Relato de perda de consciência acima de 24 horas** Descritor: História de perda de consciência ou desmaio. **3-Vômitos esparsos** Descritor: Até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.	VERDE

Dor torácica	
1-Sinais de choque Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oliguria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10 anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses):PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS.	VERMELHO
1-Desconforto respiratório Descritor: Tiragens intercostais; subcostais; retração de fúrcula; BAN. **2- Cianose aos pequenos esforços** Descritor: Comer; falar; andar. **3-Dor intensa (7-10)** Descritor: Ver escala de dor. **4-SpO² de 85- 90%** **5-Associada a trauma súbito** Descritor: Evento até 12 horas.	LARANJA

1-Piora com a respiração **2-Dor moderada (4-6)** Descritor: Ver escala de dor. **3-Associada a trauma agudo** Descritor: Evento de 12 a 24 horas. **4-Sensação de aperto torácico e ansiedade** Descritor: Associado a stress agudo; podendo estar associado a sudorese fria das extremidades ou taquipneia ou tontura.	AMARELO
1-Dor leve (1-3) Descritor: Ver escala de dor. **2-Associada a tosse frequente** Descritor: Tosse frequente que ocorre após processos virais sem afetar atividades e sem febre. **3-Piora ao movimento do tronco ou membros superiores**	VERDE
1-Dor superficial crônica à compressão **2-Dor referida ou que melhora com repouso** Descritor: Dor relatada > 7 dias e/ou que melhora ao repouso.	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Dor de cabeça. *Verificar Pressão arterial

1-Sinais de choque Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses):PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg.	VERMELHO
1-Dor intensa (7-10) Descritor: Ver escala de dor. **2-Sinais Vitais Alterados** Descritor: ver tabela FC e FR **3-Alteração do sensório ou de comportamento** **4-Rigidez na nuca** **5-Sinais focais** **6-Vômitos em jato** **7-Temperatura ≥ 39,5 °C**	LARANJA

1-Dor moderada (4-6) Descritor: Ver escala de dor. **2-Alterações Visuais** **3-Náuseas; Vômitos** **4-Temperatura de 38,5 °C a 39,4°C**	AMARELO
1-Dor leve (1-3) Descritor: Ver escala de dor. **2-Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C**	VERDE
1-Apenas referida, sem febre, e com sinais vitais normais	AZUL

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

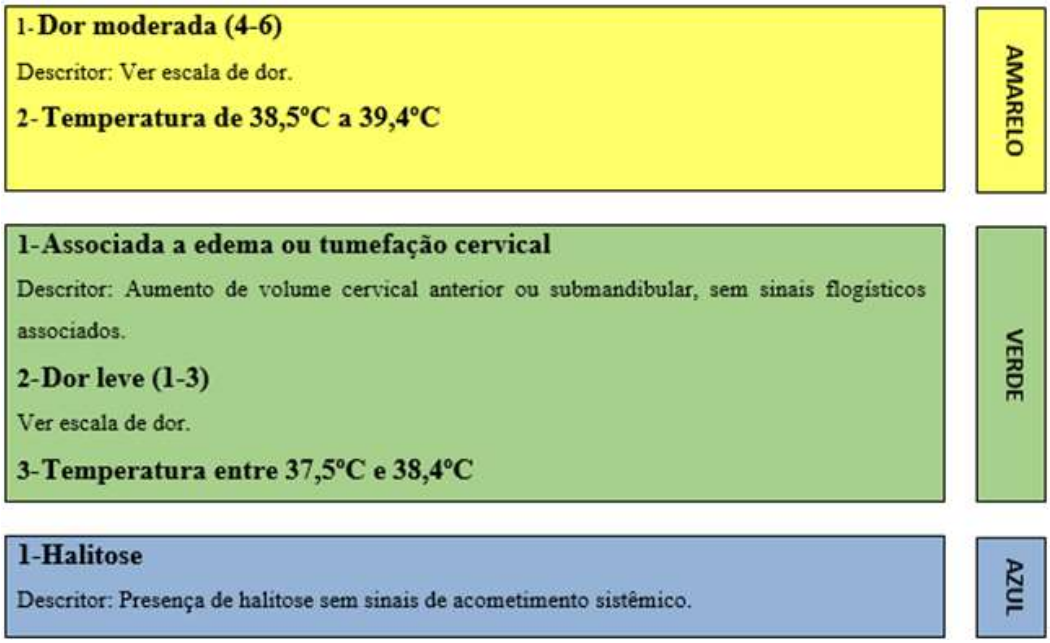
Dor abdominal	
1-Sinais de choque Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg.	VERMELHO
1-Dor intensa (7-10) Descritor: Ver escala de dor. **2-Vômitos incoercíveis** Descritor: Vômitos incessantes mesmo após medidas para alívio ou não tem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora. **3-Temperatura ≥ 39,5°C**	LARANJA

1-Distensão abdominal aguda **2-Fezes com sangramento vivo e/ou vômitos sanguinolentos** **3-Dor moderada (4-6)** Descritor: Ver escala de dor. **4-Vômitos persistentes** **5-Retenção urinária** **6-Temperatura de 38,5°C a 39,4°C**	AMARELO
1-Dor leve (1-3) Descritor: Ver escala de dor. **2-Náuseas ou vômitos ocasionais** **3-Disúria** **4-Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C**	VERDE
1-Halitose Descritor: Presença de halitose sem sinais de acometimento sistêmico.	AZUL

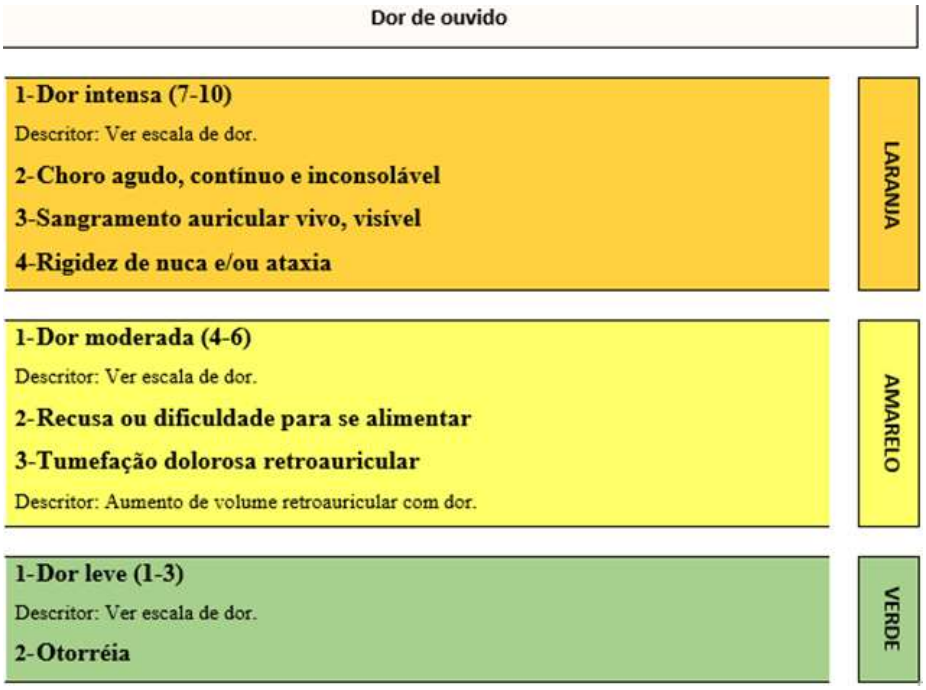
(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Dor de garganta

1-Sinais de choque Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg. **2-Com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose**	VERMELHO
1-Desvio do pescoço Descritor: Postura antálgica. **2-Disfagia importante com sinais de desidratação moderada** Descritor: Dor à deglutição de alimentos ou a própria saliva; associada a sinais de desidratação moderada (irritado, olho fundo, lágrima ausente, sedento, pulso rápido e fraco, sinal da prega que desaparece lentamente > 2 segundos, fontanela deprimida, taquicardia, mucosa seca). **3-Dor intensa (7-10)** Descritor: Ver escala de dor. **4-Temperatura ≥ 39,5°C**	LARANJA

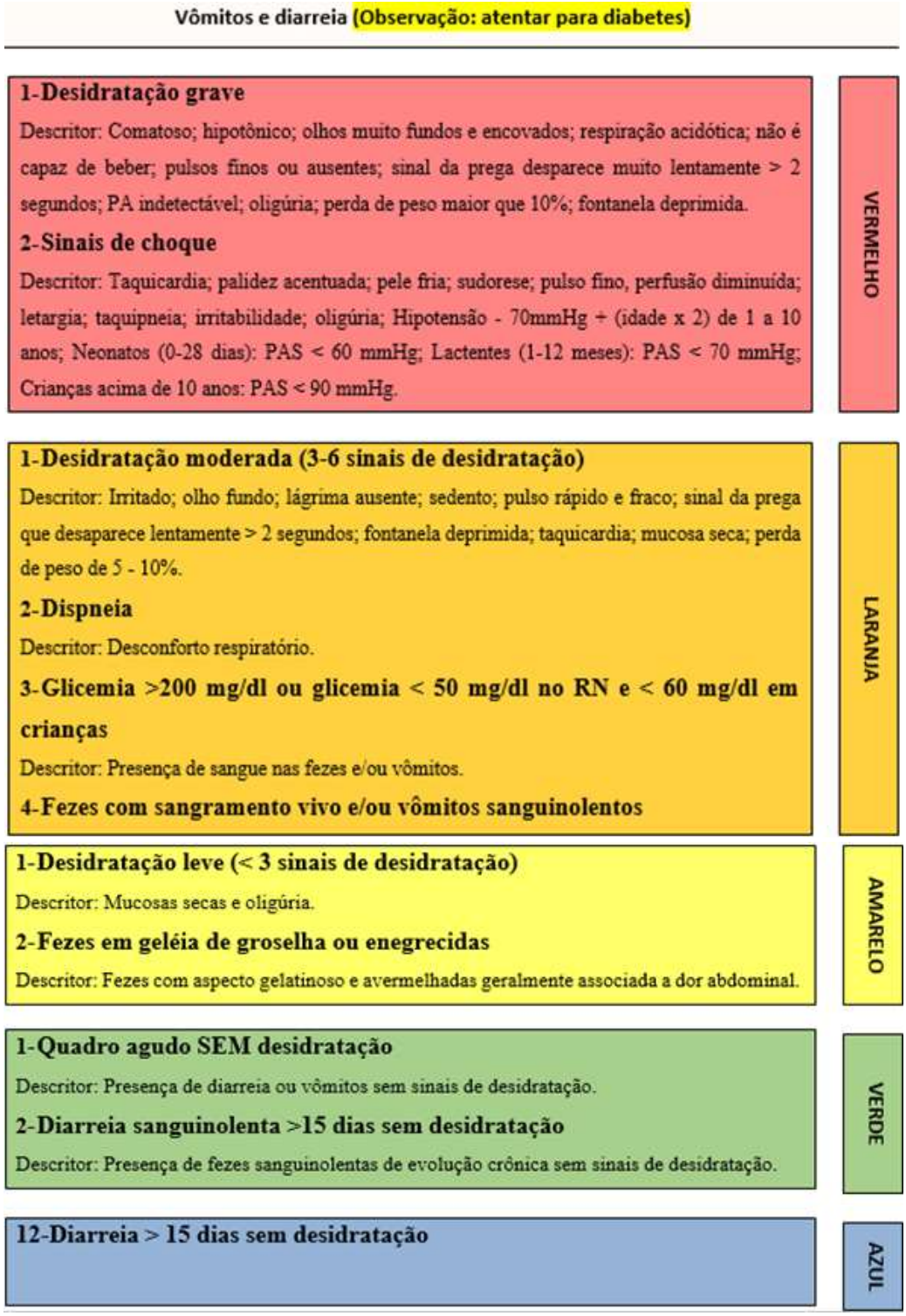


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

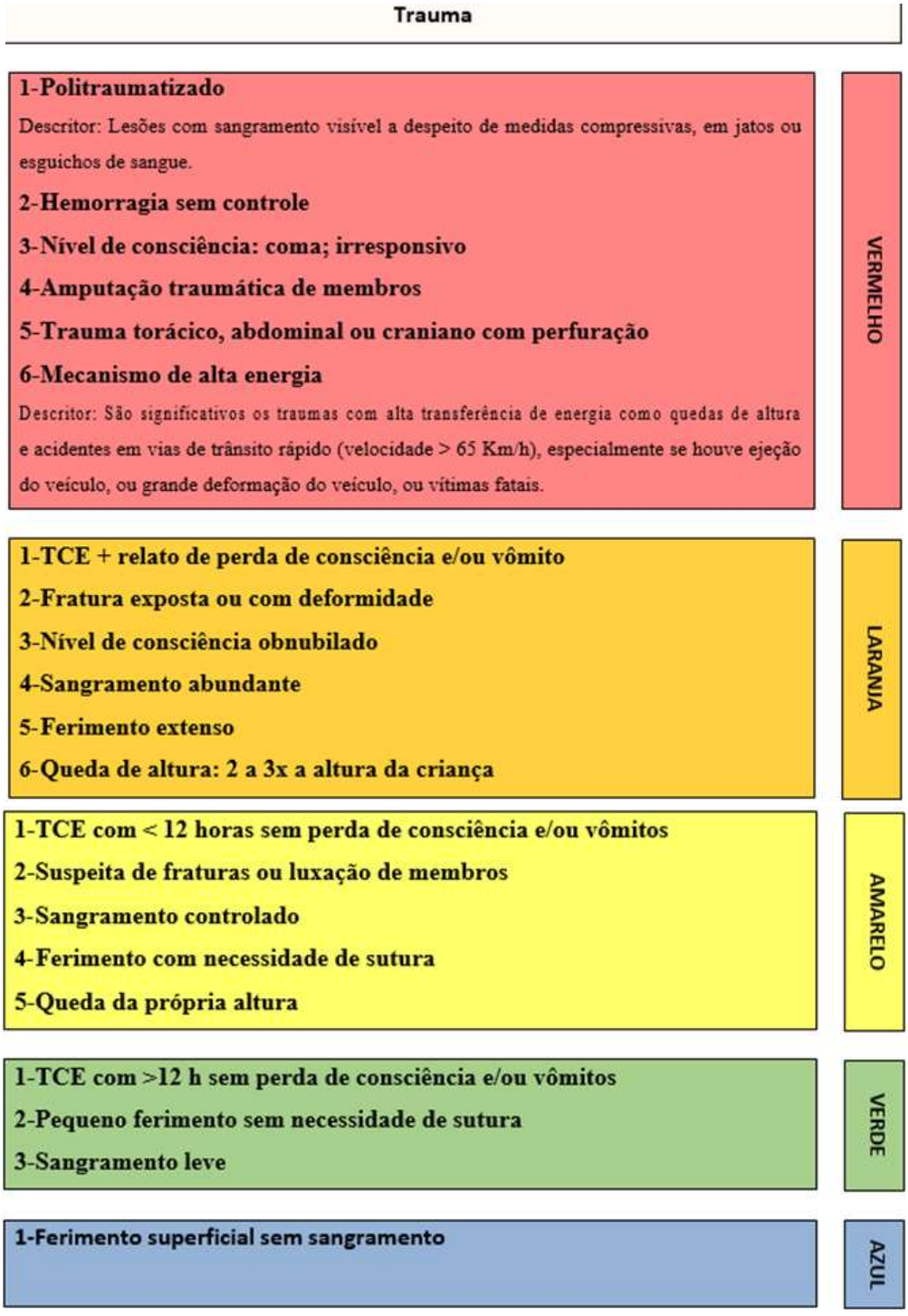


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

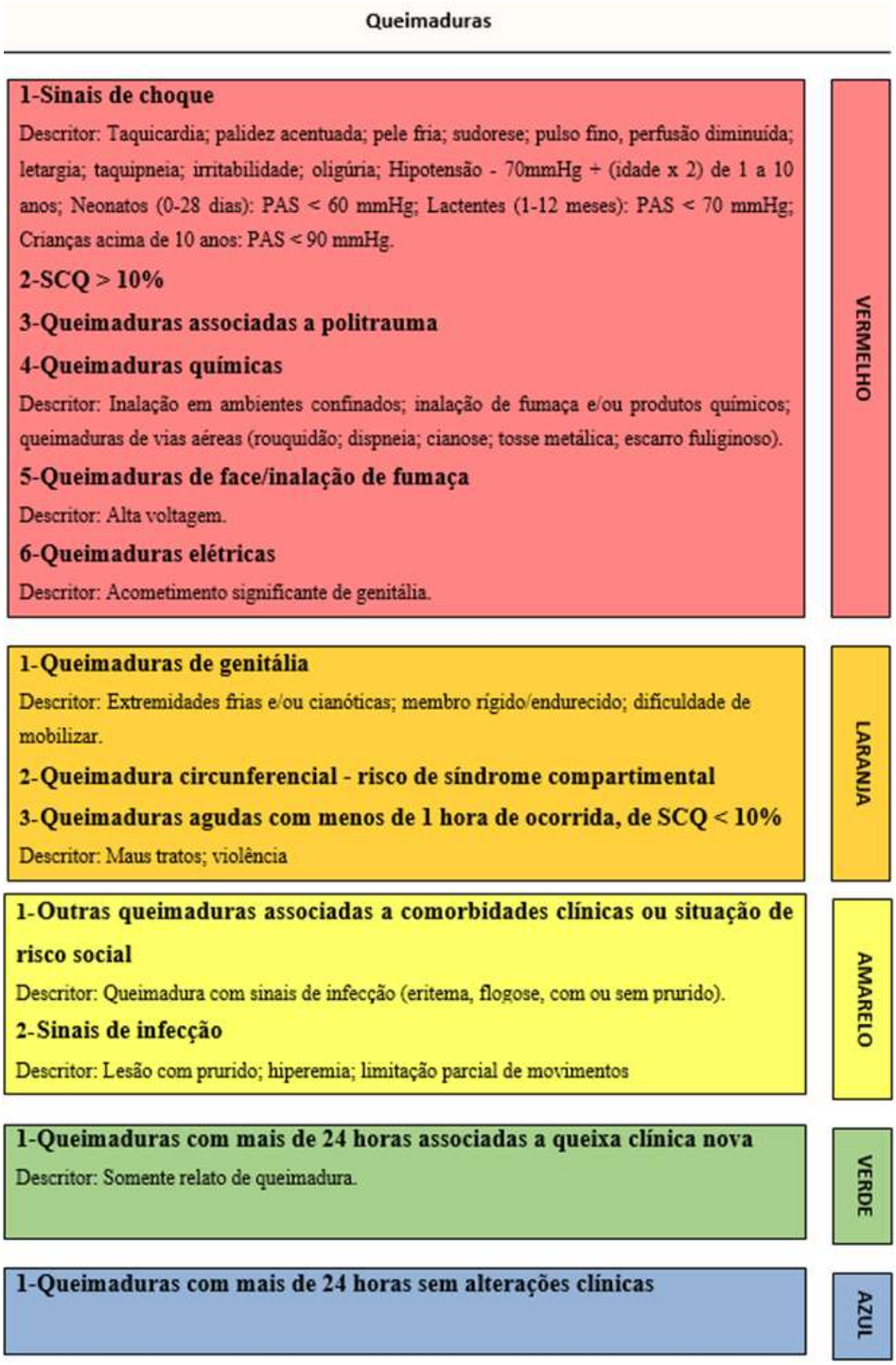
Alterações cutâneas: feridas; palidez; afecções pele	
1-Respiração irregular Descritor: A respiração regular é silenciosa e o trabalho respiratório é mínimo. A frequência respiratória normal é de 30 a 60 irpm no RN; de 25 a 40 aos 6 meses; de 20 a 30 com 1 ano; de 20 a 25 com 3 anos; de 12 a 25 aos 6 anos; e de 12 a 20 aos 10 anos. **2-Sinais de choque** Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10 anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg. **3-Toxemiado, prostrado** Descritor: Criança largada no colo dos pais; pálida; hipoativa ou não reativa; sonolenta ou desorientada.	VERMELHO
1-Ferimento extenso com sangramento ativo **2-Palidez, sudorese e taquicardia inexplicada** Descritor: Feições ou sinais de dor intolerável. **3-Dor intensa (7-10)** Descritor: Edema em toda a face ou que envolva mais de um local tais como: pálpebra, lábio, língua ou lóbulo de orelha. **4-Edema facial** Descritor: Máculas, manchas ou erupção que não desaparecem à digito pressão ou ao teste do vidro. **5-Equimoses, púrpura e/ou petéquias** **6-Temperatura ≥ 38,5°C até 3 meses de idade; Temperatura ≥ 39,5°C > 3 meses de idade** Descritor: Feições ou sinais de dor moderada.	LARANJA
1-Dor moderada (4-6) Descritor: Febre > 38°C; associada a ferida com pus, ou com odor fétido; ou com sinais francos de reação inflamatória (lesão quente, ou muito vermelha, ou dolorosa). **2-Ferida infectada com temperatura de 37,5°C a 38,4°C até 3 meses; Temperatura de 38,5°C a 39,4 °C > 3 meses de idade.** **3-Ferida corto-contusa ou ferimento com sangramento que cede à compressão** Descritor: Aumento de volume de pele e partes moles, com ou sem vermelhidão local.	AMARELO

4-Tumefação dolorosa com ou sem hiperemia com temperatura de 37,5°C a 38,4°C até 3 meses; temperatura de 38,5°C a 39,9°C > 3 meses de idade Descritor: Elevações cutâneas avermelhadas; generalizadas; com ou sem prurido, desaparece à digito pressão. **5-Placas eritematosas de início súbito** Descritor: Vesículas ou bolhas de grandes proporções que se rompem fácil dano à imagem de queimaduras, que podem também acometer as mucosas. **6-Lesões bolhosas extensas integras ou rotas, podendo acometer mucosas** Descritor: Vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa; cada perna e pé, e prurido; envolvendo mais de uma região corporal. **7-Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% corpo associado a prurido** Descritor: Lesão localizada, sem febre, com pus, ou com odor fétido, ou com sinais de reação inflamatória (calor local, edema, hiperemia ou dor)	
1-Lesão infectada sem febre ou tumefação local **2-Relato de episódios de sangramento nas últimas 24 horas** Descritor: Feições ou sinais de dor leve. **3-Dor leve (1-3)** Descritor: Escoriações; feridas fechadas e sem queixas; ausência de sinais ou sintomas de infecção e ou inflamação.	VERDE
1-Lesão superficial sem sinais sistêmicos Descritor: Prurido isolado ou não persistente e sem repercussões sistêmicas **2-Prurido leve**	AZUL

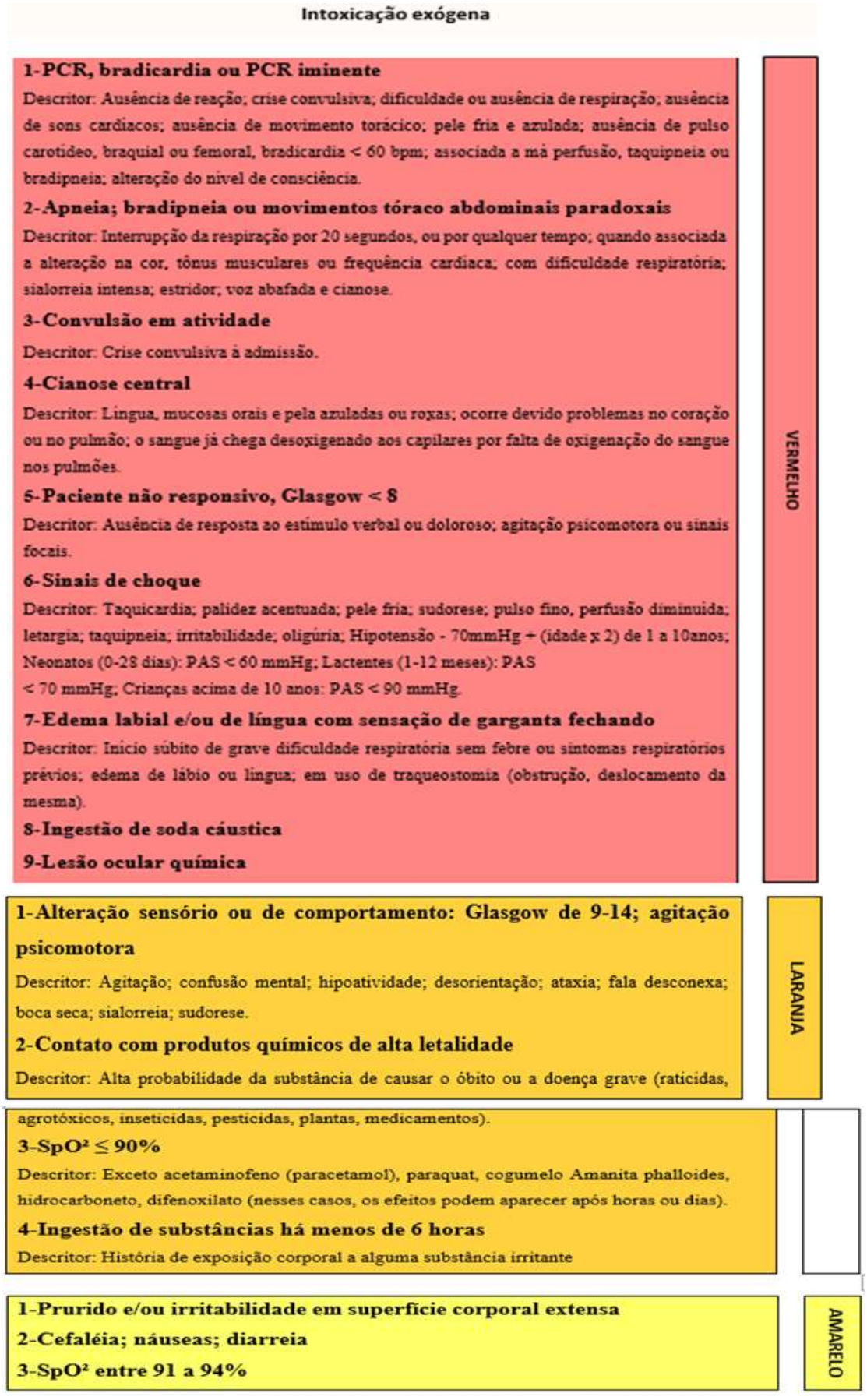
(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)


Intoxicação exógena
1-PCR, bradicardia ou PCR iminente
Descritor: Ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo, braquial ou femoral, bradicardia < 60 bpm; associada a má perfusão, taquipneia ou bradipneia; alteração do nível de consciência.
2-Apneia; bradipneia ou movimentos tóraco abdominais paradoxais
Descritor: Interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo; quando associada a alteração na cor, tônus musculares ou frequência cardíaca; com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose.
3-Convulsão em atividade
Descritor: Crise convulsiva à admissão.
4-Cianose central
Descritor: Língua, mucosas orais e pela azuladas ou roxas; ocorre devido problemas no coração ou no pulmão; o sangue já chega desoxigenado aos capilares por falta de oxigenação do sangue nos pulmões.
5-Paciente não responsivo, Glasgow < 8
Descritor: Ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais.
6-Sinais de choque
Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg.
7-Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechando
Descritor: Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios; edema de lábio ou língua; em uso de traqueostomia (obstrução, deslocamento da mesma).
8-Ingestão de soda cáustica
9-Lesão ocular química
VERMELHO
1-Alteração sensório ou de comportamento: Glasgow de 9-14; agitação psicomotora
Descritor: Agitação; confusão mental; hipoatividade; desorientação; ataxia; fala desconexa; boca seca; sialorreia; sudorese.
2-Contato com produtos químicos de alta letalidade
Descritor: Alta probabilidade da substância de causar o óbito ou a doença grave (raticidas, agrotóxicos, inseticidas, pesticidas, plantas, medicamentos).
3-SpO² ≤ 90%
Descritor: Exceto acetaminofeno (paracetamol), paraquat, cogumelo Amanita phalloides, hidrocarboneto, difenoxilato (nesses casos, os efeitos podem aparecer após horas ou dias).
4-Ingestão de substâncias há menos de 6 horas
Descritor: História de exposição corporal a alguma substância irritante
LARANJA
1-Prurido e/ou irritabilidade em superfície corporal extensa
2-Cefaléia; náuseas; diarreia
3-SpO² entre 91 a 94%
AMARELO

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Mordeduras e picadas de animais

VERMELHO

1-PCR, bradicardia ou PCR iminente

Descritor: Ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo; braquial ou femoral; bradicardia.

2-Sinais de choque

Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10 anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg.

3-Mutilação

Descritor: Amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal.

4-Lesão de grandes vasos ou hemorragia grave

Descritor: Lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas; em jatos ou esguichos de sangue.

5-Acidente com animal peçonhento com acometimento sistêmico

Descritor: Acidente ofídico; escorpiônico ou aracnídeo em que a criança apresenta-se largada no colo dos pais; pálida; hipoativa ou não reativa; sonolenta ou desorientada.

LARANJA

1-Estridor ou dispneia

Descritor: Esforço respiratório; respiração ruidosa e estridor.

2-Edema facial

Descritor: Edema em toda a face ou que envolva mais de um local tais como: pálpebra, lábio, língua ou lóbulo de orelha.

3-Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas locais

Descritor: Acidente ofídico; escorpiônico ou aracnídeo sem toxemia.

4-Dor intensa (7-10)

5-Prurido intenso

Descritor: Prurido intolerável.

6-Ferida profunda

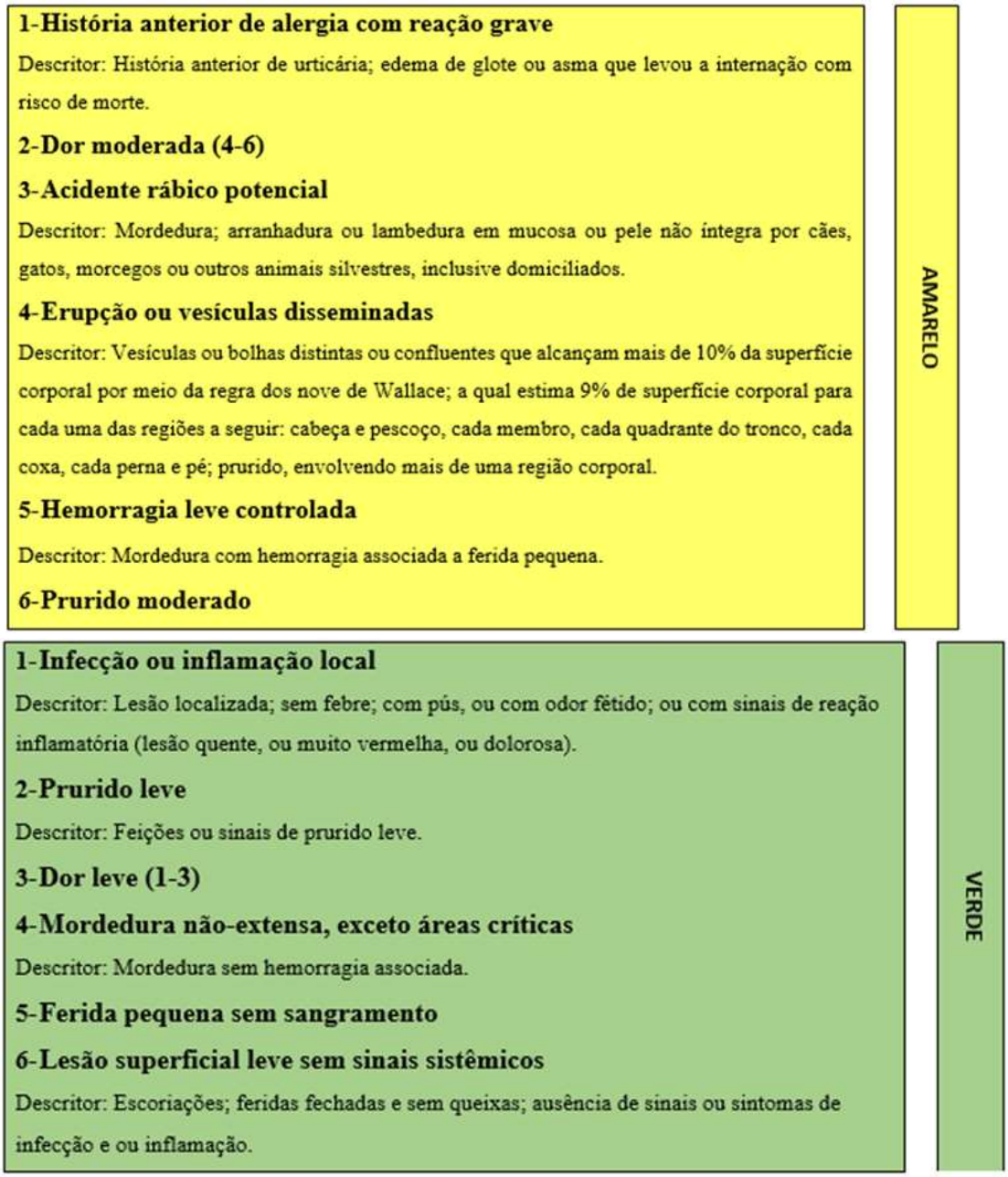
Descritor: Ferida sem perda de substância por mordedura humana ou animal.

7-Ferimento extenso por mordedura ou em áreas críticas

Descritor: Ferimentos de segmento cefálico, mãos e pés.

8-Hemorragia não controlada em definitivo

Descritor: Hemorragia que cessou, mas retorna de imediato ao cessar a compressão.



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Febre

1-Inconsciente, alternância sonolência-irritabilidade

Descritor: Não acorda ou não se mantém acordado.

2-Sinais de choque

Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg.

3-Alteração grave na cor da pele; lábios e língua

Descritor: Palidez importante visível; pele marmórea; paciente acinzentado ou cianótico.

VERMELHO

1-Dispneia moderada ou intensa

Descritor: Incursões respiratórias de esforço moderado ou grave; tiragem subcostal; BAN; tiragem supraclavicular e de fúrcula; balanço tóraco-abdominal.

2-Choro agudo, contínuo e inconsolável; gemência; apatia

3-SpO^2 < 90%

4-Desidratação moderada (3-6 sinais de desidratação)

Descritor: Irritado; olho fundo; lágrima ausente; sedento; pulso rápido e fraco; sinal da prega que desaparece lentamente > 2 segundos; fontanela deprimida; taquicardia; mucosa seca; perda de peso de 5 - 10%.

5-Temperatura < 35° ou ≥ 39,5°C (1h após uso de antitérmico)

Descritor: 1h após uso de antitérmico

6-Manchas da pele que não desaparecem à dígito-pressão

7-Fontanela abaulada

8-Calafrios

LARANJA

1-SpO^2 entre 91 a 94%

2-Dispneia leve

Descritor: Incursões respiratórias de esforço leve; tiragens intercostais.

3-Lactentes que não estejam aceitando alimentação

Descritor: Menores de 24 meses de idade com recusa alimentar.

4-Desidratação leve (< 3 sinais de desidratação)

Descritor: Mucosas secas e oligúria.

5-Temperatura de 38,5°C a 39,4°C

Descritor: 1h após uso de antitérmico.

6-Febre por > 72 horas

AMARELO

Descritor: Atentar ao risco de reação vacinal com necessidade de notificação. **7-Alterações musculares; articulares ou cutâneas** Descritor: Rigidez corporal; edema de membro ou de articulação; incapacidade de movimentação de um membro ou extremidade.	
1-Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C Descritor: Febre sem sinais de gravidade. (1h após uso de antitérmico) **2-Relato de febre < 72 horas**	VERDE

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

RN (0-3meses)	
1-Cianose central **2-Apatia, hiporresponsividade, hipotonia** **3-PCR, bradicardia ou PCR iminente** **4-Apneia; bradipneia ou movimentos tóraco abdominais paradoxais** **5-Tiragem subcostal grave; BAN ou apnéia**	VERMELHO
1-Não consegue mamar ou beber nada acima de 6 horas Descritor: Fazer glicemia. <50 mg/dl. **2-Frequência respiratória > 60 ou < 30 irpm** **3-Palidez generalizada intensa ou pele mosqueada ou rendilhada** Descritor: Equimoses, petéquias e ou hemorragias. **4-SpO^2 < 93%** **5- Três episódios de vômitos na última hora** **6-Manifestações de sangramento** Descritor: Em grande quantidade ou muito extensas. **7-Icterícia abaixo do joelho ou antes de 24 horas de vida** **8-Temperatura < 35°C ou ≥ 38,5°C**	LARANJA

1-Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos Descritor: Abundante e com edema palpebral. **2-Palidez palmar intensa** **3-Secreção purulenta no umbigo** Descritor: Com eritema que se estende para pele ao redor. **4-Pústulas ou vesículas na pele** **5-Temperatura de 37,5°C a 38,4°C** **6-Tosse persistente** Descritor: Poucas e localizadas **7-Icterícia abaixo do umbigo**	AMARELO
1-Secreção purulenta nos olhos Descritor: Sem edema palpebral. **2-Secreção purulenta no umbigo e/ ou eritema sem estender-se para pele ao redor** **3-Pústulas na pele**	VERDE
4-Placa branca na boca	

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

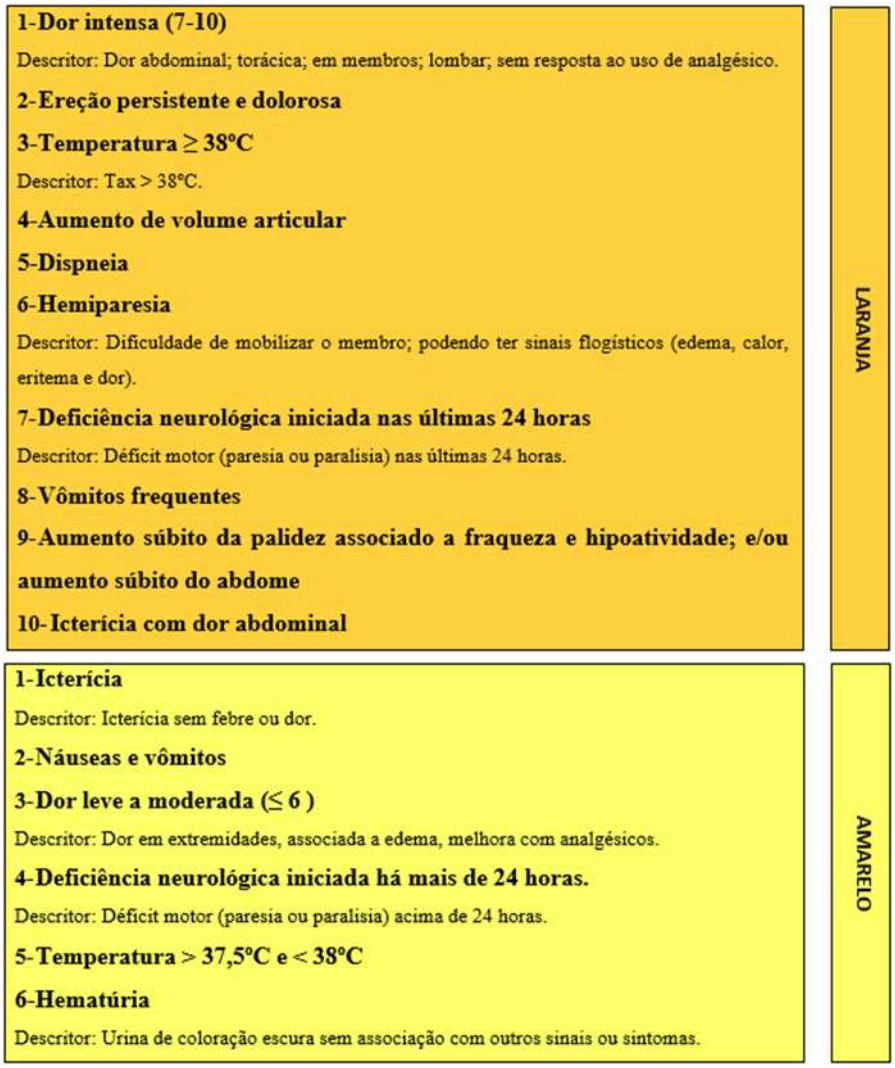
Violência física; sexual; tentativa suicídio; envenenamento, intoxicações intencionais, e acidente perfuro cortante e/ou exposição a material biológico

1-PCR, bradicardia ou PCR iminente **2-Alterações respiratórias: apneia, bradipneia, ou movimentos tóraco abdominais paradoxais** **3-Convulsão em atividade** Descritor: Crise convulsiva à admissão. **4-Sinais de choque** Descritor: Taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria; Hipotensão - 70mmHg + (idade x 2) de 1 a 10anos; Neonatos (0-28 dias): PAS < 60 mmHg; Lactentes (1-12 meses): PAS < 70 mmHg; Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg. **5-Cianose central** **6-Paciente não responsivo; Glasgow < 8** Descritor: Obstrução de vias aéreas; trauma de face; hemorragia grave; sinais de choque; Glasgow < 8. **7-Hemorragia sem controle** Descritor: Lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas; em jatos ou esguichos de sangue. **8-Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechando** Descritor: Relato e/ou edema ou lesão em área genital/lesão de palato ou dentes anteriores/sangramento genital em pré-puberes/sangramento; fissuras ou cicatrizes anais/rompimento himenal.	VERMELHO
1-Dispneia moderada ou intensa Descritor: Incursões respiratórias de esforço moderado ou grave; tiragem subcostal; BAN; tiragem supraclavicular e de fúrcula; balanço tóraco-abdominal. **2-$SpO^2 \leq 90\%$** **3-Alteração sensório ou de comportamento: Glasgow de 9-14; agitação psicomotora** **4-Acidente com material perfuro cortante ou exposição a material biológico** Descritor: Ingestão de grande volume de produto cáustico ou tóxico, que, em caso de ingestão acidental não seriam tomados em grandes volumes devido ao gosto ser ruim ou pela dor que provoca. **5-Violência sexual menos de 72 horas – evento agudo; crônico agudizado -**	LARANJA

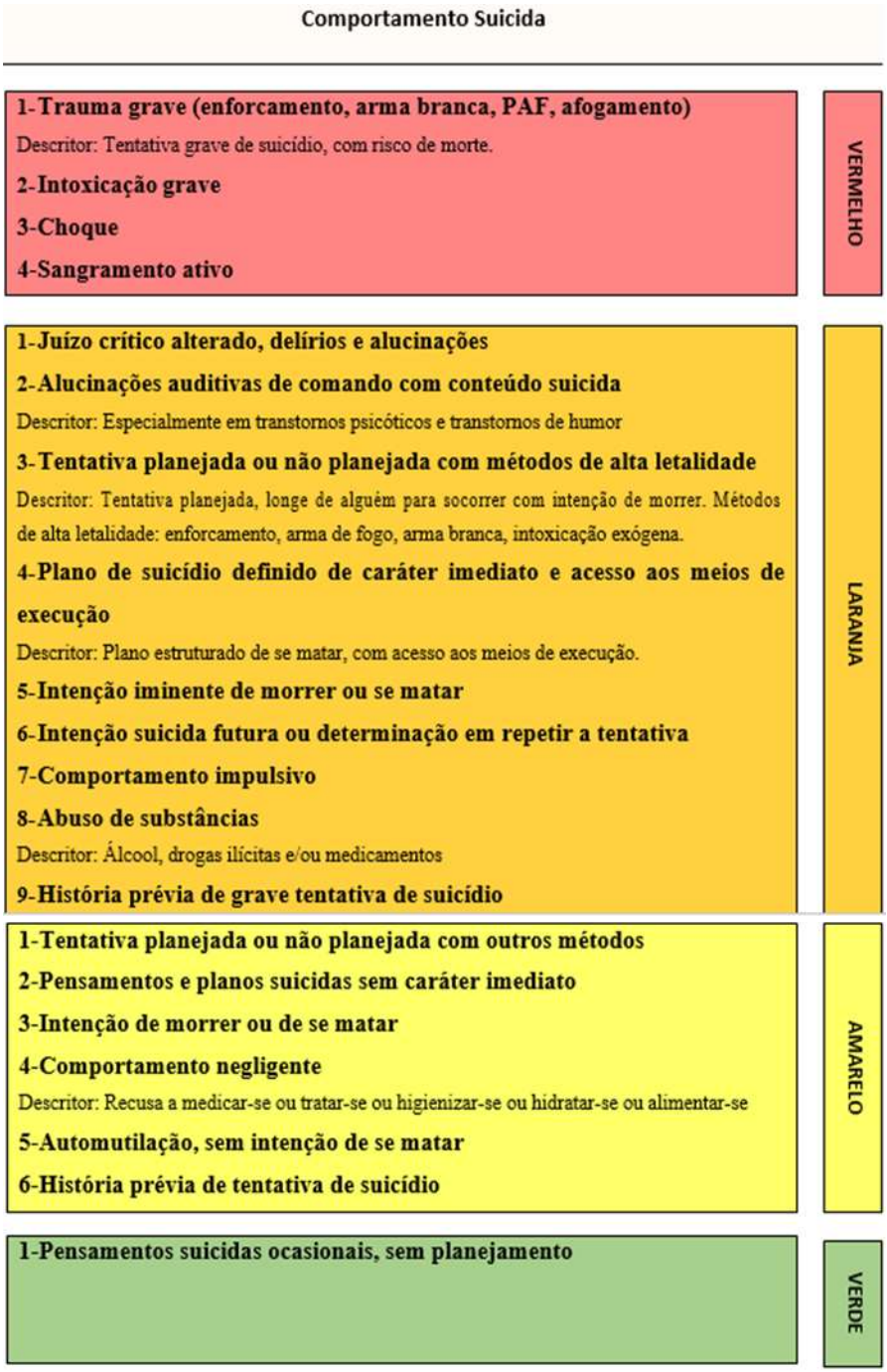
desconfiar de violência **6-Ingestão ou exposição de substâncias há menos de 6 horas**	
1-Dispneia leve Descritor: Incursões respiratórias de esforço leve; tiragens intercostais. **2-Hemorragia leve controlada** Descritor: Hemorragia associada a ferida pequena **3-História de tentativas recorrentes de suicídio** **4-Violência sexual mais de 72 horas; evento crônico** Descritor: (Sorologias (IST, HIV), status vacinal, investigação de gestação) **5-Violência psicológica e/ou moral** Descritor: Sinais de sofrimento psíquico: apatia; depressão; ansiedade; agressividade; baixa autoestima; distúrbios do sono; enurese noturna. **6-Ideação suicida** Descritor: Ideação suicida. **7-Autoflagelação** Descritor: Lesões superficiais geralmente em face extensora de antebraço e coxa; pode culminar em tentativa de suicídio.	AMARELO

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Hemofilia	
1-Hematoma de iliopsoas com compressão neurológica ou hematoma volumoso ou retroperitônio **2-Hemorragia em região cervical** **3-Hemorragia volumosa associada a síndrome compartimental** **4-Trauma craniano/SNC**	VERMELHO
1-Hematoma de iliopsoas sem compressão **2-Hemorragia gastrointestinal** **3-Hemorragia muscular extensa** **4-Hemoartrose**	LARANJA
1-Ferimento corto-contuso **2-Hematúria** **3-Sangramento cutâneo ou mucoso (epistaxe, equimose, gengivorragia)**	AMARELO
Anemia Falciforme	
1-Sinais de choque **2-Convulsão em atividade** **3-Paciente não responsivo; Glasgow < 8** Descritor: Ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais	VERMELHO



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

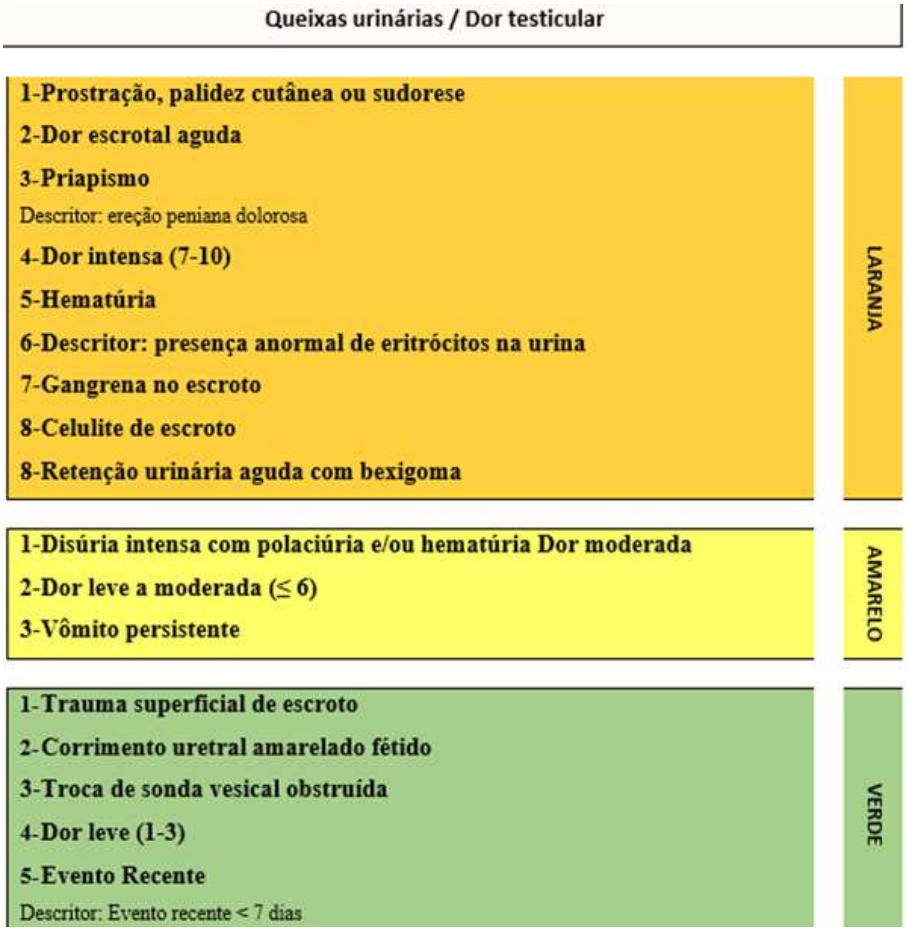


(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

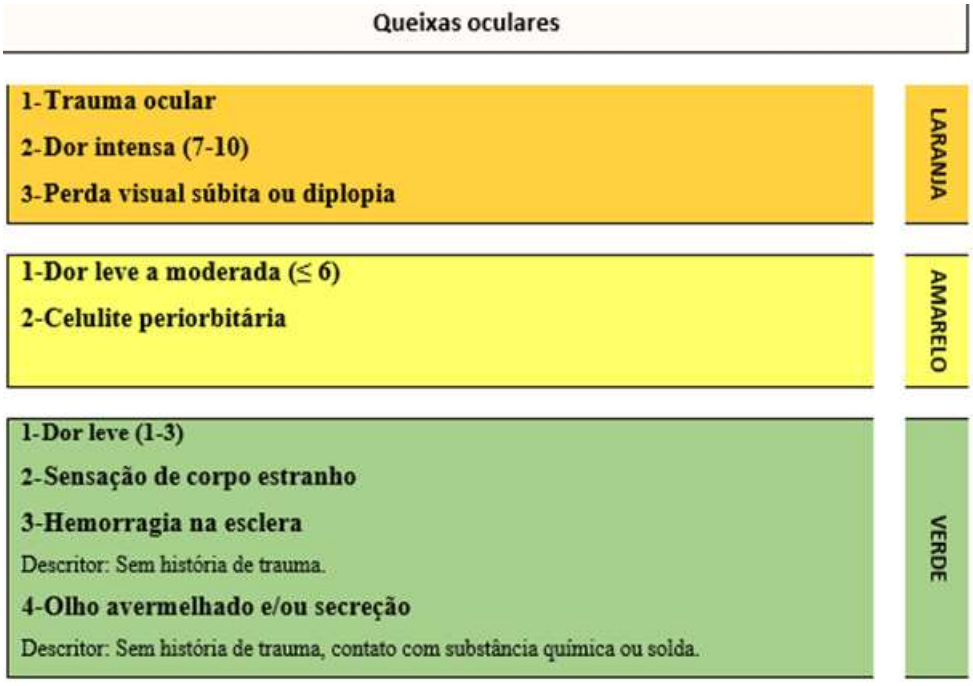
Comportamento agitado ou agressivo	
1-Agressividade consumada contra os outros e/ou destruição de patrimônio **2-Agressividade com juízo crítico alterado, delírios e alucinações** **3-Sob contenção física ou química devido episódio de grave agressividade e/ou agitação**	VERMELHO
1-Agitação psicomotora Descritor: Inquieto, irritado, explora todo o ambiente, fala acelerada, invade o espaço do outro **2-Desorientação quanto a si, no tempo e no espaço** Descritor: Não sabe quem é, a data de hoje, onde se encontra **3-Abuso de substâncias** Descritor: Álcool, drogas ilícitas e/ou medicamentos **4-Ausência ou redução de motricidade, recusa a se alimentar, hidratar ou mudar de posição** Descritor: Catatonia	LARANJA

(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

Recusa em se alimentar e/ou transtornos alimentares	
1-Sinais visíveis de desnutrição **2-Recusa alimentar e/ou vômitos autoprovocados de repetição** **3-Juízo crítico alterado, delírios e alucinações** **4-Ausência ou redução de motricidade, recusa a se alimentar, hidratar ou mudar de posição** Descritor: Catatonia	LARANJA
1-Compulsão alimentar associada a comportamentos exagerados para emagrecer Descritor: Vômitos autoprovocados, uso de laxativos, exercícios exagerados	AMARELO



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

CRIANÇAS E ADOLESCENTES <14 ANOS COM RESPIRATÓRIOS AGUDOS

VERMELHO

1- Sinais de choque:

Descritor: Pulsos carotídeo, braquial ou femoral ausentes ou finos; Ausência de sons cardíacos; Tempo de enchimento capilar > 2 segundos; FC < 60 bpm (entre 0 e 12 anos) ou ≤ 40bpm se ≥ 12 anos de idade; palidez acentuada, sudorese, pele fria, azulada ou marmórea (cianose); cianose central (lábios, mucosas) e/ ou alteração do nível de consciência.

2- Respiração inadequada ou esforço respiratório acentuado

Descritor: Respiração irregular (*gasping*) ou ausência de respiração ou movimento torácico (apnéia); Gemência; Movimentos tóraco-abdominais paradoxais; Batimento de aletas nasais; Inspiração ruidosa ou difícil (estridor); Fala, choro ou mamada entrecortados; FR < 10 irpm; SatO2 ≤ 88% em ar ambiente.

3- Alteração neurológica

Descritor: Ausência de reações ou tônus muscular; Alteração do nível de consciência; Crise convulsiva; Agitação psicomotora recente; ou Sinais neurológicos focais agudos.

4- Sinais de desidratação grave

Descritor: Sinal da prega, choro sem lágrima e fontanela deprimida, ausência de diurese nas últimas 12h

LARANJA

1- Sinais respiratórios

Descritor: Sibilos, estertores ou guinchos; Sinais de esforço moderados (retrações torácicas, subdiafragmáticas ou de fúrcula); FR aumentada para a idade (tabela 1) e/ ou SatO2 ≥ 89% e ≤ 93% em ar ambiente.

2- Taquicardia

Descritor: FC aumentada para a idade

3- Temperatura

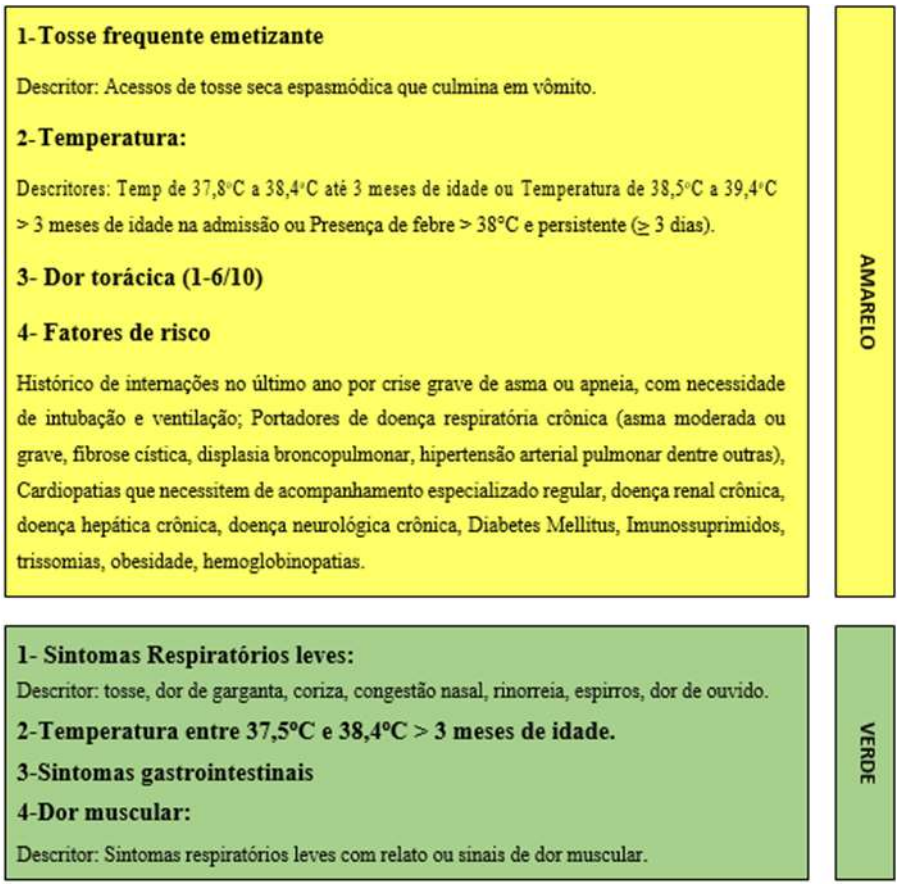
Descritor: Temperatura < 35,9°C ou ≥ 38,5°C até 3 meses de idade; Temperatura ≥ 39,5°C > 3 meses de idade.

4- Sangramento espontâneo ou equimose.

5- Sinais leves de desidratação:

Descritor: Olhos encovados, saliva espessa, mucosas secas.

6- Dor torácica intensa (7-10/10).



(BRASÍLIA (DF). Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2021)

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Aos pacientes que procurarem a assistência de enfermagem no PS 24 horas, portando receituário médico e a medicação, é realizado a abertura da "Ficha de Medicação" no sistema GOV.BR pelos recepcionistas e posteriormente direcionados ao Posto de Enfermagem. Os pacientes que procuram o serviço com essas demandas de saúde aguardam para realização do procedimento, conforme avaliação da equipe de enfermagem, sendo a prioridade os pacientes mais graves. Nos casos de vítima de violência sexual, exposição sexual ao HIV e acidente de trabalho com exposição à material biológico, a UPA é a referência para o primeiro atendimento, todos esses pacientes que procurarem a unidade, deverão passar pelo Acolhimento e Classificação de Risco.

MONITORAMENTO

O monitoramento deste Protocolo se dará por meio do manejo observado na prática clínica diária aplicada no PS 24 horas, referente ao atendimento do Enfermeiro Classificador, médico clínico e os demais profissionais que compõe a equipe multidisciplinar dessa unidade, ao paciente e as suas necessidades conforme o Acolhimento da demanda apresentada e na correta Classificação de Risco.

REFERÊNCIA

BRASIL. **Escala de Coma de Glasgow**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/glasgow>. Acesso em: 20 de dez. 2023.

BRASIL. **Guia fisioterapêutico para avaliação e manejo da dor no câncer.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2023. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//guia_fisioterapeutico_para_avaliacao_e_manejo_da_dor_no_cancer.pdf>. Acesso em: 20 de dez. 2023.

BRASIL. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco.** 2. ed. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Manual+de+Acolhimento+e+Classifica%C3%A7%C3%A3o+de+Risco+da+Rede+SES-DF+%E2%80%93+2%C2%AA+Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf/e0fad4af-49c5-eb7f-e599-cd201e4f5b22?t=1648646213456>. Acesso em: 27 de mar. 2024.

BRASIL. **Você sabe o que é classificação de risco?** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-

nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-o-que-e-classificacao-de-risco>. Acesso em: 20 de dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n.º 423/2012 – Revogada pela resolução COFEN n.º 661/2021**: normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de risco. Disponível em: < https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012/>. Acesso em: 20 de dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n.º 661/2021:** Atualiza e normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de classificação de risco. Brasília, 2021. Disponível em: < https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 20 de dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 2.079/2014:** dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 h e congêneres, bem como o dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>. Acesso em: 20 de dez. 2023.

- O protocolo será atualizado de acordo com as novas normativas e atualizações do Ministério da saúde e SUS. Foi apresentado um modelo a se seguir na unidade implantada.

1.6 Introdução à Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento

No processo de desenvolvimento de um atendimento de excelência, a implementação de protocolos clínicos de atendimento

adequados às especificidades de cada unidade de saúde é fundamental. Esses protocolos são essenciais para garantir um cuidado seguro, eficiente e baseado em evidências científicas, alinhado às melhores práticas clínicas. No contexto da nossa proposta para a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB), apresentamos os protocolos mais relevantes, que são adaptados ao perfil da instituição e voltados para o atendimento a pacientes com condições de alta complexidade, com foco na melhoria contínua da qualidade assistencial e na segurança do paciente.

Nosso plano inclui protocolos bem estabelecidos, como o Protocolo BLS – Suporte Básico de Vida, Protocolo ACLS – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, o Protocolo ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma, além de abordagens específicas para o atendimento a pacientes com COVID-19, Infarto Agudo do Miocárdio e Sepse. Cada um desses protocolos visa otimizar o manejo clínico dessas condições críticas, assegurando que nossa equipe tenha as diretrizes claras e acessíveis para o atendimento imediato e eficaz. Este conjunto de protocolos clínicos se alinha com a nossa visão de proporcionar um atendimento de alta qualidade, com foco na redução de riscos e na maximização dos resultados assistenciais para a população atendida pela AHBB.

Adicionalmente, **os demais protocolos clínicos e multiprofissionais** serão elaborados pela equipe local, levando em consideração o **perfil epidemiológico da população atendida** na unidade. A equipe realizará a avaliação contínua para garantir que os protocolos atendam às necessidades específicas da comunidade, buscando sempre a melhor prática assistencial.

1.6.1 Protocolo ACLS – Advanced Cardiac Life Support (Suporte Avançado de Vida Em Cardiologia)

O Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) consiste em uma série de respostas baseadas em evidências simples com objetivo de alcançar o melhor resultado possível para os indivíduos que estão experimentando um evento com risco de vida.

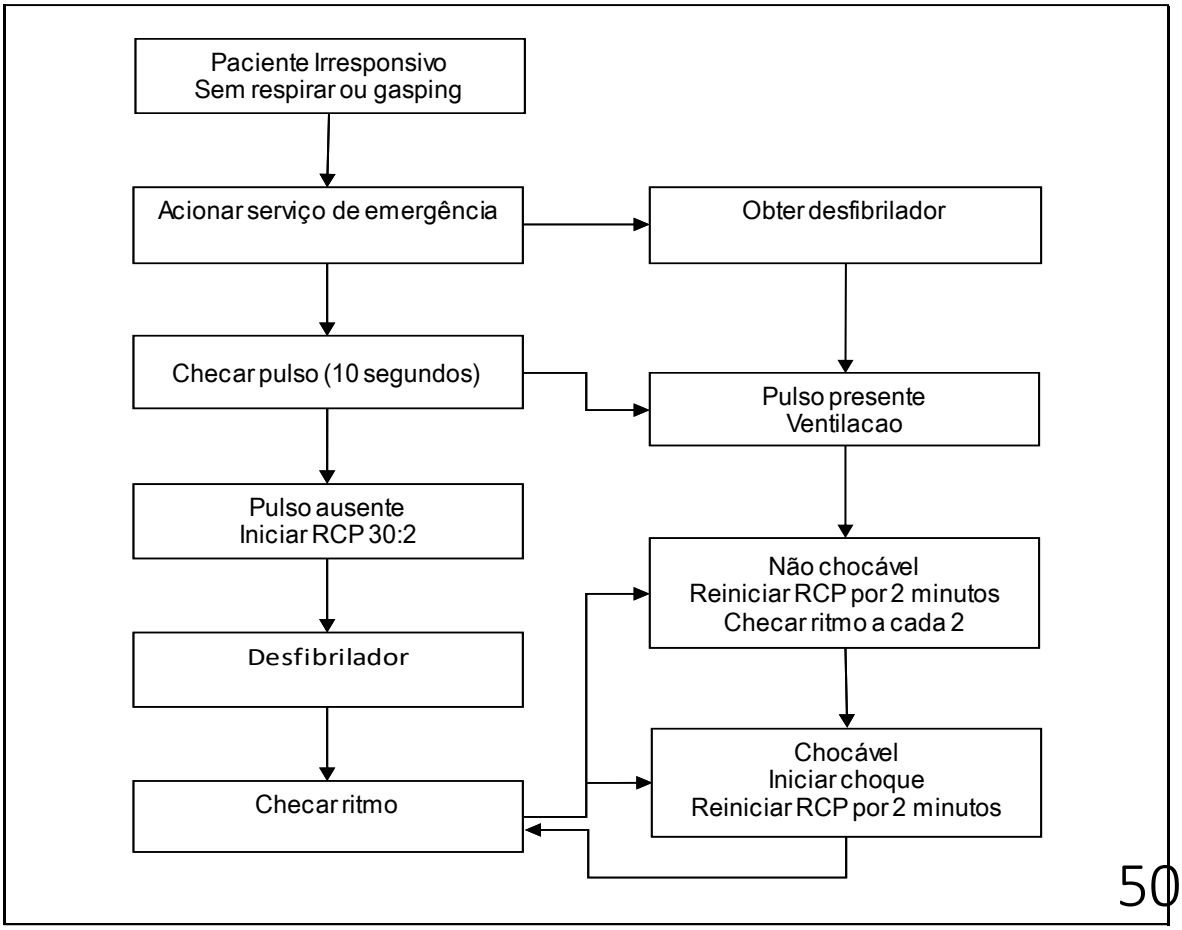
SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Iniciar Sequência BLS:
C (circulation): circulação;
A (airway): vias aéreas;
B (breathing): respiração;
D (defibrillation): desfibrilação ou drogas*.

} RCP de boa qualidade

C: Avaliar o pulso + iniciar as compressões torácicas.
Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas.
Estabelecer duas ventilações.

Iniciar com 100-120 compressões/min, intercalando

2 ventilações para cada 30 compressões (sem via aérea artificial), durante 2 minutos



Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS)

Iniciar RCP, fornecer oxigênio, monitorizar o paciente.

Checar o ritmo: pás do desfibrilador caso não monitorizado.

Choque (se indicado: FV-TV).

Desfibrilar o paciente (1 choque de 200 joules ou 360J no desfibrilador monofásico) Reversão>85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).

Via aérea avançada – intubação orotraqueal (IOT).

PPPOEIE

Assistolia: Protocolo de Linha Isoelétrica (CAGADE)

Verificar se o monitor e o desfibrilador estão ligados

Verificar todas as conexões: dispositivo – cabos, cabos – paciente, dispositivo – pás – paciente.

Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor.

Selecionar derivação e fazer uma rápida verificação do ritmo em cada derivação.

Quando monitor "EM PÁS", fazer uma rotação de 90° para verificar se há vetor de FV (pá do esterno superior direito para o esterno superior esquerdo; pá do ápice esquerdo para a borda inferior direita do esterno).

PRINCIPAIS CAUSAS DE PCR

MNEMONICO HS E TS

ETIOLOGIA	Tratamento
HIPOVOLEMIA	Fluidos/ Soro ringer-lactato
HIPOXIA	O2 a 100% (EOT)
HIPERCALEMIA/HIPOCALEMIA	Bicarbonato / KCL
HIPOTERMIA	Reaquecimento
ACIDOSE	Bicarbonato
PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO	Descompressão
INTOXICAÇÕES POR DROGAS	Antagonistas
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	Trombolíticos (heparina)
TROMBOSE CORONÁRIA (SCA)	Trombólise se IAM com supra prévio à PCR
TAMPONAMENTO CARDÍACO	Periocardiocentese

INQUÉRITO ACLS (ABCD)

VIA AÉREA

Monitorar e manter as vias respiratórias abertas em todos os momentos. O provedor deve decidir se o benefício da adição de uma via aérea avançada supera o risco de interromper a RCP. Se o tórax do indivíduo está subindo sem utilizar uma via aérea avançada, continue dando CPR sem pausa.

RESPIRAÇÃO

Na parada cardíaca, administrar oxigênio a 100%. Manter sangue com saturação de O2 (SATs) maior do que ou igual a 94%, monitorada por um oxímetro de pulso. A pressão parcial normal de CO2 situa-se entre 35 a 40mmHg. RCP de alta qualidade deve produzir uma CO2 entre 10 a 20mmHg. Se a leitura ETCO2 é inferior a 10 mmHg após 20 minutos de RCP para um indivíduo intubado, então você pode considerar parar tentativas de reanimação.

CIRCULAÇÃO

Obter o acesso intravenoso, quando possível. Monitor pressão arterial com uma braçadeira de pressão sanguínea ou a linha intra-arterial, se disponível. Monitorizar o ritmo cardíaco usando monitor cardíaco. Dê fluidos quando apropriado. Usar medicamentos cardiovasculares, quando indicado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Comece com a causa mais provável da detenção e, em seguida, avaliar a causas menos prováveis. Tratar causas reversíveis e continuar CPR como para um diagnóstico diferencial. Parar apenas brevemente para confirmar um diagnóstico ou para tratar causas reversíveis. Minimizar interrupções na perfusão é fundamental.

MANEJO DAS VIAS AÉREAS

Avaliar necessidade de via aérea avançada durante o levantamento ACLS. O valor da fixação das vias respiratórias, devem ser equilibradas contra a necessidade de minimizar a interrupção da perfusão que resulta em travar a RCP durante a colocação das vias aéreas. Os equipamentos disponíveis de vias aéreas de base, inclui a via aérea orofaríngea (OPA) e a via aérea da nasofaringe (NPA). A principal vantagem de um ANP sobre um OPA é que ele pode ser utilizado em indivíduos conscientes ou inconscientes, porque o dispositivo não estimula o reflexo de vómito. Equipamento de via aérea artificial inclui as vias aéreas máscara laríngea, tubo de laringe e tubo endotraqueal. De diferentes estilos de estas vias aéreas supraglótica estão disponíveis. Se for dentro do seu âmbito de prática, pode-se usar equipamentos de via aérea avançada, quando apropriado e disponível.

TUBO ENDOTRAQUEAL

O tubo endotraqueal (ET) é uma alternativa via aérea artificial. É um tipo específico de tubo traqueal que é inserido através da boca ou nariz. É a via aérea tecnicamente mais difíceis de lugar; no entanto, é a via aérea mais segura disponível. Esta técnica requer o uso de um laringoscópio.

MÁSCARA LARÍNGEA

A máscara laríngea (LMA) é uma alternativa via aérea artificial para ET intubação e fornece ventilação comparável. É aceitável a utilização do LMA como uma alternativa a um tubo esofágico-traqueal para a gestão das vias aéreas em paragem cardíaca. A experiência vai permitir

uma rápida colocação do dispositivo LMA por um provedor de ACLS.

TUBO LARÍNGEO

As vantagens do tubo de laringe são semelhantes aos do tubo esofágico-traqueal; no entanto, o tubo de laringe é mais compacto e menos complicada para inserir. Este tubo tem apenas um maior do balão para inflar e pode ser inserido cegamente. A aspiração é um componente essencial de manutenção da função respiratória. Deve-se aspirar as vias respiratórias imediatamente se houver secreção abundante, sangue ou vómito. As tentativas de sucção não devem ser superiores a 10 segundos. Para evitar hipoxemia, siga tentativas de aspiração com um curto período de administração de oxigénio a 100%. Interromper a aspiração e administrar oxigênio se qualquer deterioração em quadro clínico for observado durante a aspiração. Monitorar frequência do indivíduo cardíaca, saturação de oxigênio, e aparência clínica durante a aspiração. Se uma alteração nos parâmetros de monitorização é vista, interromper a aspiração e administrar oxigénio até o ritmo cardíaco volte ao normal e até que a condição clínica melhora. Auxiliar de ventilação tal como garantido.

INSERINDO UMA OPA

1. Limpar a boca de sangue e secreções com sucção, se possível.

2. Selecione um dispositivo de via aérea que é o tamanho correto para a pessoa.

Se um dispositivo for demasiado grande para vias aéreas, pode danificar a garganta.

Se um dispositivo for muito pequeno para as vias aéreas, pode pressionar a língua para a via aérea.

3. Coloque o dispositivo na parte lateral do rosto da pessoa. Escolha do dispositivo que se estende a partir do canto da boca até o lóbulo da orelha.

4. Inserir o dispositivo para dentro da boca de modo que o ponto é para o céu da boca, ou em paralelo com os dentes.

Não pressione a língua de volta para a garganta.

5. Uma vez que o dispositivo está quase totalmente inserido, transformá-lo até que a língua é segurou pelo interior curva do dispositivo.

A intubação orotraqueal com sequência de intubação rápida (SIR) e alinhamento da coluna cervical (ACC) da coluna cervical é a técnica

mais confiável e rápida de se obter uma via aérea segura em pacientes em apneia ou instáveis. O paciente é cuidadosamente colocado em posição supina, com a cabeça neutra. A oximetria deve ser monitorizada. A porção anterior do colar do tipo Philadelphia (ou todo o colar) deve ser removida, pois ela reduz a abertura da boca. Um assistente deve realizar a ACC do pescoço com as mãos posicionadas abertas na lateral da face do paciente, os dedos fixando o processo mastoide para resistir a extensão da coluna cervical imposta pela laringoscopia.

Normalmente, o assistente se coloca à esquerda do médico que está realizando a intubação. O paciente é pré-oxigenado se estiver respirando, e, com a perda da consciência, a pressão cricóide (manobra de Sullick) pode ser aplicada por um segundo assistente localizado à direita. A pressão cricóide deve ser mantida até que o sucesso da intubação seja confirmado. O assistente que estiver realizando a pressão cricóide deve usar a outra mão para amparar a porção posterior da coluna cervical do paciente, pois essa pressão pode causar deslocamento das vértebras cervicais quando for aplicada sem o apoio posterior do colar Philadelphia.

A hipnose é alcançada com o uso endovenoso de midazolan, e o bloqueio neuromuscular com fentanila.

O surgimento de fasciculações musculares no paciente indica o início do bloqueio. O paciente é intubado com a lâmina de laringoscópio curva (Macintosh), desenhada para ser inserida no lado direito da boca do paciente, deslocando a língua para a esquerda. A ponta da lâmina é locada na valécula na base da língua, então é aplicada uma tração para cima.

A repetição de tentativas malsucedidas pode causar edema na laringe, sangramento, obstrução de vias aéreas e hipoxia grave. Após aspiração orofaríngea, o médico pode usar uma máscara laríngea ou ambu para ventilar o paciente durante o tempo necessário.

A máscara laríngea é uma opção para médicos menos experientes ou via aérea difícil. Os pacientes devem estar com o nível de consciência rebaixado para possibilitar seu uso

FARMACOLOGIA NA INTUBAÇÃO

Midazolam: benzodiazepínico, sedativo, hipnótico, produz amnésia anterógrada. É reversível com Flumazenil (antídoto). Pode apresentar depressão respiratória e hipotensão em idosos e pacientes hipovolêmicos. Dose: 0,1 mg/Kg, com início de ação em 1 minuto. Pode

ser repetida a dose inicial, se pouco resultado inicial. Pode, por si só, sedando, facilitar a intubação, ou precederá a aplicação do relaxante. Duração aproximada de 30 minutos.

Fentanila: na dose de 2 a 4 mcg/Kg é usado com objetivo de reduzir a resposta cardiovascular exagerada e o aumento da pressão intracraniana. Paraefeitos: depressão respiratória, hipotensão.

Lidocaína: usada endovenosa, na dose de 1,5 mg/Kg, 2 a 3 minutos antes da intubação, diminui os efeitos cardiovasculares e sobre a pressão intracraniana provocados pela intubação oro-

traqueal.

VIAS AÉREAS – PROTOCOLO PARA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA

1. Garantir a disponibilidade do equipamento necessário.

Fonte de oxigênio.

Máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional de tipo e tamanho apropriados.

Máscara de fluxo unidirecional.

Laringoscópio com lâminas.

Cânulas traqueais.

Material para via aérea cirúrgica e alternativa.

Medicações da ISR.

Material para fixar o tubo traqueal após a intubação.

Material para aspiração.

Garantir no mínimo um, mas preferencialmente, dois acessos venosos adequados.

Pré-oxigenar o paciente usando máscara de fluxo unidirecional ou máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional com 100% de oxigênio.

Pré-oxigenar de preferência por 3 a 4 minutos.

Instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso.

Se o paciente estiver consciente, considerar o uso de agentes sedativos.

Considerar a administração de agentes sedativos e lidocaína se houver suspeita ou confirmação de trauma cranioencefálico (TCE).

Após a administração de curares, fazer a manobra de Sellick (pressão na cricóide) para diminuir o risco de aspiração.

Confirmar a localização no tubo imediatamente após a intubação.

Monitoração cardíaca contínua (ECG) e oximetria de pulso são necessárias durante e após a ISR.

A localização do tubo deve ser verificada periodicamente durante o transporte e sempre que o paciente for movimentado.

Podem ser necessárias doses repetidas de relaxantes musculares para manter a curarização.

Confirmar a localização do tubo.

Se as tentativas repetidas de intubação forem malsucedidas, considerar a possibilidade de

via aérea alternativa.

INSERIR A NPA

1. Selecione um dispositivo de via aérea que é o tamanho correto para a pessoa.

2. Coloque o dispositivo na parte lateral do rosto da pessoa. Escolha do dispositivo que se estende a partir da ponta do nariz para o lóbulo da orelha. Use o maior dispositivo de diâmetro que vai caber.

3. Lubrificar as vias aéreas com um lubrificante solúvel em água ou geleia anestésica.

4. Insira o dispositivo lentamente, movendo-se em linha reta no rosto (não para o cérebro).

5. Ele deve se sentir confortável; não forçar o dispositivo na narina. Se ele se sente preso, remova-o e tente a outra narina.

ASPIRAÇÃO

1. Quando a aspiração da orofaringe, não inserir o cateter muito profundamente. Estender o cateter até a profundidade máxima de segurança e de sucção como você retirar.

2. Quando a aspiração de um tubo endotraqueal (ET), tenha em mente o tubo está dentro da traqueia e que você pode ser a aspiração perto da brônquios ou pulmão. Portanto, uma técnica estéril deve ser usada.

3. Cada tentativa de sucção deve ser para não mais de 10 segundos. Lembre-se de que a pessoa não terá oxigênio durante a aspiração.

4. Monitorar os sinais vitais durante a aspiração e parar a aspiração imediatamente se a pessoa experimenta hipoxemia (SATs de oxigênio inferior a 94%), tem uma nova arritmia, ou torna-se cianótica.

5. OPAs muito grande ou muito pequeno, pode obstruir as vias aéreas.

6. NPAs dimensionada incorretamente pode entrar no esôfago.

7. Sempre vá para respiração espontânea após a inserção de um ou outro dispositivo.

VIAS DE ACESSO

A principal via de acesso para administração de medicamentos deve ser a via intravenosa (IV). A IV periférico é preferido para administração de medicamentos e de fluido, a menos que de acesso à linha central, já está disponível.

O acesso à linha central não é necessário durante a maioria das tentativas de reanimação, pois pode causar interrupções no CPR e complicações durante a inserção. Colocar uma linha periférica não requer interrupção PCR.

Quando se utiliza via IV periférico de administração, os fármacos podem ter até dois minutos ou mais para atingir a circulação central.

O efeito de medicamentos dados não pode ser visto. RCP de alta qualidade ajuda a circular essas drogas e é uma parte importante da ressuscitação.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

MEDICAMENTO	PRINCIPAL USO	DOSE/VIA	OBSERVAÇÃO
ADENOSINA	- TPSV Narrow/ SVT. - QRS largo irregular: evitar adenosina.	6 mg IV de bolus, pode repetir com 12 mg em 1 a 2 min.	- IV impulso rápido perto do cubo, seguido de um bolus de solução salina. - Monitorização cardíaca contínua durante a administração. - Faz com que o rubor e peito pese.
AMIODARONA	- FV taquicardia ventricular. - VT com pulso.	- FV / TV: 300 mg (diluir em 20 a 30 mL e pode repetir 150	- Antecipar hipotensão, bradicardia e toxicidade gastrointestinal. - Monitorização

	- Controle da taqui-cardia.	mg em 3 a 5 min).	cardíaca contínua – meia vida muito longa (até 40 dias). - Não utilizar em bloco de 2º ou 3º grau. - Não administrar por via tubo ET.
ATROPINA	- Bradicardia sin- tomática.	- IV 0,5 mg / ET a cada 3 a 5 minutos. - A dose máxima: 3 mg.	- Monitorização cardíaca e BP. - Não utilizar em glaucoma ou taquiarritmias.
	- Toxinas especí-ficas / sobredosa-gem (ex.: organo-fosforados).	- 2 a 4 mg IV / ET pode ser necessário.	- Dose mínima de 0,5 mg.
DOPAMINA	- Choque.	- 2 a 20 mg / Kg / min. - Titula-se a pressão arterial desejada.	- Ressuscitação primeiro. - Monitorização cardíaca e BP.
ADRENALINA	- Parada cardíaca.	- Inicial: 1,0 mg (1:10.000) IV ou de 2 a 2,5 mg (1:1.000) ETT cada 3 a 5 min. - Manter: /kg/min.	- Monitorização cardíaca. - Contínua concentrações. - Dar se possível através da linha central.

		Titula-se a pressão arterial desejada (0,1 e 0,5 mcg).	
	- Anafilaxia.	- 500 mcg IM. - Repita a cada 5 minutos, conforme necessário.	
	- Bradicardia sinto-mática / Choque.	- 2 a 10 mcg / min de infusão. - Titular a resposta.	
LIDOCAÍNA (RECOMENDADA SE A AMIODARONA NÃO ESTÁ ACESSÍVEL)	- Parada cardíaca (VF / VT).	- Inicial: 1 a 1,5 mg/kg IV carregamento. - Segunda: metade da pri-meira dose, de 5 a 10 min. - Manter: 1 a 4 mg / min.	- Monitorização cardíaca e BP. - Bolus pode causar hipotensão e bradicardia. - Use com cuidado na insuficiência renal. - Gliconato de cálcio pode inverter a hiper-magnesemia.
	- Taquicardia grande / Complexo com pulso.	- Inicial: 0,5 a 1,5 mg/kg, IV - Segunda: Metade da pri-meira dose, de 5 a 10 min	

		- Manter: 1 a 4 mg/min.	
SULFATO DE MAGNÉSIO	- Parada cardíaca / Torsades sem pulso.	1 a 2 g diluídos em 10 mL.	- A monitorização cardíaca e BP. - Bolus pode causar hipotensão e bradicardia. - Use com cuidado na insuficiência renal. - Gliconato de cálcio pode inverter a hiper-magnesemia.

DESFIBRILAÇÃO

Quanto mais cedo a desfibrilação ocorre, quanto maior a taxa de sobrevivência. Quando uma arritmia fatal está presente a CPR pode fornecer uma pequena quantidade de fluxo de sangue para o coração e cérebro, mas não pode restaurar diretamente um ritmo organizado. A probabilidade de restaurar um ritmo de perfusão é otimizado com RCP imediata e desfibrilação. O objetivo da desfibrilação é interromper um ritmo caótico e permitir pacemakers normais do coração para retomar a atividade elétrica eficaz. A dose de energia adequado é determinada pela concepção do desfibrilador-monofásico ou bifásico. Se você estiver usando um desfibrilador monofásico, dar um único 360 J choque. Use a mesma dose de energia em choques subsequentes. Desfibriladores bifásicos utilizar uma variedade de formas de onda e ter sido mostrado para ser mais eficaz para terminar uma arritmia fatal. Ao usar desfibriladores bifásicos, os fornecedores devem usar dose de energia recomendado pelo fabricante. Muitos fabricantes de desfibriladores bifásicos exibir o intervalo de dose eficaz de energia na face do dispositivo. Se o primeiro choque não terminar a arritmia, pode ser razoável para escalar a energia entregue se o desfibrilador permite. Para minimizar as interrupções das compressões torácicas durante a RCP, continuar CPR enquanto o desfibrilador está a carregar. Certifique-se de limpar o indivíduo, garantindo que o oxigênio é

removido e ninguém está tocando o indivíduo antes de entregar o choque. Imediatamente após o choque, reinicia a RCP, começando com compressões. Dê CPR por dois minutos (aproximadamente cinco ciclos). Um ciclo consiste de 30 compressões seguidas por duas respirações para um indivíduo sem uma via aérea artificial. Aqueles indivíduos com um dispositivo de via aérea artificial no local, podem ser ventilados a uma taxa de uma respiração a cada 5 a 6 segundos (ou 10 a 12 respirações por minuto).

Assegurar se o oxigênio não está fluindo através do paciente de peito, quando entregar choque.

Não parar as compressões torácicas por mais de 10 segundos, quando se avalia o ritmo.

Mantenha-se afastado do paciente quando a entrega do choque.

Avaliar pulso após os primeiros dois minutos de RCP.

Se o CO2 total final é inferior a 10 mmHg durante a RCP, considere a adição de um vasopressor e melhore as compressões torácicas.

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

O sucesso ressuscitação cardiopulmonar (CPR), requer o uso dele como parte de um sistema

de cuidados de chamada da Cadeia de Sobrevivência. O início precoce da BLS aumenta a probabilidade de sobrevivência de uma pessoa lidar com parada cardíaca.

Hipotermia Terapêutica

Recomendado para pessoas em coma, com retorno da circulação espontânea após um evento de parada cardíaca.

Os indivíduos devem ser arrefecidos para 32 a 36° C durante pelo menos 24 horas.

Otimização de Hemodinâmica e Ventilação

100% de oxigênio é aceitável para a intervenção precoce, mas não para períodos de tempo prolongados.

Oxigênio deve ser titulado, de modo que a oximetria de pulso do indivíduo seja superior a 94%, para se evitar a toxicidade de oxigênio.

Não mais ventilar para evitar potenciais efeitos hemodinâmicos adversos.

Taxas de ventilação de 10 a 12 respirações por minuto para atingir ETCO2 em 35 a 40 mmHg.

Fluídos e medicamentos vasoativos devem ser titulados para a estabilidade hemodinâmica.

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

É muito importante reconhecer indivíduos com potencial de ACS, a fim de iniciar a avaliação, triagem apropriada, e gestão oportuna. O diagnóstico e tratamento rápido tem maior sucesso de preservar o tecido saudável do coração. Quanto menor o tempo até à reperfusão, quanto maior a quantidade de tecido do coração que pode ser salva, melhor o prognóstico. Eventos cardíacos adversos inclui a morte e o infarte do miocárdio não fatal. Complicações fatais de ACS incluem fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, bradiarritmias, choque cardiogênico e edema pulmonar.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1. Considerações Gerais

O ECG é o registro da atividade elétrica do coração. O registro desta atividade forma uma série de ondas e complexos que foram rotulados arbitrariamente.

A chave do diagnóstico das arritmias é a análise da forma e interrelações da onda P, intervalo

PR e do QRS.

Os eletrodos mais frequentemente empregados na monitorização contínua são os do tipo auto

adesivos aplicados ao tórax ou pulseiras aplicadas nas extremidades.

O corpo age como um grande condutor de eletricidade e a eletricidade gerada no coração pode ser detectada por eletrodos aplicados na pele.

Qualquer impulso elétrico se movendo em direção a um eletrodo positivo produz uma onda com deflexão positiva. O impulso elétrico se movendo em direção contrária ao eletrodo positivo produz uma deflexão negativa.

A linha isoelétrica representa a ausência de atividade elétrica ou que ela se move perpendicularmente aos eletrodos.

Cada derivação representa uma visão de uma determinada parede ou área do coração, colocando-se os eletrodos em posições diferentes. Uma derivação bipolar é uma combinação de dois eletrodos um positivo e um negativo.

Conduta

Utilizar no mínimo 3 eletrodos: um positivo, um negativo e o terra.

Saber que os eletrodos são identificados por cores o negativo é branco, o positivo é vermelho e o terra pode ser preto, verde ou marrom.

As duas derivações mais frequentemente utilizadas são DII e DI modificada.

Obter a derivação I colocando o eletrodo positivo abaixo da clavícula esquerda e o negativo abaixo da direita.

Obter a derivação II posicionando o eletrodo positivo abaixo do músculo peitoral esquerdo e o negativo abaixo da clavícula direita.

Fixar o eletrodo terra em qualquer posição, porém geralmente é fixado abaixo do músculo peitoral direito.

Imprimir o traçado para facilitar sua análise.

Aplicar eletrodos torácicos em posições que permitam a desfibrilação ou a cardioversão.

Remover com álcool a gordura e a sujeira da área onde o eletrodo será aplicado.

Realizar caso necessário tricotomia.

Tomar cuidado com os artefatos: uma linha isoelétrica pode significar desconexão do cabo ou eletrodo e não assistolia e a fibrilação ventricular pode ser simulada por movimentos ou tremores do paciente.

Verificar as condições clínicas do paciente antes de qualquer tratamento.

O eletrocardiograma de doze derivações representa uma análise mais completa da atividade

elétrica cardíaca, sendo necessário para fazer um diagnóstico definitivo das taquicardias de complexo alargado.

As anormalidades do segmento ST não devem ser interpretadas com base na monitorização.

Conduta Para Análise do ECG

Abordar sistematicamente o traçado.

Contar o número de quadrados grandes e pequenos. Um quadrado pequeno representa 0,04 segundo e um quadrado grande que possui 5 quadrados pequenos dura 0,20 segundos.

Verificar os componentes do traçado eletrocardiográfico são: onda P (despolarização atrial), complexo QRS (despolarização ventricular), onda T (repolarização ventricular).

Medir o intervalo PR, que representa a distância entre o início da onda P e o início do complexo QRS, mostra o tempo que a onda de despolarização leva para ir do átrio ao ventrículo.

Considerar que são fontes de interferência na monitorização eletrocardiográfica: desconexão de eletrodos, tremores, movimentação do paciente, fontes de eletricidade (60 ciclos) e mal funcionamento do monitor ou cabos.

Verificar se existe QRS: a ausência de QRS ocorre na fibrilação ventricular e na assistolia, duas situações indicadoras de parada cardíaca.

Estabelecer se o ritmo é regular ou não, observando se os intervalos entre as ondas R e também entre as ondas P é regular ou irregular. Se o ritmo for irregular é necessário definir se a irregularidade segue algum padrão, ou se ela é ocasional ou se o ritmo é totalmente irregular.

Calcular a frequência: devem ser determinadas tanto a ventricular quanto a atrial. Em ritmos regulares deve-se dividir 300 pelo número de quadrados grandes ou 1500 pelo número de quadrados pequenos para obter a frequência por minuto. Em ritmos irregulares o melhor é contar o número de ondas R em fita de 6 segundos e multiplicando o resultado por 10.

Determinar se existe onda P, se todas as ondas P são iguais, se existe complexo QRS após cada onda P.

Mensurar a duração do intervalo PR e se ele é constante caso exista intervalo PR.

Passos para Realizar a Análise Sistemática do ECG

Existem complexos QRS?

Os complexos QRS tem aspecto normal em forma durante a sua existência?

Qual a frequência da existência dos complexos QRS?

A existência dos complexos QRS após cada onda PO intervalo P-R é normal ou alargada?

Características das Arritmias Cardíacas

Taquicardia Sinusal:

Frequência: maior que 100/min em adultos.

Ritmo: regular.

Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.

PR: constante e durando entre 0,12 e 0,20 s.

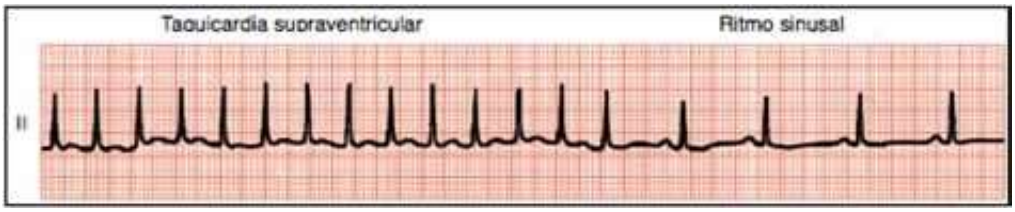
QRS: normais (0,10 s ou menos).

Traçado de ECG com taquicardia sinusal, frequência cardíaca de 108 bpm

Bradicardia Sinusal:
Frequência: menor que 60/min.
Ritmo: regular.
Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
PR: constante e durando entre 0,12 e 0,20 s.
QRS: normais (0,10 s ou menos).

Traçado de ECG com bradicardia sinusal, frequência cardíaca de 56 bpm

Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV):
Frequência: em geral situa-se entre 140 a 240/min.
Ritmo: regular.
Ondas P: podem estar no interior das ondas T precedentes, quando visíveis diferem das ondas P sinusais.
PR: geralmente não pode ser medido.
QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em caso de condução aberrante pelos ventrículos.



Traçado de ECG com taquicardia supraventricular, com frequência ventricular de 150 bpm,
com complexos QRS estreitos.

Flutter Atrial:

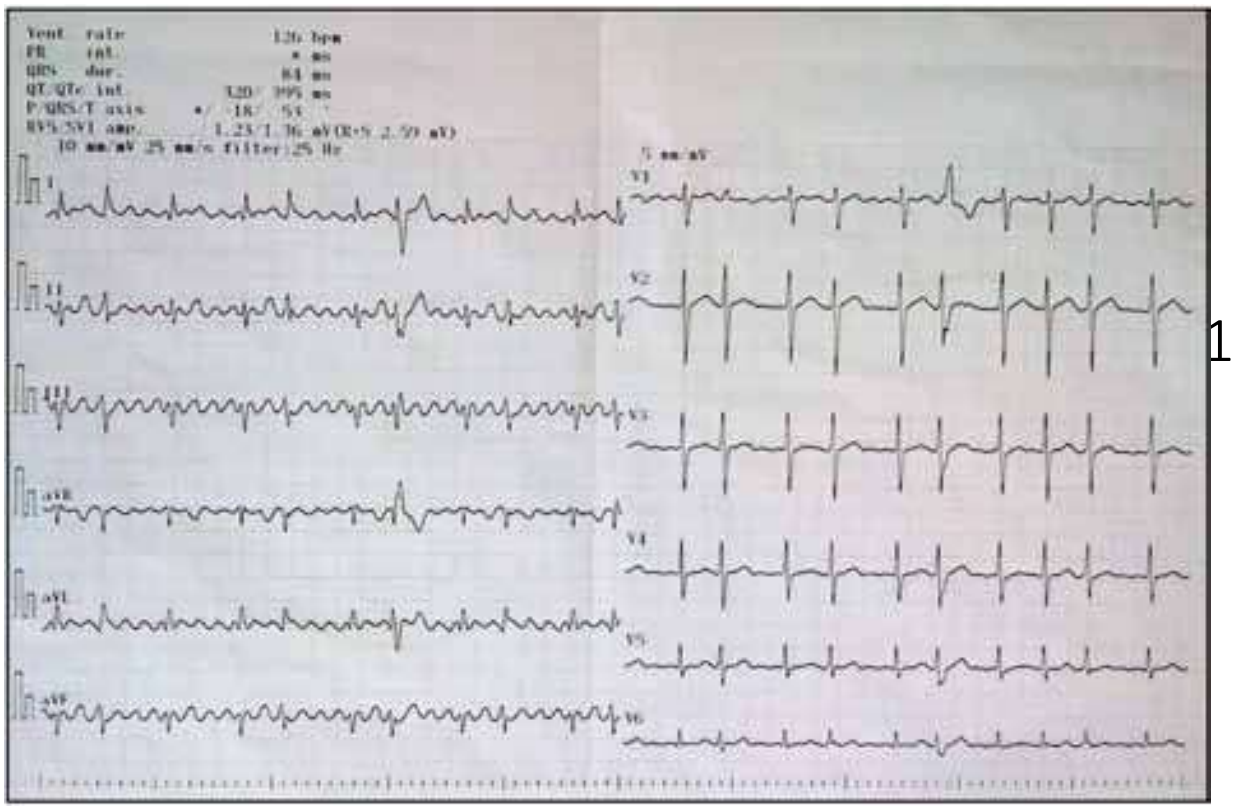
Frequência: atrial entre 250 e 350 /min e a ventricular é variável. A resposta ventricular dependerá do grau de bloqueio AV.

Ritmo: atrial é regular. A resposta ventricular geralmente é regular mas depende do grau de bloqueio AV (em geralmente 2:1; 4:1). A manobra vagal, aumentando o grau de bloqueio no AV serve para identificar a arritmia.

Ondas P: duas ou mais ondas de flutter antes do QRS lembram dentes de serra e parecem invertidas, podem ser difíceis de identificar no flutter 2:1. Suspeitar quando o ritmo for regular e a frequência ventricular estiver entre 140 – 160 / min.

PR: pode ser constante ou variável.

QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser



alargados em alguns casos.

Traçado de ECG com Flutter Atrial, com ondas positivas em D2, D e VF, com frequência de 250,

com frequência ventricular variável, em torno de 125 bpm

Fibrilação Atrial:

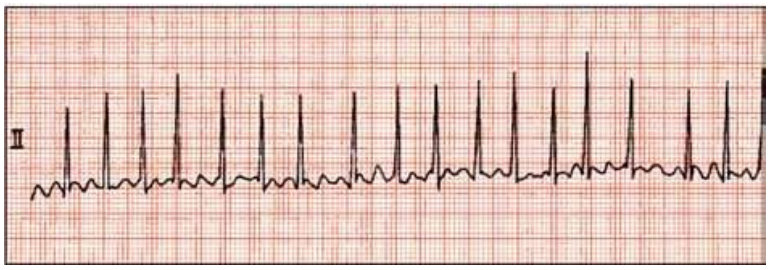
Frequência: atrial maior que 350/min e a ventricular é variável. A resposta ventricular dependerá do grau de bloqueio AV existente.

Ritmo: irregular.

Ondas P: não existem ondas P verdadeiras. Aparecem ondas irregulares chamadas de fibrilatórias, quando de baixa amplitude a linha de base pode parecer isoelétrica.

PR: não há.

QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em alguns casos.



Traçado de ECG com fibrilação atrial de elevada resposta ventricular (FC = 187 bpm), ritmo irregular,

com ondas f grosseiras, simulando falsas ondas P, em paciente portadora de hipertireoidismo

Batimentos Prematuros Ventriculares (BPV):

Frequência: variável.

Ritmo: irregular quando ocorre um BPV. Um intervalo R-R mais curto que o normal separa

o batimento prematuro do batimento precedente. A maioria é sucedida de pausa compensatória. Pode se apresentar isoladamente, com regularidade intercalando o ritmo basal (bigeminismo, trigeminismo, etc.) ou em salvas; de um mesmo foco ou de vários focos mais (unifocal = monomórfica ou multifocal = polimórfica).

Ondas P: nenhuma associada ao BPV.

PR: nenhum.

QRS: precoce, bizarro com duração maior ou igual a 0,12 s em geral com padrão de bloqueio de ramo e onda T invertida.

Traçado de ECG com extrassistolia ventricular com fenômeno R sobre T,

com elevado potencial de conversão para fibrilação ou taquicardia ventricular

Taquicardia Ventricular (TV):

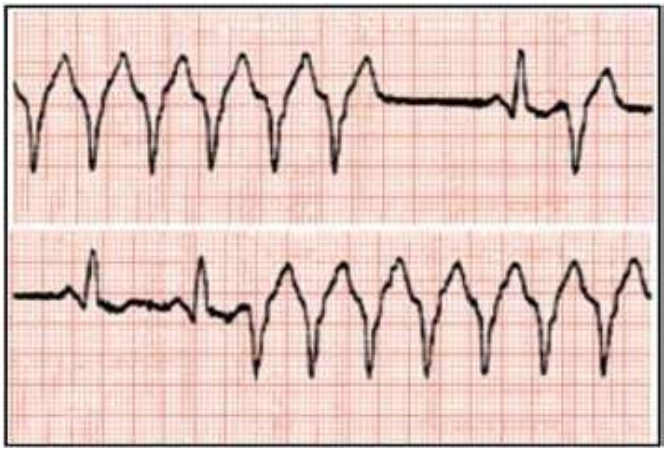
Frequência: 100 a 250 / min. A presença de pelo menos três batimentos consecutivos de origem ventricular com frequência superior a 100/min define a presença da arritmia. A taquicardia ventricular é considerada não sustentada quando sua duração é menor que trinta segundos.

Ritmo: regular ou discretamente irregular.

Ondas P: ausentes ou quando presentes estão dissociadas dos complexos QRS.

PR: não existente.

QRS: alargado e bizarro 0,12 s ou maiores, podem ser em alguns



casos batimentos de fusão.

Traçado de ECG exibindo episódios de taquicardia ventricular não sustentada,

com frequência em torno de 200 bpm, com reversão espontânea

Fibrilação Ventricular (FV):

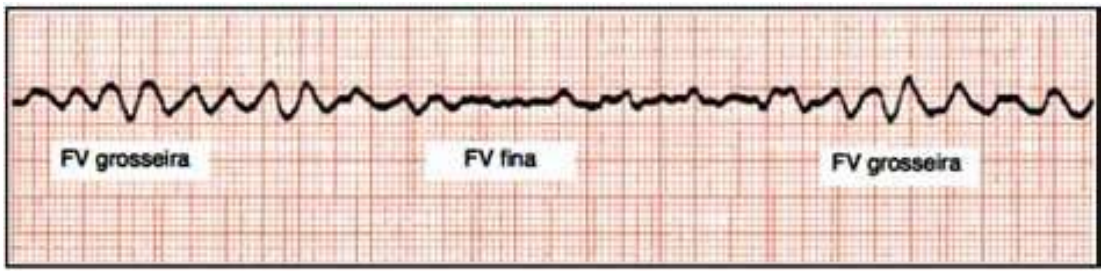
Frequência: não mensurável.

Ritmo: irregular.

Ondas P: não identificáveis.

PR: não mensurável.

QRS: ausentes.



Traçado de ECG com episódio de fibrilação ventricular

Ritmos Ventriculares de Escape:

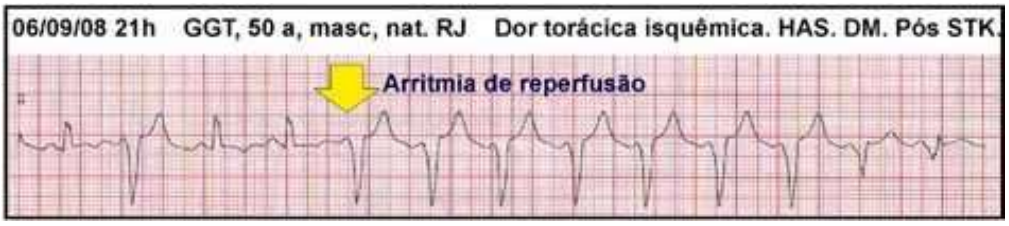
Frequência: 20 a 40/min. Quando a FC está entre 40 e 99, este ritmo é chamado de idioventricular acelerado. Pode estar associado a reperfusão após uso de terapia trombolítica.

Ritmo: geralmente regular.

Ondas P: nenhuma.

PR: nenhum.

QRS: alargados (> 0,12 s).



Traçado de ECG com ritmo idioventricular acelerado, com frequência cardíaca de 80 bpm, complexos

QRS alargados, arritmia de característica benigna presente após terapia de reperfusão por trombolítico

Ritmos Juncionais de Escape:

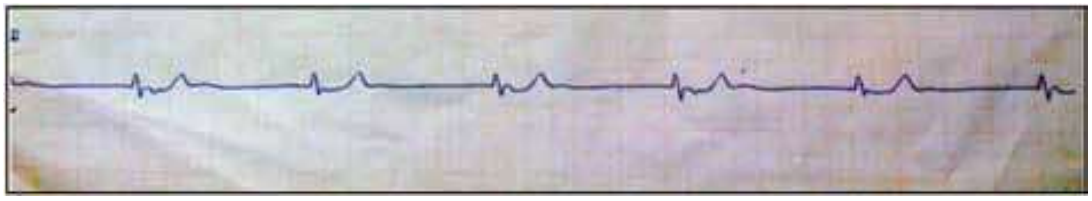
Frequência: 40 a 60/min. Quando a FC está entre 40 e 99, este ritmo é chamado de idioventricular acelerado.

Ritmo: geralmente regular.

Ondas P: retrógradas negativas em II e III. Pode anteceder, ser simultânea ou suceder ao QRS.

PR: nenhum.

QRS: geralmente normais.



Traçado de ECG com ritmo juncional de escape, com frequência ventricular em torno de 40 bpm, com complexos QRS estreitos e condução retrógrada de P

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) do 1° Grau:

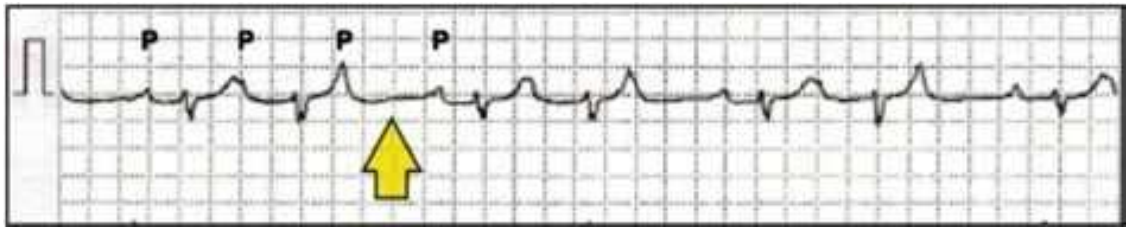
Frequência: variável.

Ritmo: regular.

Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
PR: constante com duração maior que 0,20 s.
QRS: normais (0,10 s ou menos).

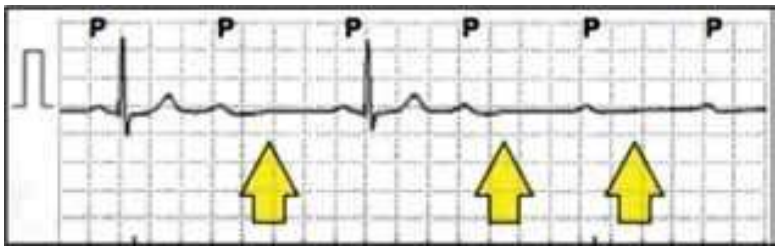
Traçado de ECG com bloqueio atrioventricular do 1° grau

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) 2° Grau tipo I (c/ fenômeno de Wenckebach):
Frequência: variável. Atrial > ventricular, nem todo P conduz.
Ritmo: atrial regular e ventricular irregular (R-R variável).
Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
PR: aumenta progressivamente antes do P bloqueado.
QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de ECG com bloqueio atrioventricular do 2° grau, tipo I, apresentando fenômeno de Wenckebach (aumento progressivo do intervalo PR com bloqueio indicado na seta amarela)

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) 2° Grau tipo II e 2:1:
Frequência: variável. Atrial > ventricular, nem todo P conduz.
Ritmo: atrial regular e ventricular irregular (R-R variável).
Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes.
PR: constante antes do P bloqueado.
QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de ECG com bloqueio atrioventricular do 2º grau, tipo II, apresentando condução inicial 2:1

(duas ondas P para um complexo QRS) e em seguida, um bloqueio avançado sem complexo QRS,

após as ondas P subsequentes

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) de 3º Grau:

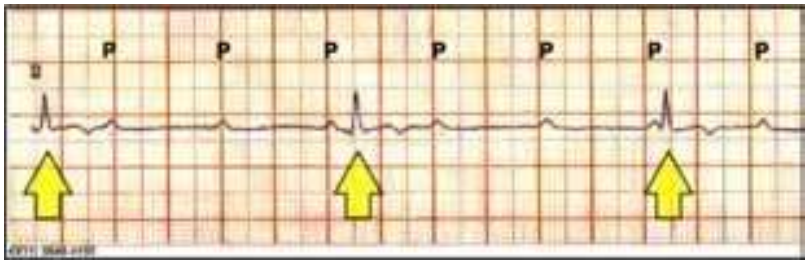
Frequência: ventricular inferior a atrial. No BAV intranodal a frequência está entre 40 – 60 /min e no infranodal é inferior a 40 /min.

Ritmo: atrial e ventricular são regulares.

Ondas P: normais geralmente.

PR: variável.

QRS: No BAV de 3º grau intranodal o QRS é estreito (0,10 s ou menos) e no bloqueio AV infranodal os QRS são alargados.



Traçado de ECG com bloqueio atrioventricular total,
com dissociação das ondas P e dos complexos QRS (setas)

CARDIOVERSÃO

A) Considerações Especiais de Avaliação

Consiste em devolver ao coração ao ritmo normal utilizando um medicamento, impacto mecânico ou aplicação de energia elétrica.

Somente pacientes instáveis devem ser submetidos a cardioversão medicamentosa ou elétrica no ambiente pré-hospitalar.

O tratamento medicamentoso de pacientes sintomáticos também deve ser considerado caso não seja possível transferir rapidamente para hospital de referência.

A energia é liberada pelo aparelho frações de segundo após a detecção do pico da onda R (10 a 20 ms) durante o período refratário absoluto, quando os ventrículos não estão vulneráveis.

O motivo de se efetuar a descarga sincronizada é evitar que o choque ocorra sobre a onda T desencadeando a fibrilação ventricular.

Está indicada no tratamento de taquiarritmias cardíacas com frequência maior que 150/min, com instabilidade hemodinâmica mas que apresentam pulso central.

Exige a colocação de eletrodos autoadesivos no tórax do paciente.

B) Conduta

Instalar oxigênio suplementar por máscara e obter, se possível, acesso venoso periférico (não se deve retardar a cardioversão de emergência).

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas, medicações de PCR e monitorizar o paciente com eletrodos autoadesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Ligar o aparelho acionando o modo sincronizado.

Observar o surgimento das marcações no traçado, ajustar se necessário o ganho do monitor e ajustar a energia do choque nos níveis desejados.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.

Posicionar as pás com gel condutor sobre o tórax do paciente (mesmo local da desfibrilação).

Certificar-se que ninguém toca o paciente.

Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.

Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assincrônico.

ENERGIA APLICADA À CARDIOVERSÃO ELÉTRICA DE ACORDO COM O TIPO DE ARRITMIA CARDÍACA

ARRITMIA	ENERGIA INICIAL	CHOQUES SUBSEQUENTES
FLUTTER ATRIAL	50 J	**100, 200, 300 E 360 J**
TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR		
FIBRILAÇÃO ATRIAL	100 J	**200, 300 E 360 J**
TV MONOMÓRFICA		
TV POLIMÓRFICA	**200 J**	**300 E 360 J**

DESFIBRILAÇÃO MANUAL

Considerações Especiais de Avaliação

Consiste na aplicação de energia elétrica de forma não sincronizada para terminar fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular.

A desfibrilação faz com que o miocárdio entre em estado de despolarização generalizada e que o nódulo sinusal ou outro

marcapasso restabeleça a sequência normal de repolarização-despolarização.

É o procedimento prioritário da reanimação sendo realizado, se possível, após a constatação da inconsciência com ausência de pulso carotídeo.

A fibrilação ventricular (FV) é a principal causa de PCR no ambiente extra-hospitalar.

O único tratamento eficaz para a fibrilação ventricular é a desfibrilação.

A precocidade da desfibrilação é o maior determinante do sucesso da reanimação.

As complicações da desfibrilação são: queimaduras na pele, e lesões do miocárdio devido a energia elevada ou a um número elevado de descargas.

Conduta

Diagnosticar a PCR.

Efetuar 2 minutos de compressões e ventilações caso a PCR não tenha sido presenciada.

Monitorizar os pacientes com as pás do aparelho. Identificar a TV sem pulso ou FV.

Selecionar o nível de energia desejado, que inicialmente é de 200 J em adultos ou de 2 J/kg em crianças.

Aplicar a pasta condutora.

Posicionar as pás sobre o tórax do paciente, uma do lado direito da porção superior do externo, abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior, lateral ao mamilo esquerdo.

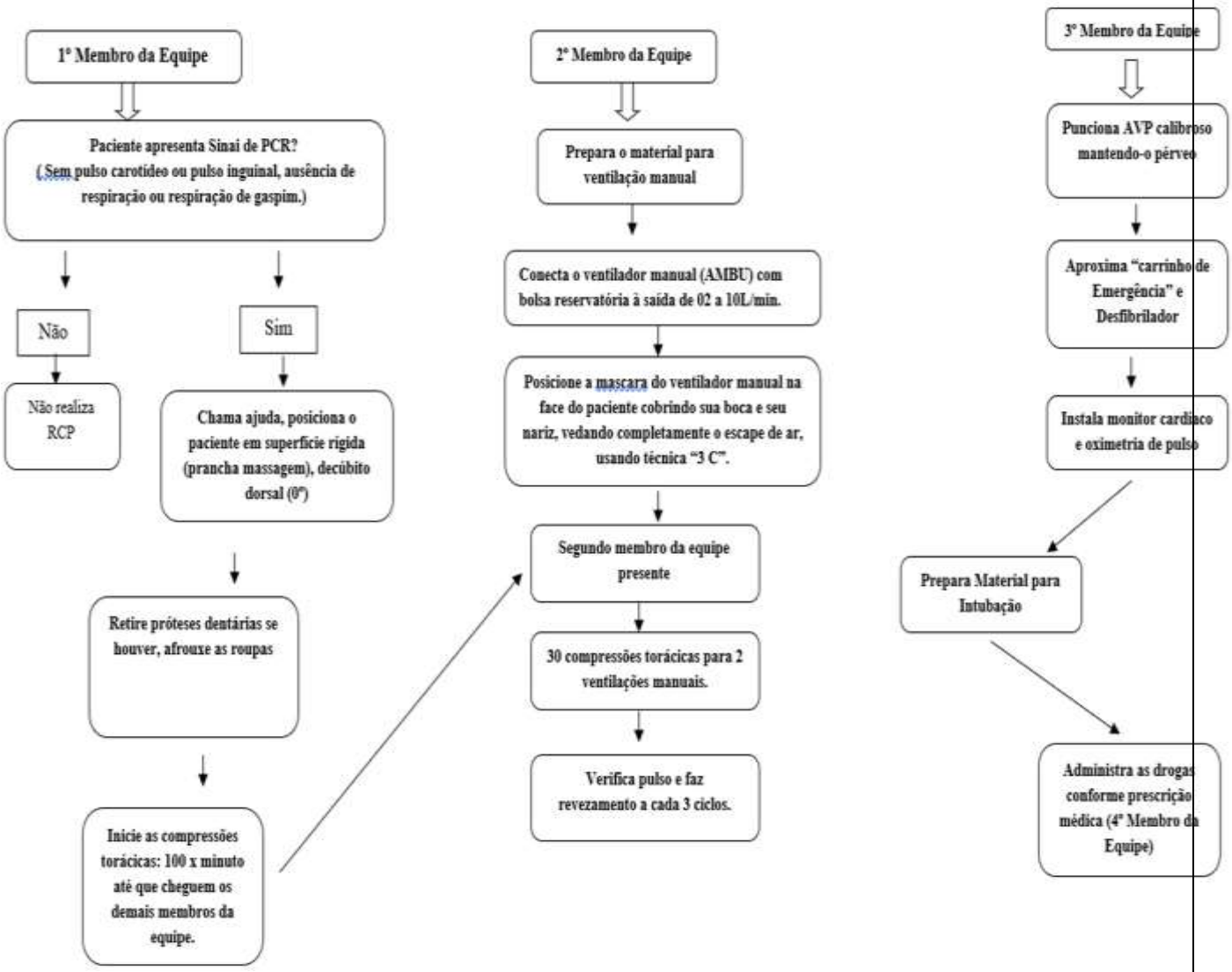
Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância.

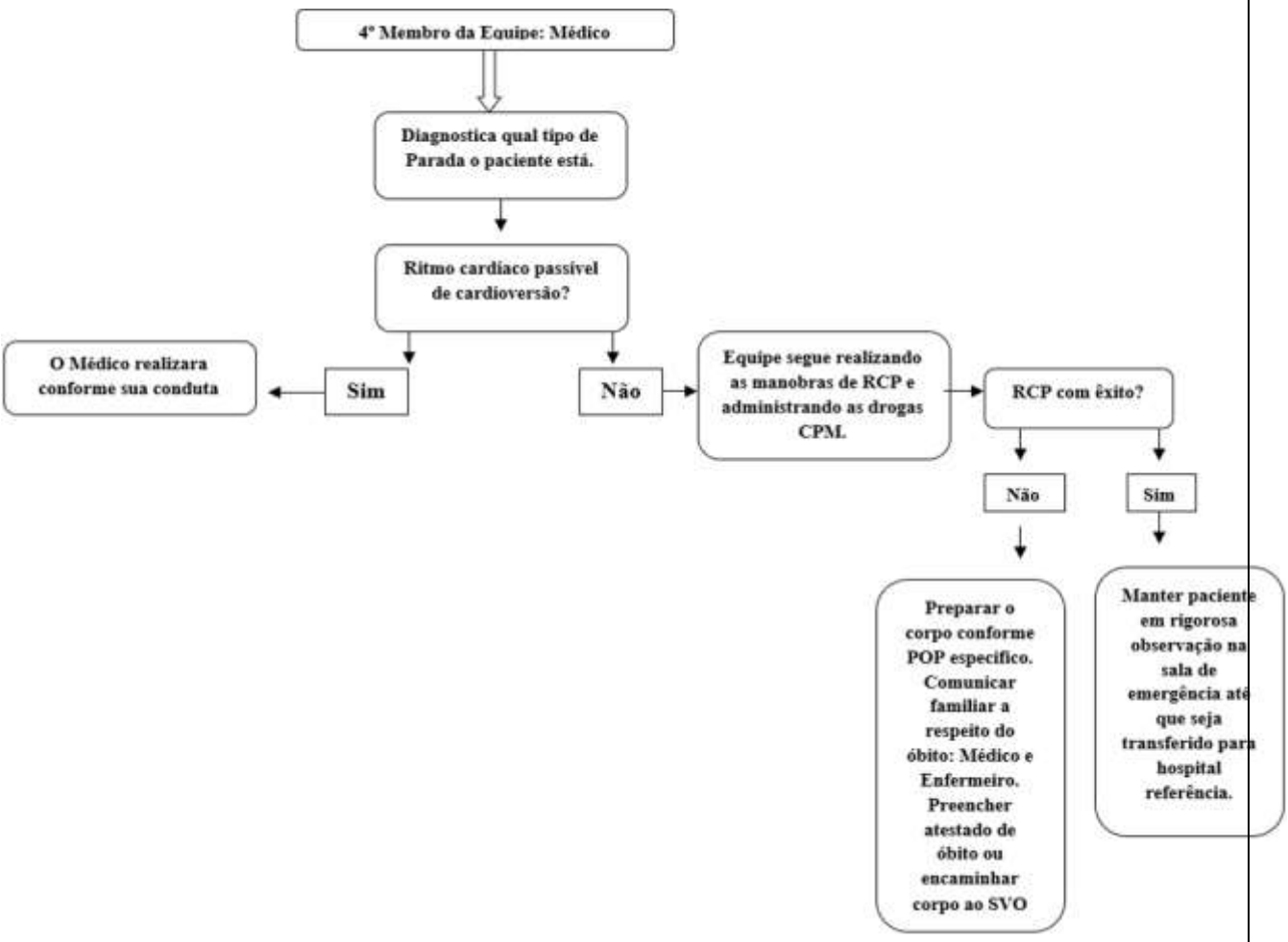
Afastar os socorristas do contato com a vítima, exceto aquele que segura as pás do desfibrilador.

Pressionar o botão de descarga.

Efetuar 2 min de RCP ou 5 ciclos. Checar o paciente.

PCR em Adulto




4º Membro da Equipe: Médico
Diagnostica qual tipo de Parada o paciente está.
Ritmo cardiaco passível de cardioversão?
Sim
O Médico realizara conforme sua conduta
Não
Equipe segue realizando as manobras de RCP e administrando as drogas CPM.
RCP com êxito?
Não
Sim
Preparar o corpo conforme POP especifico. Comunicar familiar a respeito do óbito: Médico e Enfermeiro. Preencher atestado de óbito ou encaminhar corpo ao SVO
Manter paciente em rigorosa observação na sala de emergência até que seja transferido para hospital referência.

1.6.2 Protocolo BLS – Suporte Básico de Vida

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

O Protocolo de Suporte Básico de Vida (BLS), disponível em formato PDF, descreve as etapas essenciais para responder a uma parada cardiorrespiratória (PCR).

PCR é definida como a cessão abrupta das funções cardíacas, respiratórias e cerebrais

O protocolo enfatiza a importância do reconhecimento imediato da PCR, a chamada por ajuda, a realização de compressões torácicas de alta qualidade e a desfibrilação precoce com o uso de um desfibrilador externo automático (DEA).

O protocolo também aborda a ventilação de resgate e a importância da cadeia de sobrevivência, que inclui a prevenção da PCR, a RCP precoce, a rápida ativação do serviço médico de emergência e o suporte avançado de vida.

2. OBJETIVO

O protocolo de BLS é fundamental para aumentar as chances de sobrevivência de vítimas de PCR.

Ao seguir os passos do protocolo e utilizar os recursos disponíveis, socorristas e pessoas treinadas podem fazer a diferença em situações de emergência.

3. JUSTIFICATIVAS

Dentre todas as situações que caracterizam risco de morte iminente, nenhuma emergÍncia supera a prioridade do atendimento da PCR (parada cardiorrespiratória).

4. CONFLITO DE INTERESSE

Em relação aos protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV), não há referências diretas a conflitos de interesse que possam influenciar a

aplicação das diretrizes. No entanto, é importante considerar que, como em qualquer área da saúde, podem existir situações onde fatores externos possam influenciar a conduta dos profissionais, mesmo que não sejam explicitamente declarados como conflitos.

5. CRITÉRIO DE ADMISSÃO

O protocolo de Suporte Básico de Vida (BLS) é ativado quando há suspeita de parada cardiorrespiratória (PCR), seja em adultos, crianças ou bebês.

O critério de admissão principal é a ausência de resposta e de respiração normal ou apenas respiração agônica. Além disso, a segurança da cena e a avaliação da responsividade da vítima são passos cruciais antes de iniciar o BLS.

Critérios de admissão para abertura do protocolo BLS:

- **Ausência de resposta:**

  A vítima não responde a estímulos, como chamados ou toques.

- **Ausência ou respiração agônica:**

  Não há respiração normal ou a vítima apresenta respiração muito superficial, ofegante ou com movimentos irregulares.

- **Suspeita de parada cardiorrespiratória:**

  Mesmo que não haja certeza absoluta da PCR, a suspeita clínica é motivo para iniciar o protocolo.

- **Segurança da cena:**

  Antes de qualquer ação, é fundamental garantir que o local do incidente não oferece riscos para a vítima, para o socorrista ou para outras pessoas.

5.1 Observações importantes:

A PCR pode ocorrer intra hospitalar (PCRIH) ou extra hospitalar (PCREH).

Na maioria das vezes, ocorre fora do ambiente hospitalar e é geralmente presenciado pela família, colegas de trabalho ou por pessoas desconhecidas, que não possuem conhecimento sobre as ações básicas para manutenção da vida, que poderiam ser aplicadas até a chegada do atendimento pré-hospitalar.

A atualização das Diretrizes de 2015 fornecem às partes interessadas uma nova perspectiva sobre os sistemas de atendimento, diferenciando as PCR ocorridas no ambiente hospitalar ou intra-hospitalares (PCRIH) das PCR extra-hospitalares (PCREH).

Outras condicionantes importantes no trato ao atendimento à vítima de PCR, podem ser inclusas, com o seguinte sequenciamento:

- No caso de bebês, a avaliação de pulso pode ser mais difícil. A avaliação da respiração e da falta de resposta são os principais critérios de admissão;

- A sequência de atendimento no BLS pode variar um pouco dependendo da idade da vítima (adulto, criança ou bebê) e do cenário (pré-hospitalar ou intra-hospitalar), mas os princípios básicos são os mesmos;

- Em caso de dúvida sobre a necessidade de iniciar o BLS, é sempre melhor errar por excesso e iniciar as manobras, pois a rapidez da intervenção pode ser crucial para a sobrevivência da vítima.

Portanto, podemos resumir o macro processo intra e extra da seguinte forma:

PCR no ambiente intra-hospitalar:

Pacientes no ambiente hospitalar dependem de um sistema de vigilância adequado a fim de prevenir a PCR, mas, caso a PCR ocorra, é preciso uma interação harmoniosa dos vários departamentos e serviços da Instituição e de um time multidisciplinar de profissionais, que incluam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros (time de resposta rápida).

Abaixo, panorama de PCR no ambiente extra-hospitalar:

PCR no ambiente extra-hospitalar:

6. CONDIÇÕES NECESSÁRIAS

6.1 Passos iniciais do BLS, síntese sistêmica

1. **Verificar segurança da cena:** Certifique-se de que não há perigo para você ou para a vítima.

2. **Avaliar a responsividade:** Chame a vítima em voz alta e aplique estímulos como toque nos ombros.
3. **Acionar o serviço de emergência:** Ligue para o serviço de emergência (192 - SAMU, 193 - Bombeiros, ou outro) e peça ajuda.
4. **Verificar respiração e pulso:** Se a vítima não responder e não estiver respirando normalmente, verifique o pulso (se você for um profissional de saúde).
5. **Iniciar RCP (se necessário):** Se não houver pulso ou se a respiração for agônica, inicie as compressões torácicas (RCP).
6. **Usar desfibrilador (se disponível):** Se um desfibrilador externo automático (DEA) estiver disponível, siga as instruções do aparelho.

7. ATRIBUIÇÃO, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADE

O protocolo de Suporte Básico de Vida (BLS) envolve a atuação de qualquer pessoa, leiga ou profissional de saúde, que se depare com uma situação de emergência que necessite de reanimação cardiopulmonar.

7.1. Atribuições e competências

As atribuições e competências e reponsabilidades no BLS abrangem desde o reconhecimento da parada cardiorrespiratória até a realização de compressões torácicas e ventilações de resgate, enquanto se aguarda ajuda profissional.

- **Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória:**

É fundamental que qualquer pessoa capaz de realizar o BLS possa identificar os sinais de uma parada cardiorrespiratória, como ausência de resposta, ausência de respiração ou respiração agônica.

- **Acionamento do Serviço de Emergência:**

A primeira ação após o reconhecimento da parada é acionar o serviço de emergência (SAMU 192 ou outro similar) e informar a localização e a situação da vítima, buscando ajuda profissional o mais rápido possível.

- **Compressões Torácicas:**

A realização de compressões torácicas de **alta qualidade** é crucial no BLS.

A frequência e profundidade adequadas das compressões são importantes para manter o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos órgãos vitais.

- **Ventilação de Resgate:**

Caso o socorrista seja treinado em BLS e se sinta confortável, pode realizar ventilações de resgate, que podem ser feitas com a boca-a-boca ou com o auxílio de dispositivos como máscaras e ambus.

- **Uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA):**

Se disponível, o DEA deve ser utilizado por qualquer pessoa treinada para seguir suas instruções, com o objetivo de desfibrilar a vítima, se necessário.

- **Manutenção da Segurança:**

O socorrista deve garantir que o local seja seguro para a vítima e para si mesmo, evitando riscos adicionais como tráfego de veículos ou outros perigos.

- **Comunicação e Trabalho em Equipe:**

A comunicação clara e eficiente com outros socorristas e com a equipe de emergência que chegará é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados.

7.2. Responsabilidades

- **Responsabilidade Individual:**

Cada pessoa que realiza o BLS tem a responsabilidade de seguir os protocolos e procedimentos corretos, buscando capacitação e atualização para manter suas habilidades.

- **Responsabilidade Coletiva:**

Em situações de emergência, a responsabilidade é compartilhada entre todos os envolvidos, desde o reconhecimento da parada até a chegada do suporte avançado de vida.

- **Ética e Conduta:**

O socorrista deve agir com ética e responsabilidade, mantendo a calma, a segurança e buscando sempre o bem-estar da vítima.

Em resumo, o BLS é um conjunto de ações que visam a manutenção da vida de uma vítima de parada cardiorrespiratória, e a atribuição, competência e responsabilidade de cada indivíduo que participa do processo são essenciais para o sucesso do atendimento.

8. ATIVIDADES ESSENCIAIS E DETALHAMENTO DOS PROCESSOS ATRIBUÍDOS

8.1. Reconhecimento e acionamento imediato do Serviço Médico de Urgência

A ênfase no Suporte Básico de Vida (BLS – Basic Life Suport) nas Diretrizes 2015 continua na qualidade da massagem cardíaca.

Portanto, uma **RCP de qualidade significa**:

- Comprimir o tórax na frequência e profundidade adequadas;
- Permitir o retorno do tórax a cada compressão;
- Minimizar interrupções nas compressões e evitar ventilação excessiva.

Após o acionamento do serviço médico, deve-se iniciar as compressões torácicas e ventilação em todos os pacientes adultos com PCR, seja por causa cardíaca ou não cardíaca.

8.2.Compressões torácicas, de Alta Qualidade:

Deve ser realizada com as mãos sobre a metade inferior do esterno (região hipotenar), sem flexionar os cotovelos:

8.3.Frequência:

Em vítimas adultas de PCR, o correto é que os socorristas apliquem compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min.

8.4. Profundidade:

Durante a RCP manual, os socorristas devem aplicar compressões torácicas até uma profundidade de pelo menos, 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácica (superiores a 2,4 polegadas (6 cm)).

Os socorristas devem evitar apoiar-se sobre o tórax entre as compressões, para permitir o retorno total da parede do tórax em adultos com PCR. Os socorristas devem tentar minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões para menos de 10 segundos, para maximizar o número de compressões aplicadas por minuto.

Colocar a prancha rígida embaixo do tórax do paciente, assim que disponível.

8.5.Relação, ventilação adequada x ventilação-compressão:

a) Sem via aérea avançada:

- Realizar abertura de vias aéreas;
- Ventilação numa relação 30:2, ou seja, 30 compressões: 2 ventilações (até a garantia de uma via aérea avançada).

b) Com via aérea avançada:

- Compressões contínuas a uma frequência 100 a 120/minuto e 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto).

Segundo as novas diretrizes da AHA, o procedimento segue então para a desobstrução das vias aéreas mediante a retirada de próteses, corpos estranhos e secreções.

A seguir, são realizados os procedimentos de abertura das vias aéreas superiores.
No caso da vítima não apresentar trauma, deve-se hiperextender seu pescoço colocando uma das mãos sob sua nuca, levantando-a ligeiramente com a outra mão posicionada sobre sua testa, traciona-se a cabeça pra trás.

Nos casos de suspeita de lesão de coluna cervical ou desconhecimento das circunstâncias, a hiperextensão do pescoço é contraindicada porque pode provocar lesão na medula espinhal.

Neste caso, utiliza-se a técnica da tração da mandíbula para frente.
A manobra de ventilação artificial inicia-se com a adaptação da máscara facial do ambu cobrindo nariz e boca da vítima, de modo que não ocorra vazamento de ar.

Na indisponibilidade de um ambu, pode-se ventilar diretamente sobre a máscara facial da vítima (ventilação, boca máscara), mas um profissional não deve realizar este procedimento sem nenhum tipo de proteção.

Ventila-se 2 vezes a cada 30 compressões torácicas, observando-se a expansibilidade do tórax da vítima e procurando interromper o mínimo possível a continuidade das compressões torácicas.

Após a estabilização do quadro, a vítima deve ser aquecida e mantida sob constante observação, haja vista que a hipotermia perpetua as condições de arritmia e instabilidade cardíaca.

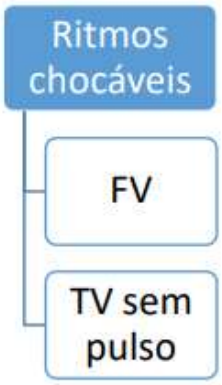
8.6. Rápida desfibrilação

Em PCR de adultos presenciada, quando há um DEA (Desfibrilador Externo Automático) disponível imediatamente, deve-se usar o desfibrilador o mais rapidamente possível.
Em adultos com PCR sem monitoramento ou quando não houver um DEA prontamente disponível, deve-se iniciar a RCP enquanto o desfibrilador é obtido e aplicado e tentar a desfibrilação, se indicada, assim que o dispositivo estiver pronto para uso.

Assim que chegar o Desfibrilador Externo Automático (DEAs/DAEs), deve-se verificar o ritmo.

a) Em caso de ritmo chocável :

- Fibrilação Ventricular (FV), ou Taquicardia Ventricular (TV) sem Pulso):



- Aplique 1 choque;
- Reinicie a RCP por 2 minutos até o DEA avisar sobre a verificação do ritmo;
- Continue até que o Suporte Avançado de Vida assuma ou a vítima se movimente.

b) Em caso de ritmo não chocável:

- Reinicie a RCP por 2 minutos, até ser avisado pelo DEA para verificação do ritmo;

- Continue até que o pessoal do SAV assuma ou até que a vítima se movimente.

A utilização do DEAs/DAEs no ambiente hospitalar, pode ser considerada para facilitar a desfibrilação precoce (meta de administração de choques em tempo ≤ 3 minutos do colapso), especialmente nas áreas cujo pessoal não esteja capacitado para reconhecer ritmos ou em que o uso de desfibriladores não seja frequente.

O DEA pode ser utilizado pelo Enfermeiro ou pela equipe de enfermagem sob sua supervisão, na presença ou ausência do profissional médico, conforme previsto no protocolo de Suporte Básico de Vida.

Em alguns hospitais, não se encontra disponível o DEA, somente o desfibrilador manual, e, nesse caso, necessita que a equipe médica esteja disponível 24 horas, tendo em vista que é um procedimento privativo do profissional médico e segundo Parecer Técnico número 0001/2012 do COREN: "[...] não é atribuição do enfermeiro o uso do desfibrilador manual dentro do ambiente intra-hospitalar [...]".

Essencial que a equipe de enfermagem esteja atualizada e capacitada para a execução dos protocolos da Instituição, entendendo suas particularidades, uma vez que um bom atendimento pode determinar a sobrevivência do paciente.

8.7. Suporte avançado de vida e cuidados e cuidados pós

PCR

Segundo Tallo e cols. (2012) "...o SAV engloba recursos adicionais como monitorização cardíaca, administração de fármacos, desfibriladores, vigilância e prevenção, reconhecimento e acionamento do Serviço Médico de Urgência, RCP imediata e de alta qualidade, rápida desfibrilação SAV e cuidados pós PCR.

Ladeira (2013) afirma que quando indicado, o choque inicial é aplicado de forma única, na energia máxima do DEA ou do desfibrilador manual disponível (360 J no aparelho monofásico ou 180 a 220 J no aparelho bifásico).

Vamos relembrar a diferença entre Desfibrilação e a Cardioversão, que eventualmente causam vidas nos profissionais:

- Cardioversão elétrica: procedimento eletivo no qual se aplica o choque elétrico de maneira sincronizada, ou seja, a descarga elétrica é liberada na onda R, no período refratário da despolarização cardíaca.
  Está indicada no tratamento de taquiarritmias como a Fibrilação atrial (FA) flutter atrial, taquicardia paroxÌstica supraventricular e taquicardias com complexo largo e com pulso.

- Desfibrilação elétrica: procedimento terapêutico que consiste na aplicação de uma corrente elétrica contínua não sincronizada no

músculo cardíaco. Esse choque despolariza em conjunto todas as fibras musculares do miocárdio, tornando possível a reversão de arritmias graves como a TV e a FV, permitindo ao nó sinusal retomar a geração e o controle do ritmo cardíaco.

Enquanto o médico assume a responsabilidade quanto ao desfibrilador, estabelecimento de uma via aérea avançada e orientações sobre os medicamentos a serem administrados (dose e frequência), a equipe de enfermagem necessita prestar assistência de forma organizada.

Veja abaixo essa organização segundo Ladeira:

- **Enfermeiro:** controle do carro de emergência (preparo das medicações) e do tempo (intervalo entre as medicações e manobras de ressuscitação cardiopulmonar);

- **Técnico de enfermagem responsável pelo paciente**:

À beira leito, administrando as medicações solicitadas pelo médico;

• **Técnico de enfermagem auxiliar** (“dupla):
Assistência ao médico na execução da compressão torácica e suporte para demais atividades que se fizerem necessárias;

• **O fisioterapeuta:**
Realiza os cuidados com a via aérea e ventilação (AMBU/ventilador mecânico), conforme orientação médica.

8.8. Medicamentos mais utilizadas na PCR:

A vasopressina em combinação com a epinefrina não oferece nenhuma vantagem como substituto da dose padrão de epinefrina em PCR. Em prol da simplicidade, a vasopressina foi removida do Algoritmo de PCR em adultos

Epinefrina – vasopressor para ressuscitação, pode ser utilizada logo após o início da PCR devido a um ritmo não chocável.

Lidocaína e Amiodarona – ambas são indicadas para evitar recorrência da fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso.

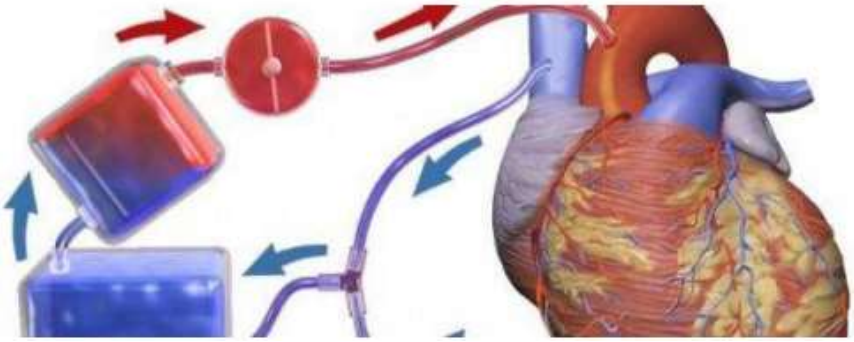
Difosfato de Adenosina – A adenosina é recomendada como segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada. (2010)

Beta bloqueadores – indicada para tratamento pós-PCR por FV ou TVSP, pois estão relacionados com maior probabilidade de sobrevivência. No entanto, devem ser avaliados caso a caso, pois podem ocasionar uma grave instabilidade hemodinâmica, exacerbar a bradiarritmia e insuficiência cardíaca. Alguns pacientes que já eram cardiopatas e faziam uso de Beta-bloqueadores, podem ser indicados para manter a prescrição para melhor prognóstico.

Importante salientar que as drogas vasoativas são de suma importância para o sucesso na RCP, mas, para que o paciente não tenha uma nova PCR, é preciso reverter a causa da PCR com medicamentos específicos.
Por exemplo, hipocalemia, com reposição de potássio. Por isso, faz-se necessário que a equipe conheça a evolução clínica de cada paciente para que consiga atuar com segurança, aumentando a chance de sobrevida do paciente.

8.9. Outra intervenção

RCP extracorpórea: pode ser considerada entre determinados pacientes com PCR que não tenham respondido ao RCP convencional inicial, em ambientes em que se possa implementá-la. Alguns estudos mostraram melhora da sobrevivência, com bons desfechos neurológicos.
Como a ECPR (RCP extracorpórea) requer muitos recursos e é cara, considere-a apenas quando o paciente tiver uma probabilidade razoavelmente alta de benefícios, como em casos que o paciente espera por um transplante cardíaco.



8.10. Novo parâmetro para identificação do fracasso na ressuscitação

ETCO2 (teor de dióxido de carbono ao final da expiração):

Se após 20 minutos de RCP, o paciente intubado não conseguir obter um ETCO2 superior a 10 mmHg por capnografia, pode ser um indicativo de fracasso na reanimação, mas esse parâmetro não pode ser utilizado de forma isolada para interromper os esforços de ressuscitação.

Lembrando que somente o médico pode indicar a parada da reanimação, no entanto, cabe a todos os profissionais participantes avaliarem juntos.

8.11. Cuidados pós-PCR

Principais objetivos iniciais e subsequentes dos cuidados pÛs-PCR:

- Otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de Órgãos vitais após o RCE;
- Transportar/transferir para um hospital apropriado ou UTI com completo sistema de tratamento pós-PCR;

• Identificar e tratar SCAs (síndromes coronárias agudas) e outras causas reversíveis;

• Controlar a temperatura para otimizar a recuperação neurológica;

• Prever, tratar e prevenir a disfunção múltipla de Órgãos. Isto inclui evitar ventilção excessiva e hiperóxia.

8.12. Angiografia

Deve ser realizada em caráter de emergência para todos os pacientes que apresentem supradesnivelamento do segmento ST no ECG e para os pacientes hemodinâmica ou eletricamente instáveis sem supradesnivelamento do segmento ST, para os quais haja suspeita de lesão cardiovascular.

8.13. Controle direcionado de temperatura

Todos os pacientes adultos comatosos (sem resposta sensata a comandos verbais) – induzidos ou não – devem ser submetidos ao Controle Direcionado de Temperatura (CDT) pós parada, tendo como meta manter a temperatura entre 32 e 36°C, durante no mínimo 24 horas, para diminuir o risco de danos neurológicos.

Após uma PCR o paciente tem uma limitação de oxigênio em órgãos nobres. Com a diminuição da temperatura, diminui o metabolismo e o consumo de oxigênio, possibilitando um melhor desfecho neurológico.

Continuação do controle de temperatura além de 24 horas: É aconselhável evitar a febre em pacientes comatosos após o CDT, para evitar danos neurológicos.

8.14. Metas hemodinâmicas após Ressuscitação

- PA sistólica ideal: acima de 100 mmHG (associado a uma melhor recuperação).

É aconselhável evitar e corrigir imediatamente PA sistólica menor que 90 mmHg e PAM menor que 65 mmHg durante os cuidados pós parada, pois a hipotensão está associada ao aumento da mortalidade e redução da recuperação funcional.

Nenhuma constatação ou exame pode prever com 100% de certeza, a recuperação neurológica após a PCR.

Após o desaparecimento dos efeitos da hipotermia e dos medicamentos, provavelmente os exames (ECG, TC, RM, reflexo pupilar, etc) fornecerão uma previsão precisa do desfecho.

8.15. Prognóstico pós PCR

A avaliação do prognóstico de um desfecho neurológico ruim, por meio de exame clínico em pacientes não tratados com CDT é de no mínimo 72 horas após a PCR, podendo ser ainda maior se houver suspeita de que ainda haja efeito residual da sedação, podendo confundir o exame clínico.

Em pacientes tratados com CDT, em que a sedação ou paralisia possa confundir o exame clínico, é aconselhável aguardar até 72 horas após o retorno da normotermia para só então prever o desfecho.

ATENÇÃO:

Todos os pacientes ressuscitados de uma PCR, mas que evoluem para morte ou morte cerebral, devem ser avaliados como potencial doador de ÓRGÃOS, especificamente de rim ou fígado, em ambientes onde haja programa de rápida obtenção de órgãos.

1.6.3 Protocolo ATLS – Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida no Trauma)

ATENDIMENTO INCIAL AO TRAUMATIZADO

Avaliação Primária

A avaliação primária é designada para identificar lesões que devem ser imediatamente tratadas e iniciar o tratamento assim que elas forem identificadas. Assim que o paciente chega, todos os agentes de saúde devem assegurar-se de estarem protegidos contra a transmissão de doenças infecciosas transmitidas por secreções.

VIAS AÉREAS

Considerações Diagnósticas:

A obstrução da via aérea pode matar em 3 minutos.

Os traumas craniano, facial, do pescoço e as lesões por inalação são potencialmente causadores de perda de via aérea.

A respiração ruidosa muitas vezes indica obstrução das vias aéreas.

Pacientes com Escala de Coma de Glasgow < 9, em geral precisam de proteção das vias

aéreas.

Os pacientes que conseguem falar em geral não precisam imediatamente de manutenção das vias aéreas.

As lesões laríngeas podem ser sutis; a rouquidão ou a voz fraca pode indicar lesões graves.

Considerações Terapêuticas:

Prática das habilidades para manter a proficiência.

O levantamento do queixo e a protrusão da mandíbula e das vias aéreas por acesso orofaríngeo às vezes são úteis. Ter sistema de aspiração disponível (bico de aspirador rígido).

Se o bloqueio muscular for necessário para a intubação, assegure-se de que há condição para obter uma via aérea cirúrgica.

Pacientes sedados não respondem; o exame neurológico não será possível.

Confirme o posicionamento do tubo.

Assegure-se de que o tubo é adequado (geralmente entre 7 e 8).

Precauções:

Antecipe os problemas, incluindo falha de equipamento.

Não falhe em reconhecer um potencial comprometimento das vias aéreas.

Não confunda a ventilação difícil por problemas de vias aéreas.

Em crianças, o uso de tubos muito pequenos pode obstruir o clearance de secreções.

A movimentação dos pacientes pode deslocar o tubo, resultando em mau posicionamento.

Preparação para uma possível e inadvertida extubação no transporte dos pacientes.

Um paciente agitado pode estar hipóxico.

Deve haver proteção da coluna vertebral até que a lesão tenha sido descartada por radiografia ou exame clínico em pacientes com potencial risco de lesões da coluna vertebral.

A proteção completa requer que a coluna esteja totalmente imobilizada, da cabeça até o dedo do pé.

PROTEÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL

Considerações Diagnósticas:

As fraturas potenciais da coluna devem ser imobilizadas antes do seu diagnóstico; imobilize antes e diagnostique depois.

O diagnóstico da fratura de coluna não deve preceder o restabelecimento das funções vitais do paciente.

Os acidentes automobilísticos e as quedas estão mais comumente associados a lesões de coluna.

A evidência de paralisia equivale à instabilidade da coluna. Imobilize.

A avaliação das funções motoras e sensitivas não é possível após o uso de bloqueadores musculares.

Observe os movimentos das extremidades antes da administração e documente as alterações.

Considerações Terapêuticas:

A proteção da coluna requer que esta esteja inteiramente imobilizada.

Os pacientes devem ser fixados à prancha para sua proteção.

A imobilização manual do pescoço do paciente durante a movimentação do paciente é aconselhável.

A imobilização na posição neutra, sem tracioná-la, é o objetivo durante o atendimento inicial.

Precauções:

Os colares cervicais macios não oferecem proteção adequada.

Confiar apenas na utilização de colares semirrígidos é insuficiente para a proteção completa da coluna.

A utilidade da prancha é para se obter facilidade de mover o paciente sem que ocorra a movimentação excessiva da coluna.

Os socorristas devem estar atentos para aqueles pacientes que estão impacientes e combativos.

Coma e um nível de consciência alterado estão frequentemente associados à lesão de coluna.

As crianças e os idosos têm risco de lesão de coluna sem anormalidades radiológicas.

RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

Uma troca gasosa inadequada significa uma via aérea inadequada.

CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

CONDIÇÕES	Achados clínicos frequentemente associados
PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO	Ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, estase jugular, desvio de traqueia (contralateral)
HEMOTÓRAX MACIÇO	Ausência de murmúrios vesiculares, desvio de traqueia, macicez à percussão, instabilidade hemodinâmica

TÓRAX INSTÁVEL	Movimentos paradoxais do tórax (vistos em ventilação sem pressão positiva)
PNEUMOTÓRAX ABERTO	Sucção da parede torácica
TAMPONAMENTO CARDÍACO	Instabilidade hemodinâmica, sensação iminente de morte, estase jugular (a menos que tenha depleção de volume), sem resposta à infusão de volume ou resposta transitória

Considerações Terapêuticas

As condições apresentadas anteriormente são diagnosticadas pelo exame físico e são manejadas sem a confirmação da radiografia de tórax.

O oxigênio é essencial para a vida, é um inotrópico potente e deve ser administrado com liberdade.

A utilização dos tubos endotraqueais e de tórax é o tratamento definitivo para 85 a 90% de todas as lesões torácicas potencialmente tratáveis de imediato.

O dreno de tórax colocado no quinto espaço intercostal anterior a linha axilar média em geral é adequado para o tratamento imediato.

O hemotórax maciço geralmente necessita de transfusão sanguínea.

A oximetria é muito útil para assegurar ventilação adequada.

A ausência de murmúrio ventilatório em um paciente com alterações hemodinâmicas requer descompressão torácica imediata com agulha seguida de drenagem torácica.

Após qualquer intervenção, reveja a adequação da ventilação mecânica.

Confirme a posição adequada dos tubos através da ausculta e com radiografia, se necessário.

Precauções

Não espere a confirmação radiológica na suspeita diagnóstica antes de iniciar o tratamento.

A oximetria de pulso é menos eficiente em pacientes com baixa perfusão, com manguito de pressão próximo à monitorização, em pacientes hipotérmicos ou quando localizados em

extremidades com pulso diminuído.

Os drenos de tórax podem ser removidos inadvertidamente durante a movimentação ou o transporte do paciente; planejar-se para contingências e a segurança dos tubos apropriadamente.

MANEJO DE VIAS AÉREAS

Podem aparecer intercorrências quando a intubação é indicada e o manejo pode ser difícil. Quando isso acontece, técnicas alternativas para o manejo da via aérea têm sido propostas.

Circulação:

O choque inicialmente é um diagnóstico clínico.

Considere todos os pacientes traumatizados que manifestam sinais de choque como portadores de choque hemorrágico, até que se prove o contrário.

Considerações Diagnósticas:

Avalie o paciente observando sinais de perfusão tecidual inadequada (palidez, frio, pele pegajosa, enchimento capilar diminuído, alteração do nível de consciência, débito urinário inadequado [< 0,5 mL/Kg/hora para adultos], fraqueza ou pulso fraco).

A taquicardia é o sinal mais comum de choque hemorrágico. Encontre a origem do sangramento.

Examine cada parte do corpo do paciente: frente, costas e lados, da cabeça aos pés.

Realize palpação para dor pélvica.

Inspecione extremidades em busca de fraturas.

Se houver estase jugular, procure por uma origem no tórax: hemotórax, pneumotórax hipertensivo ou tamponamento.

Considere eventos prévios ao trauma, como infarto agudo do miocárdio ou AVC, como etiologia do choque.

A resposta transitória em pacientes que melhoram e depois voltam a piorar, ou que não respondem antecipadamente, pode indicar perda sanguínea ou diagnóstico incorreto (considerar causas torácicas).

Os pacientes com choque neurogênico puro geralmente têm extremidades quentes e frequência cardíaca normal ou baixa.

Os pacientes com choque séptico em geral têm extremidades quentes.

Considerações Terapêuticas:

Pare o sangramento.

Aplique pressão direta.

Os sangramentos arteriais em tecidos abertos podem ser ligados se visualizados e isolados.

As lacerações de couro cabeludo podem ser temporariamente fechadas com suturas de pele.

Restauração da circulação do volume sanguíneo ao normal.

Inicia-se com dois acessos venosos calibrosos; o acesso periférico é preferível.

Todos os fluidos devem ser aquecidos, se possível.

Adultos: bolus de 1-2 litros de Ringer Lactato.

Outros Pontos Importantes:

Imobilização de fraturas.

Reexpansão dos pulmões com dreno de tórax quando necessário.

Em respondedores transitórios (pacientes que respondem inicialmente e depois piora, ou aqueles que não respondem à intervenção), considere um diagnóstico alternativo (tamponamento, trauma raquimedular ou necessidade de intervenção cirúrgica).

Precauções:

Não dependa da pressão arterial como único indicador de choque.

Os idosos podem estar em choque grave com pressão arterial relativamente normal.

Os atletas têm reserva hemodinâmica significante e podem não demonstrar os sinais clássicos de choque.

Um feto pode estar em sério risco com sinais vitais maternos relativamente normais.

O uso crônico de medicação pode mascarar os sinais clássicos de choque (β-bloqueadores, digitais, bloqueadores de canal de cálcio, etc.).

Planejamento para intercorrências durante o transporte ou a movimentação do paciente (no caso de piora do quadro hemodinâmico do paciente durante transporte ou perda do acesso venoso ou o seu não-funcionamento).

Os idosos devem ser tratados com métodos agressivos, mas com cuidado; a monitorização invasiva.

Os vasopressores têm função limitada na normalização inicial dos índices de perfusão do

paciente.

O bicarbonato de sódio não tem função na ressuscitação do paciente com choque hemorrágico.

A restauração da perfusão corrige a acidose metabólica.

INCAPACIDADE

A base do exame neurológico é essencial em determinar a deterioração da função neurológica e a assimetria no exame pode indicar a necessidade de intervenção neurocirúrgica de emergência.

Considerações Diagnósticas

Determine o tamanho da pupila, a reatividade e a velocidade de reação em resposta à luz.

Determine movimentação motora grosseira e simetria do movimento.

Se houver assimetria durante o exame, a presença de hemorragia intracraniana extra axial é suspeitada e a intervenção cirúrgica pode ser necessária.

Um diagnóstico preciso não é necessário nesse ponto da avaliação.

Documente os achados.

A hipóxia e a hipotensão são causas que induzem à lesão cerebral secundária e é essencial preveni-las e corrigi-las rapidamente assim que identificadas.

Considerações Terapêuticas

Assegure-se da oxigenação cerebral e da perfusão.

Repita o ABC descrito anteriormente se for necessário.

Pare o sangramento de tecidos escalpelados.

Uma deterioração no escore da Escala de Coma de Glasgow requer medidas em reduzir a pressão intracraniana e manter a oxigenação e a perfusão cerebral.

Precauções

A hipotensão raras vezes é causada por lesão traumática isolada do cérebro! Procure outra origem, em geral choque hemorrágico.

Não atribua mudanças no status mental a álcool e drogas durante o atendimento primário.

Exclua hipóxia e má perfusão tecidual.

Um exame neurológico detalhado não é necessário durante o atendimento primário.

Os pacientes sedados não têm uma avaliação neurológica adequada no exame físico.

O coma e a alteração do nível de consciência estão associados com lesão de coluna cervical.

Os pacientes com ECG < 9 geralmente necessitam de proteção de vias aéreas. A reavaliação neurológica com frequência é essencial.

EXPOSIÇÃO E CONTROLE AMBIENTAL (PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA)

A hipotermia é potencialmente letal para pacientes traumatizados.

Considerações Diagnósticas:

Retire toda a roupa do paciente. Se as lesões não puderem ser vistas, elas não podem ser diagnosticadas.

Determine a temperatura do paciente.

Considerações Terapêuticas:

A hipotermia é mais fácil de prevenir do que de tratar.

O controle da hemorragia é a medida mais efetiva para prevenir a hipotermia.

Mantenha tudo aquecido; o paciente, com cobertores aquecidos e o quarto.

Diversos procedimentos úteis no atendimento primário devem monitorar a resposta do paciente e a ressuscitação e identificar fontes de sangramento das cavidades do corpo que são obscuras (p.ex., tórax, abdome e pelve).

Os procedimentos para especificar lesões são realizados durante o atendimento secundário e não devem impedir esforços em restaurar as funções vitais ao normal.

Regras Gerais:

Não realize o atendimento secundário até que as funções vitais do paciente estejam normais ou demonstrem melhora.

Repita o atendimento primário para os pacientes que pioram durante a avaliação subsequente.

A ressuscitação nunca deve ser retardada para que se obtenha um teste diagnóstico especializado.

O controle imediato da hemorragia é a chave do manejo do choque hemorrágico; portanto, considere a possível necessidade de intervenção cirúrgica.

A decisão de transferir o paciente é geralmente tomada durante o atendimento primário, quando as necessidades do paciente excedem a capacidade da equipe de atendimento ou

da instituição.

Uma vez que a decisão de transferir foi tomada, todos os esforços devem ser direcionados para tal; realizar melhora dos parâmetros vitais do paciente com todos os recursos locais disponíveis, evitar testes diagnósticos adicionais que não seriam adicionais à ressuscitação e apenas retardariam o processo de transferência, planejar as intercorrências que dariam o processo de transferência e promover instrução e equipamento adequados para a equipe de transferência, a fim de que possam lidar com os problemas encontrados.

Procedimentos Diagnósticos:

PROCEDIMENTO	RACIONAL	PRECAUÇÕES
DESCOMPRESSÃO GÁSTRICA	Reduz, mas não elimina o risco de aspiração. A distensão gástrica e o atraso no esvazia-mento gástrico geralmente acompanham a lesão principal. A distensão gástrica pode resultar em deterio-ração hemodinâmica, especialmente em crian-ças e idosos. A disposição do tubo gástrico através do esô-fago e do estômago vista no raio X pode sugerir lesão aórtica ou diafragmática (ex.: desvio do tubo para a direita ou vê-lo no hemitórax esquerdo).	Fraturas faciais, especialmente na face média. Fratura da base de crânio e fratura do cribiforme – use a rota orogástrica. O posicionamento pode causar vômitos. Tenha aspiração disponível. A descompressão Gástrica é essencial para pacientes intubados e ventilados mecani-camente.

SONDA VESICAL	Diagnóstico – hematúria ou uso de cistograma. A determinação do débito urinário é uma moni-torização útil do índice de perfusão. Aliviar a distensão vesical pode mudar o exame do abdome. O alívio da pressão vesical, pode levar a alterações hemodinâmicas em alguns pacientes.	Lesão uretral – sangue no meato uretral, hematoma perineal e escrotal, fratura em livro aberto ou cisalhamento vertical, próstata móvel ou flutuante. Realize o exame retal antes da inserção do cateter. As alterações uretrais e a hiperplasia benigna de próstata podem dificultar ou impossibilitar o posicionamento do cateter – não force o cateter. Obtenha um uretrocistograma retrógrado se necessário.
MONITOR ELETRO-CARDIOGRÁFICO E ECG	Monitoriza o ritmo e a frequência cardíaca. Ajuda na detecção de anormalidades no traça-do cardíaco (ex.: infarto, hipertrofia ventricular esquerda, distúrbios da condução, etc.).	Nenhum outro conhecido além de falha de equipamento.
OXIMETRIA DE PULSO	Leitura contínua da oxigenação da hemoglo-bina e da frequência cardíaca. Permite detecção precoce da dessaturação do oxigênio. Pode ser útil em determinar a perfusão perifé-rica.	Não coloque o sensor na extremidade distal de um manguito de pressão, pois a insuflação do manguito, resultará em oclusão temporária do fluxo sanguíneo e levará ao disparo do alarme sonoro. Menos confiável em pacientes hipotérmicos.

Pode ajudar na avaliação de pacientes com suspeita de lesão vascular.

ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Esse atendimento é realizado após o primeiro e a ressuscitação está no caminho certo do sucesso.

No entanto, o atendimento secundário não pode ser finalizado antes que o paciente tenha sido submetido à cirurgia para controle da hemorragia.

O atendimento secundário inclui a história e um exame físico da cabeça aos pés feitos rapidamente para evitar o atraso do atendimento definitivo.

Adjuntos do atendimento secundário são utilizados quando necessário, se a instabilidade hemodinâmica recorrer, o atendimento primário deve ser retomado.

História

Uma “AMPLA” história é obtida do paciente pelos primeiros socorristas antes que estes percam a oportunidade, e a história também é obtida da família.

Alergias: o toxóide tetânico, o contraste e os antibióticos podem ser usados precocemente nos pacientes traumatizados e podem causar reações adversas em pacientes alérgicos.

Medicações: os sedativos, as drogas ilícitas, os anticonvulsivantes e a insulina podem cau-

sar mudança do nível de consciência. A trombopatia anticoagulante pode piorar a lesão cerebral e, por outro lado, aumentar o sangramento. Os colírios que levam à midríase e à miose podem afetar o exame das pupilas.

Doenças Prévias: as doenças crônicas como o diabete, a doença aterosclerótica do coração, a falência renal, a obesidade mórbida e a imunossupressão podem ser comorbidades. Adultos com mais de 55, têm especial destaque quando traumatizados.

Última Refeição: o álcool e as lesões podem causar retardo do esvaziamento gástrico e todos os pacientes devem ser tratados mesmo se o estômago estiver cheio.

Eventos Associados Com a Lesão: a hipo e a hipertermia podem afetar o tratamento. Os mecanismos de lesão são importantes para determinar o tipo de lesão.

LESÕES ESPECÍFICAS

Crânio: os dois pontos principais no tratamento do trauma de crânio são a oferta máxima de oxigênio suplementar (incluindo o manejo apropriado das vias aéreas) e a manutenção da pressão de perfusão cerebral. Isso inclui evitar procedimentos desnecessários que possam aumentar a pressão intracraniana, como intubação nasotraqueal. A pressão sanguínea deve ser mantida com a reposição de fluidos para preservar a pressão de perfusão cerebral.

Coluna Vertebral: o cuidado básico é imobilizar qualquer paciente envolvido em trauma com mecanismo de lesão que possa resultar em lesões na coluna. Com imobilização correta, 15% das lesões secundárias da coluna podem ser prevenidas.

Tórax: o controle da via aérea e o fornecimento máximo de oxigênio suplementar são necessários para o tratamento de lesões torácicas. O pneumotórax aberto deve ser tratado com curativo tipo válvula. O pneumotórax hipertensivo deve ser reconhecido e tratado no campo com descompressão com agulha (cateter intravenoso calibroso, linha hemiclavicular, segundo espaço intercostal). A agulha é deixada no local e, se o transporte for prolongado, uma válvula pode ser confeccionada com o dedo de uma luva colocado na ponta do cateter.

Abdome: o cuidado definitivo do paciente com trauma abdominal hemorrágico é a rápida intervenção cirúrgica no hospital. A evisceração deve ser coberta com uma compressa úmida e não se deve tentar recolocar o órgão na cavidade. Objetos empalados devem ser mantidos no lugar e só devem ser retirados se for absolutamente necessário para o transporte do paciente.

Pelve: pacientes com suspeita de lesões de pelve devem ser imobilizados de forma apropriada e rapidamente transportados para o hospital. O paciente hemodinamicamente instável pode se beneficiar do uso de enfaixamento compressivo com lençol e cruzamento dos membros inferiores.

Extremidades: os perigos no encontro do TME com o paciente com trauma de extremidade são dois. Primeiro, o TME não deve se distrair no manejo básico do paciente com aspecto terrível, mas não-crítico, das lesões de extremidades. Segundo lesões de extremidades que ameaçam a vida não devem ser subestimadas. A fixação segura do

paciente na prancha, na posição supina, pode efetivamente sustentar e fixar cada osso e junta.

CONTROLES DAS VIAS AÉREAS

As recomendações do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS, Advanced Trauma Life Support) enfatizam a importância do manejo imediato das vias aéreas associado à imobilização da coluna cervical como prioridade inicial do paciente traumatizado.

Suspeita de Lesão na Coluna Cervical

Todos os pacientes politraumatizados devem ser manejados como se apresentassem lesão da coluna cervical. Não é necessária uma radiografia da coluna cervical para a realização de intubação orotraqueal de emergência, e a imobilização é mantida até que posteriormente seja descartada a lesão na coluna cervical. Na cena do trauma, a coluna cervical é imobilizada com colar do tipo Philadelphia e o corpo é colocado em uma prancha de imobilização. Apoios laterais são utilizados ao lado da cabeça, e a região frontal é imobilizada com uma fita adesiva colada à prancha. A partir do momento que o paciente esteja imobilizado pelo protocolo do ATLS, o movimento do pescoço está reduzido a 5% do habitual. O colar cervical do tipo Philadelphia (semirrigido) quando usado isoladamente não imobiliza adequadamente a coluna cervical, pois restringe os movimentos laterais em 50% e a extensão em 30% do normal.

Manejo das Vias Aéreas sem Intubação

A administração de oxigênio; a desobstrução manual das vias aéreas; a sucção de secreções, sangue e debris da boca e faringe; o uso de cânulas ora e nasofaríngeas lubrificadas ou o uso de máscaras laríngeas podem permitir o transporte de pacientes traumatizados respirando espontaneamente até um centro de atendimento de trauma, porém, não garantem a via aérea e nem protegem do broncoaspiração.

MANEJO DA VIA AÉREA COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Intubação Orotraqueal

A intubação orotraqueal com sequência de intubação rápida (SIR) e alinhamento da coluna cervical (ACC) da coluna cervical é a técnica mais confiável e rápida de se obter uma via aérea segura em

pacientes em apneia ou instáveis. O paciente é cuidadosamente colocado em posição supina, com a cabeça neutra. A oximetria deve ser monitorizada. A porção anterior do colar do tipo Philadelphia (ou todo o colar) deve ser removida, pois ela reduz a abertura da boca. Um assistente deve realizar a ACC do pescoço com as mãos posicionadas abertas na lateral da face do paciente, os dedos fixando o processo mastoide para resistir a extensão da coluna cervical imposta pela laringoscopia. Normalmente, o assistente se coloca à esquerda do médico que está realizando a intubação. O paciente é pré-oxigenado se estiver respirando, e, com a perda da consciência, a pressão cricóide (manobra de Sullick) pode ser aplicada por um segundo assistente localizado à direita. A pressão cricóide deve ser mantida até que o sucesso da intubação seja confirmado. O assistente que estiver realizando a pressão cricóide deve usar a outra mão para amparar a porção posterior da coluna cervical do paciente, pois essa pressão pode causar deslocamento das vértebras cervicais quando for aplicada sem o apoio posterior do colar Philadelphia. A hipnose é alcançada com o uso endovenoso de midazolan, e o bloqueio neuromuscular com fentanila. O surgimento de fasciculações musculares no paciente indica o início do bloqueio. O paciente é intubado com a lâmina de laringoscópio curva (Macintosh), desenhada para ser inserida no lado direito da boca do paciente, deslocando a língua para a esquerda. A ponta da lâmina é locada na valécula na base da língua, então é aplicada uma tração para cima.

A repetição de tentativas malsucedidas pode causar edema na laringe, sangramento, obstrução de vias aéreas e hipoxia grave. Após aspiração orofaríngea, o médico pode usar uma máscara laríngea ou ambu para ventilar o paciente durante o tempo necessário. A máscara laríngea é uma opção para médicos menos experientes ou via aérea difícil. Os pacientes devem estar com o nível de consciência rebaixado para possibilitar seu uso. Os bloqueadores neuromusculares não devem ser utilizados por médicos inexperientes. Um paciente em coma geralmente pode ser intubado sem o uso de sedativos ou paralisantes. A via aérea pode ser inspecionada com ACC para acessar a dificuldade de intubação antes de se usar um paralisante neuromuscular. A intubação orotraqueal em pacientes acordados poderá ser utilizada quando a perda da via aérea causada pelo bloqueio neuromuscular for uma preocupação do médico.

Farmacologia na Intubação

Midazolam: benzodiazepínico, sedativo, hipnótico, produz amnésia anterógrada. É reversível com Flumazenil (antídoto). Pode apresentar depressão respiratória e hipotensão em idosos e pacientes hipovolêmicos. Dose: 0,1 mg/Kg, com início de ação em 1 minuto. Pode ser repetida a dose inicial, se pouco resultado inicial. Pode, por si só, sedando, facilitar a intubação, ou precederá a aplicação do relaxante. Duração aproximada de 30 minutos.

Fentanila: na dose de 2 a 4 mcg/Kg é usado com objetivo de reduzir a resposta cardiovascular exagerada e o aumento da pressão intracraniana. Para efeitos: depressão respiratória, hipotensão.

Lidocaína: usada endovenosa, na dose de 1,5 mg/Kg, 2 a 3 minutos antes da intubação, diminui os efeitos cardiovasculares e sobre a pressão intracraniana provocados pela intubação orotraqueal.

VIAS AÉREAS – PROTOCOLO PARA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA

Garantir a Disponibilidade do Equipamento Necessário:

Fonte de oxigênio.

Máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional de tipo e tamanho apropriados.

Máscara de fluxo unidirecional.

Laringoscópio com lâminas.

Cânulas traqueais.

Material para via aérea cirúrgica e alternativa.

Medicações da ISR.

Material para fixar o tubo traqueal após a intubação.

Garantir, no mínimo um, mas preferencialmente dois acessos venosos adequados.

Material para aspiração. Pré-oxigenar o paciente usando máscara de fluxo unidirecional ou máscara associada a balão dotado de válvula unidirecional com 100% de oxigênio.

Pré-oxigenar de preferência por 3 a 4 minutos.

Instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso.

Se o paciente estiver consciente, considerar o uso de agentes sedativos.

Considerar a administração de agentes sedativos e lidocaína se houver suspeita ou confirmação de trauma cranioencefálico (TCE).

Após a administração de sedativos, fazer a manobra de Sellick (pressão na cricóide) para diminuir o risco de aspiração.

Confirmar a localização no tubo imediatamente após a intubação. A monitoração cardíaca contínua (ECG) e a oximetria de pulso são necessárias durante e após a ISR. A localização do tubo deve ser verificada periodicamente durante o transporte e sempre que o paciente for movimentado.

Podem ser necessárias doses repetidas de relaxantes musculares para manter a curarização.

Confirmar a localização do tubo.

Se as tentativas repetidas de intubação forem mal sucedidas, considerar a possibilidade de via aérea alternativa.

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE ABORDAGEM ÀS VIAS AÉREAS

Existem atualmente disponíveis métodos alternativos para abordagem a via aérea difícil. Os instrumentos hoje disponíveis são a máscara laríngea e tubo laríngeo e podem ser úteis quando a Intubação Orotraqueal não é realizável pelo médico assistente.

Choque no Traumatizado

Diagnóstico Clínico do Choque

Os achados clínicos de choque hemorrágico compensado incluem hipotensão postural, diaforese, agitação e palidez por vasoconstrição cutânea. A taquicardia é comumente observada nos pacientes em choque hemorrágico. Entretanto, estudos clínicos de frequência cardíaca na admissão de pacientes com perda substancial de sangue têm revelado de forma consistente que a frequência cardíaca varia muito.

Os pacientes com perda significativa de sangue são compensados por reflexos neuroendócrinos, os quais causam vasoconstrição da circulação cutânea. A vasopressina plasmática – um poderoso vasoconstritor cutâneo – aumenta seus níveis no paciente hipovolêmico. Uma manifestação clínica de choque é a pele fria, pálida, e o enchimento capilar lentificado do leito subungueal após serem comprimidos.

Os pacientes gravemente hipotensos apresentam com frequência depressão do nível de consciência, uma sensação de morte, e podem estar agitados. Os pacientes em choque profundo estão inconscientes e devem ser submetidos à intubação endotraqueal e ventilação mecânica; contudo, a intubação apresenta riscos. Os hipovolêmicos podem apresentar queda ainda maior da pressão arterial com ventilação com pressão positiva ou, raras vezes, sofrerem parada

cardíaca. Para pacientes adultos em choque, volumes correntes menores de 5 mL/Kg, estabelecer frequências respiratórias de 20 a 30 movi-

movimentos respiratórios por minuto é recomendado.

RESSUSCITAÇÃO DO CHOQUE CIRCULATÓRIO

O primeiro passo é avaliar se há má perfusão tecidual, isto é, definir se há choque circulatório. Apesar da pressão arterial ser o parâmetro mais utilizado, pode haver sinais de choque com a PA ainda normal.

Por isso, você deve avaliar:

Nível consciência.

Frequência cardíaca e respiratória.

Pressão arterial e pressão de pulso.

Pulsos periféricos.

Enchimento capilar.

Diurese.

Ao final, classifique o paciente conforme a tabela abaixo:

CLASSE	PERDA ESTIMADA DE SANGUE	FC (BPM)	PA (MMHG)	PRESSÃO PULSO	FR (IRPM)	SENSÓRIO
I	< 750 ml (15%)	< 100	Normal	Normal	14-20	Ansiedade leve
II	750-1500 ml (15-30%)	100-120	Normal	Reduzida	20-30	Ansiedade moderada
III	1500-2000 ml (30-40%)	120-140	Reduzida	Reduzida	30-40	Ansioso e/ou confuso
IV	> 2000 ml (> 40%)	> 140	Reduzida	Reduzida	> 35	Comatoso, letárgico

Uma vez confirmada a presença de choque, duas ações simultâneas devem ocorrer:

Reposição volêmica.

Reversão da causa do choque – no trauma, o choque hemorrágico é disparadamente mais comum e você deve pensar e tratar como se fosse na ausência de pistas para outras causas.

Causas Menos Comuns de Choque no Trauma:

Neurológico: no paciente com TRM, mas não no TCE isolado.

Obstrutivo: tamponamento e pneumotórax são os fantasmas. Taquicardia com hipotensão e jugulares túrgidas são a principal pista. No caso do PTX, há ainda a ausculta pulmonar assimétrica.

Séptico: raro no trauma, a não ser em pacientes nas fases tardias, por infecção de feridas.

Os pacientes traumatizados hipovolêmicos precisam de duas intervenções: a reposição da

volemia e o controle da hemorragia. Os pacientes adultos hipotensos com frequência têm aumento da pressão sistólica após infusão rápida de 1 L de solução cristaloide (de SF 0,9% ou RL) ou 20 ml/kg. A resposta da pressão sanguínea à tentativa inicial de ressuscitação deve ser determinada. Os pacientes que permanecem hipotensos deverão ser rapidamente avaliados para determinar se a hemorragia persiste. Simultâneo a isso, um segundo bolus de infusão de líquido eletrolítico balanceado é apropriado. Aqueles pacientes que não respondem ao segundo bolus em geral necessitarão de cirurgia para controlar a hemorragia, bem como de transfusão de sangue, a transfusão empírica, antes da prova cruzada com sangue O negativo, é reservada para emergências, com sangramento maciço e choque tipo IV. Quando o paciente necessita de mais de 10 bolsas de hemácia em 24h (ou > 4 bolsas em 1 hora), recomenda-se transfusão empírica de plasma e plaquetas na proporção 1:1:1.

Identificação do Local e Sangramento

Hemorragia significativa em pacientes traumatizados ocorrerá em cinco localizações, e cada sítio apresenta considerações específicas para o diagnóstico e a hemostasia. Os cinco locais são a hemorragia externa, o sangramento intracavitário dentro do espaço pleural ou dentro da cavidade peritoneal, o sangramento dentro do músculo e do tecido subcutâneo por contusão ou fratura e o sangramento para dentro do retroperitôneo, geralmente causado por uma fratura da pelve.

Hemorragia externa: a hemorragia externa por feridas pode ser óbvia e a compressão direta em geral controla o sangramento. Se o sangramento ocorrer em extremidade distal, um cuff inflado de pressão arterial na região proximal pode cessar o sangramento, enquanto o paciente é prontamente transportado para melhores recursos de uma sala de cirurgia para a exploração da ferida e o reparo ou a ligadura dos vasos com sangramento. As lacerações com sangramento ativo por escalpo podem ser melhor conduzidas com sutura rápida, que será revisada mais tarde.

Espaço pleural: o sangramento dentro do espaço pleural por grandes artérias ou aorta, na maioria das vezes, é rapidamente fatal. O sangramento torácico pelo pulmão, ou pelos vasos menores da parede torácica, como os ramos intercostais ou a artéria mamária interna, produz hemotórax. Uma radiografia de tórax ou uma ultrassonografia de pleura oferece pronto diagnóstico.

Cavidade peritoneal: a perda de sangue intra-abdominal substancial pode ocorrer sem sinais externos evidentes. Um hemoperitônio pode ser prontamente identificado com lavado

peritoneal diagnóstico, ultrassonografia.

Fraturas de extremidades: o volume da perda de sangue para dentro de extremidades ou em camadas musculares do tronco pode ser enganoso. Grandes hematomas subfaciais em extremidades e no dorso estão geralmente associados com fraturas; contudo, litros de sangue podem ser perdidos em contusões.

Espaço retroperitoneal: litros de sangue podem ficar contidos no espaço retroperitoneal nos pacientes com fratura de pelve, lesões renais ou ruptura de vasos lombares. Pacientes em choque com suspeita de hemorragia ativa por ruptura arterial associada com fratura de pelve devem ser imediatamente encaminhados ao hospital assim como pacientes traumatizados por lesões penetrantes ou contusas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CHOQUE NO TRAUMATIZADO

Choque Neurogênico – Lesão da Medula Espinal

A lesão da medula espinhal até o nível da vértebra cervical ou torácica pode causar denervação simpática. O choque neurogênico é a consequência da perda súbita do tônus motor. Sem tônus alfa-adrenérgico nos vasos arteriolares ocorre vasodilatação, levando à queda da resistência vascular sistêmica. A resposta hemodinâmica é a queda da pressão sistólica e diastólica e a redução do débito cardíaco.

A vasodilatação dos vasos venosos aumenta sua capacitância, que já é um reservatório substancial, e o tratamento é a expansão do volume intravascular. Os pacientes hipotensos com choque neurogênico não terão caracteristicamente taquicardia; terão pulsos periféricos fracamente palpáveis e exibirão leitos ungueais rosados com bom enchimento capilar. Esses pacientes têm ampla pressão de pulso, e pacientes hipotensos podem estar alerta. Frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, mesmo bradicardia sinusal, ocorre em pacientes com choque neurogênico e é atribuída ao tônus vagal não-compensado em áreas cronotrópicas do coração em pacientes que perderam a inervação simpática.

Muitos pacientes adultos com choque neurogênico responderão à infusão endovenosa de 1 L de solução eletrolítica balanceada. A expansão de volume pode repor as perdas causadas pela hemorragia, e também "encher" as reservas venosas dilatadas.

Trauma Cranioencefálico (TCE)

A lesão não deve ser considerada inicialmente a causa primária de hipotensão em pacientes politraumatizados, mesmo que a lesão do tronco cerebral possa causar instabilidade cardiovascular. Além disso, perdas maiores de sangue por lacerações por escalpo ou fratura facial aberta podem ocorrer.

SINAIS ASSOCIADOS AOS DIVERSOS TIPOS DE CHOQUE

Sinais	Hipovolêmico	Neurogênico	Séptico	C
Temperatura da pele	Fria, pegajosa	Quente, seca	Fria, pegajosa	F
Coloração da pele	Pálida, cianótica	Rosada	Pálida, rendilhada	P cianót
Pressão arterial	Diminuída	Diminuída	Diminuída	D
Nível de consciência	Alterado	Mantido	Alterado	A
Enchimento capilar	Retardado	Normal	Retardado	P

TRAUMA TORÁCICO

O traumatismo torácico é responsável por 25% das mortes dos politraumatizados, em serviços de emergência. A cada 100 pessoas com trauma isolado de tórax, 12 vão a óbito. Muitas dessas mortes ocorrem

já no hospital e poderiam ser evitadas se o diagnóstico e o devido tratamento fossem realizados precocemente e de forma eficiente.

O trauma torácico ocorre, principalmente, em homens entre 20 e 50 anos e ao contrário do que muitos imaginam, o tratamento cirúrgico não é o mais comum nesses casos. Menos de 10% dos traumatismos contusos de tórax necessitam de intervenção cirúrgica. A maioria desses pacientes pode ser tratada com procedimentos simples.

Traumas de tórax ocorrem por três mecanismos principais. O mais comum é a aceleração e desaceleração brusca do corpo. O melhor exemplo disso é o acidente automobilístico. O segundo mecanismo mais comum é a compressão do corpo, onde a força exercida sobre este exceda a capacidade de resistência das estruturas ósseas. E por fim, impactos de alta velocidade, onde a violência excede a tolerância viscosa do órgão atingido. Esse último difere da aceleração e desaceleração por ser localizado, sendo causado, por exemplo, por projéteis de arma de fogo e armas brancas.

A maioria dos traumas torácicos tem repercussão no sistema respiratório, causando problemas ventilatórios e/ou na difusão dos gases. As principais consequências disso são: hipóxia, hipercapnia e acidose.

A hipóxia tecidual é a oferta inadequada de oxigênio aos tecidos que pode ser causada por desequilíbrio na relação ventilação-perfusão e por alterações nas relações pressóricas intratorácicas (pneumotórax aberto ou hipertensivo).

A hipercapnia é o aumento na concentração de dióxido de carbono no sangue. As duas cau-

sas principais de hipercapnia são o comprometimento da relação ventilação-perfusão e a hipoventilação. A hipóxia é mais importante agudamente.

Coque Compressivo/Obstrutivo

O choque compressivo ocorre quando o débito cardíaco está baixo devido à pressão extrínseca do coração ou dos pulmões por líquido, ar ou sangue, reduzindo o fluxo da veia cava durante o enchimento diastólico das câmaras direitas do coração.

Pneumotórax Hipertensivo

O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar fica encarcerado no espaço pleural entre o pulmão e a parede torácica, atingindo uma pressão suficiente para comprimir os pulmões e desviando o

mediastino. Muitos pacientes com pneumotórax hipertensivo também apresentam hemotórax. O diagnóstico de pneumotórax hipertensivo é suspeitado no exame clínico do paciente hipotenso que tem tórax hipertimpânico à percussão do tórax anterior, ausência de murmúrio vesicular ipsilateral, desvio da traqueia para o pulmão lesado, distensão das veias do pescoço, trauma penetrante ou contusão no tórax são suficientes para causar fratura dos arcos costais. Embora muitos pacientes com pneumotórax hipertensivo possuam achados facilmente identificáveis na radiografia de tórax, pacientes com liberação da aderência pleural à parede torácica raramente desenvolvem bolsas de ar não-evidentes na radiografia de tórax de rotina. Em situações nas quais um dreno torácico não pode ser inserido, o pneumotórax hipertensivo pode ser descomprimido de emergência com uma agulha de grosso calibre inserida no segundo no quarto espaço intercostal, na linha hemiclavicular. A hipotensão pode reverter drasticamente quando o ar é drenado através da agulha. O tratamento definitivo do pneumotórax hipertensivo é a inserção de um dreno de tórax no 4º ou 5º espaço intercostal.

Choque Cardiogênico

Em termos fisiológicos, choque cardiogênico é a circunstância de débito cardíaco baixo apesar do volume diastólico final ventricular, que deverá estar adequado para conceder ao ventrículo uma contração vigorosa e a eleição de um volume sistólico amplo. Em situações clínicas, o choque cardiogênico pode refletir várias influências adversas concomitantes, incluindo déficit miocárdico importante, disfunção valvar e arritmias. A perfusão para órgãos múltiplos está inadequada no choque cardiogênico, incluindo a oferta de oxigênio ao miocárdio, que exacerba a falência da performance miocárdica. A combinação de falência de bomba cardíaca e redução da perfusão coronariana é um insulto sincronizado que pode piorar de forma rápida, causando a morte.

Contusão Miocárdica

Embora a contusão cardíaca pode ocorrer comumente em pacientes com trauma importante no dorso, raras vezes se torna a causa de disfunção miocárdica grave e choque. O diagnóstico de contusão cardíaca é confirmado pelo início súbito de anormalidades no ECG da admissão ou hipotensão que não é explicada pelas lesões.

Choque Séptico

Pacientes lesados podem chegar à Unidade de Saúde em choque causado por infecção. Essa rara circunstância é causada com frequência pelo atraso entre a lesão e o início do tratamento. A morte por choque séptico em pacientes traumatizados em geral ocorre dias a semanas após a admissão hospitalar, e muitas vezes está associada com falência de múltiplos órgãos. Infecção grave, particularmente quando associada à bacteremia, pode ser uma causa de choque rapidamente letal com achados cardiovasculares característicos, se a administração de líquidos não for rápida e vigorosa: hipotensão, débito cardíaco elevado e resistência vascular sistêmica baixa. O choque séptico é categorizado como distributivo, um termo que enfatiza que, apesar da oferta aumentada de oxigênio às células pela circulação hiperdinâmica, a disponibilidade de oxigênio aos sítios de metabolismo aeróbico está prejudicada.

A ressuscitação de pacientes em choque séptico envolve três passos. Primeiro, o fluido intravenoso é infundido para restaurar o volume intravascular e otimizar as pressões de enchimento diastólico final dos ventrículos direito e esquerdo. A ressuscitação de líquidos é acompanhada por soluções isotônicas. Segundo,já que a contratilidade miocárdica está prejudicada em pacientes com choque séptico, o suporte inotrópico geralmente é necessário. O terceiro tratamento para choque séptico que pode ser necessário para pacientes com uma RVS irreversivelmente baixa é o uso de vasoconstritores, os quais aumentam a pressão arterial sistêmica média.

EXAME PRIMÁRIO DAS LESÕES COM RISCO DE VIDA

O exame primário tem por função minimizar os riscos à vida do paciente traumatizado, através da avaliação das vias aéreas, respiração e circulação, a qual estabelece critérios de prioridade de atendimento.

A avaliação deve ser feita na seguinte ordem:

Vias Aéreas:

Ausculta do fluxo aéreo pela boca e nariz do paciente para avaliar a permeabilidade da via aérea e existência de movimentos respiratórios.

Detectar a presença de triagem (retração dos espaços intercostais) por obstrução brônquica ou traqueal.

Verificar se há corpos estranhos obstruindo a orofaringe, principalmente em pacientes inconscientes.

Respiração: observar e avaliar os movimentos respiratórios e a qualidade da respiração através da exposição do tórax do paciente, ausculta e palpar. Caso haja lesão torácica, teremos sinais importantes, porém sutis, de hipóxia, como aumento da frequência respiratória e mudança no padrão dos movimentos respiratórios. A cianose é um sinal tardio de hipóxia, porém, sua ausência não indica oxigenação tecidual adequada e uma via aérea permeável.

Instalar um monitor cardíaco no paciente, a fim de se detectar arritmias, com possibilidade aumentada em pacientes com hipóxia e/ou acidose, vítimas de trauma torácico. Além disso, pacientes com tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, hipovolemia profunda ou ruptura cardíaca podem apresentar atividade elétrica sem pulso (AESP), manifesta no ECG por presença de ritmo cardíaco em paciente sem pulso identificável.

IDENTIFICAÇÃO DAS LESÕES TORÁCICAS COM RISCO DE VIDA NO EXAME PRIMÁRIO

Obstrução das Vias Aéreas

A obstrução das vias aéreas é uma lesão com alto risco de vida discutida.

Pneumotórax

Denomina-se pneumotórax a coleção de ar entre os folhetos visceral e parietal da pleura.

A pressão negativa ente os folhetos são fundamentais para que ocorra a expansão pulmonar.

No pneumotórax, essa pressão negativa é abolida, dificultando a respiração.

Quando fluido sangue ou pus também estão presentes, fala-se em hidropneumotórax, hemopneumórax ou piopneumotórax, respectivamente.

O pneumotórax pode ser simples, hipertensivo ou aberto.

Pneumotórax Hipertensivo

No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traqueia e o mediastino são deslocados

para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, independentemente da etiologia, que é, mais comumente, a ventilação com pressão expiratória final positiva, a ruptura de uma bolha enfisematosa ou o trauma contuso de tórax com lesão ao selada do parênquima. Lesões traumáticas da parede torácica também podem ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de pneumotórax.

Os sinais clínicos do pneumotórax hipertensivo são dispneia, taquicardia, hipotensão, desvio da traqueia para o lado oposto, ausência de murmúrio vesicular unilateral, turgidez das veias do pescoço e timpanismo à percussão.

A cianose pode surgir como uma consequência tardia da hipóxia.

O pneumotórax hipertensivo deve ser tratado imediatamente ao ser diagnosticado, introduzindo-se uma agulha no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular no hemitórax lesado. Converte-se então a lesão num pneumotórax simples. Procede-se à avaliação repetida. O tratamento definitivo é feito pela inserção de um dreno no quinto espaço intercostal na linha axilar média.

Pneumotórax Aberto ou “Ferida Torácica Aspirativa”

Quando há um grande ferimento da parede torácica, amplo o suficiente para permitir que o ar passe livremente, fala-se em pneumotórax aberto. As pressões intratorácica e atmosférica rapidamente se igualam na vigência de tal lesão.

A incidência de pneumotórax aberto em ambiente civil é menor que 1%. Embora quaisquer ferimentos por arma de fogo ou arma branca tecnicamente produzam pneumotórax, os tecidos da parede torácica se justapõem, fechando a lesão.

Se a abertura é maior ou igual a 2/3 do diâmetro da traqueia, o ar passará preferencialmente pelo ferimento, provocando um ruído característico como “traumatopneia”.

Ocorre grave distúrbio ventilatório devido ao colapso do pulmão no hemitórax afetado, levando à hipóxia. Há desvio do mediastino para o lado contralateral e dificuldade de expansão do outro pulmão devido à competição entre o fluxo da abertura traqueobrônquica e o fluxo da abertura pleurocutânea.

O tratamento inicial é feito com um curativo quadrangular extenso o suficiente para cobrir todas as bordas do ferimento fixado em três de seus lados. Essa fixação faz com que o curativo funcione como uma válvula que deixa o ar sair na expiração, mas oclui o ferimento durante a inspiração. A fixação dos quatro lados pode causar pneumotórax hipertensivo, a menos que o tórax seja drenado. Qualquer curativo oclusivo pode ser usado temporariamente.

O hemitórax lesado deve ser drenado assim que possível, em local longe do ferimento, que geralmente necessita ser fechado cirurgicamente.

Hemotórax Maciço

No hemotórax maciço há acúmulo rápido de mais de 1,5 L de sangue na cavidade pleural.

A pressão torácica torna-se positiva, colapsando o pulmão e desviando a traqueia e o mediastino, complicando a grande perda de sangue. As veias do pescoço podem estar túrgidas devido aos efeitos mecânicos ou colapsadas pela grave hipovolemia. Há macicez à percussão e ausência de murmúrio vesicular do lado lesado.

A causa principal são os ferimentos penetrantes que dilaceram vasos sistêmicos ou hilares.

É tratado inicialmente por reposição ou volume rapidamente através de dois acessos venosos calibrosos, e descompressão da cavidade torácica simultaneamente, através de drenagem no quinto espaço intercostal.

Tórax Instável

Está presente em 10% a 20% dos casos de trauma, sendo caracterizado pela falta de continuidade óssea da parede torácica, determinando uma mobilidade paradoxal durante o ciclo respiratório. A mortalidade é alta, aproximadamente 50% sendo mais pronunciada em pacientes acima de 60 anos.

As maiores repercussões provêm da lesão pulmonar subjacente, que, juntamente com a dor associada à restrição dos movimentos respiratórios, contribuem para hipóxia do paciente. Este respira com dificuldade, possuindo movimento torácico assimétrico e desordenado, e à palpação detectam-se movimentos respiratórios anormais e crepitação.

O tratamento inicial inclui correção da hipovolemia e administração de oxigênio umidificado. Caso não haja hipotensão

sistêmica, faz-se necessário controle da administração intravenosa de cristalóides para evitar a hiperidratação. Alguns pacientes podem ser tratados sem o uso do ventilador, no entanto, a prevenção da hipóxia é de suma importância em pacientes traumatizados.

Tamponamento Cardíaco

No tamponamento cardíaco há acúmulo rápido de sangue no saco pericárdico. O aumento da pressão intrapericárdica reduz o enchimento diastólico. Como o pericárdio é inelástico, mesmo pequenos volumes de líquido podem ocasionar o tamponamento. A diminuição da pressão intra-aórticas causa redução de fluxo coronariano, com prejuízo do metabolismo cardíaco.

O tamponamento cardíaco se manifesta pela "tríade de Beck": aumento da pressão venosa com ingurgitamento das veias do pescoço, queda da pressão artéria e abafamento das bulhas cardíacas. O ingurgitamento pode não estar presente devido á hipovolemia. Pode haver pulso paradoxal, uma diminuição da PA de mais de 10 mmHg durante a inspiração. O pneumotórax hipertensivo, particularmente do lado esquerdo, pode mimetizar o tamponamento cardíaco e a diferenciação é feita pelo timpanismo à percussão, presente apenas no pneumotórax. O aumento da pressão venosa na inspiração durante a respiração espontânea (sinal de Kussmaul) reflete o comportamento paradoxal desta na vigência de tamponamento cardíaco.

Conduta

Abrir as vias aéreas.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.

Caso estas medidas não sejam suficientes proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Administrar volume em quantidade suficiente para manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmHg. A reposição volêmica rápida é imperativa, pois o aumento da pressão venosa central pode manter temporariamente o enchimento ventricular, até a chegada ao hospital.

Efetuar a pericardiocentese nas vítimas que apresentam quadro clínico consistente com tamponamento cardíaco e estão agônicas ou em PCR. Esta é uma medida provisória, antes da realização da toracotomia. O procedimento é mal sucedido em mais de 60% dos casos, pois geralmente o sangue no interior do saco pericárdico está

parcialmente coagulado, o que impossibilita sua aspiração por agulha. As complicações da pericárdiocentese são: pneumotórax, laceração cardíaca ou de coronárias e arritmias.

Remover o paciente imediatamente para hospital que possua cirurgia de emergência.

LESÕES TORÁCICAS POTENCIALMENTE LETAIS SUSPEITADAS DURANTE O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E RAIO X DE TÓRAX

Consideram-se como lesões potencialmente letais:

Contusão pulmonar.

Contusão miocárdica.

Ruptura aórtica.

Ruptura traumática do diafragma.

Laceração traqueobrônquica.

Laceração esofágica.

Tais lesões não são óbvias durante o exame físico inicial. O diagnóstico necessita de um

elevado índice de suspeição. No entanto, se passarem despercebidas, tais lesões podem comprometer a vida do paciente.

Outras indicações para a inserção do dreno de tórax:

Pacientes que necessitam de ventilação compressão positiva, nos quais se suspeita de lesão torácica importante.

Pacientes com lesão pulmonar grave que precisam ser transferidos por transporte aéreo ou terrestre.

Concluindo, é alta a incidência de trauma torácico entre os politraumatizados, muitas vezes associado ao grande risco de morte, devendo ser sempre suspeitado.

A Identificação e o tratamento simples com a inserção de um dreno de tórax e precoce as lesões são essenciais.

Lesões com risco imediato de vida devem ser diagnosticadas já no exame primário e tratadas prontamente, permitindo que se continue à avaliação.

Algumas lesões com risco de vida potencial que podem não ser identificadas no exame primário devem ser diagnosticadas e tratadas durante o exame secundário.

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Atendimento Inicial

O traumatismo de crânio é responsável pela maior parte das mortes nas vítimas de acidentes de trânsito no nosso meio. A atenção primária do tratamento para doentes com suspeita de ter trauma craniencefálico grave deve ser de prevenir a lesão cerebral secundária. Estes pacientes devem receber oxigenação adequada e manutenção da pressão arterial suficiente para garantir a pressão de perfusão do cérebro, são estas maneiras as mais importantes para limitar o dano cerebral secundário. Após a aplicação dos ABCDE é crucial que se identifique em lesões de massa que necessitam de intervenção cirúrgica. É importante que dados como a idade do doente, mecanismo de trauma, tempo decorrido do trauma, condições respiratória e cardiovascular, lesões associadas e tratamento da hipotensão e hipóxia, sejam relatados pelos médicos que prestam o primeiro atendimento aos pacientes com lesão de crânio.

No traumatismo de crânio após as medidas iniciais de ressuscitação serem estabelecidas deve-se avaliar o nível de consciência e a reação das pupilas. Esse exame consiste em avaliar a Escala de Coma de Glasgow e a resposta pupilar ao estímulo doloroso. Os pacientes com Escala de Glasgow inferior a 9, devem ter a sua via aérea superior protegida pela realização de intubação traqueal. O nível do Glasgow e a resposta pupilar devem ser avaliados antes da utilização de seda-

sedativos ou curarizantes.

Nos pacientes portadores de traumatismo cranioencefálico após a priorização das vias aéreas e restabelecimento da pressão arterial e de outros sinais de hipoperfusão serem corrigidos através da oxigenação e reposição volêmica, deve-se comunicar através do acionamento da Central de Regulação Médica demonstrando a gravidade do caso.

Nos pacientes com traumatismo cranioencefálico leve que não apresentam perda de consciência, intoxicação por álcool e drogas significativa, fratura de crânio, perda de líquor pelo nariz ou ouvido, traumatismos significativos associados, falta de acompanhante confiável em casa, vômitos, cefaleia e crise convulsiva são candidatos a receber alta com orientações. Nos demais casos os pacientes devem ser encaminhados para avaliação em hospital com capacidade para avaliação e segmento desses pacientes.

O tratamento adequado de um doente com TCE começa com intervenções que obedecem a uma sequência priorizando o tratamento de lesões que comprometam a vida identificadas no exame primário.

Uma vez tratadas as alterações, o doente deve ser rapidamente imobilizado etransportado para o hospital mais próximo com recursos para atender casos com TCE.

Vias Aéreas

Doentes com rebaixamento do nível de consciência podem ser incapazes de proteger sua via aérea. Um estudo retrospectivo tem documentado diminuição da taxa de mortalidade em doentes com TCE que foram submetidos à intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar. Assim todos os doentes com TCE grave (escore de Escala de Coma de Glasgow 8 ou menos) são candidatos a intubação traqueal, embora isto possa ser desafiador quando se trata de doentes agressivos, quando cerram os músculos da mandíbula (trismo), na presença de vômitos, e devido à necessidade de manter a coluna cervical do doente alinhada e imobilizada. O uso de agentes bloqueadores neuromusculares (curarizantes) como parte do protocolo da sequência de intubação rápida pode facilitar o procedimento de intubação. Com base em estudos com animais, uma dose intravenosa de lidocaína (1 mg/Kg) pode evitar o aumento da PIC durante a intubação. A intubação nasotraqueal às cegas pode ser uma técnica alternativa, mas a presença de trauma na região medial da face é contraindicação, deve-se evitar laringoscopias prolongadas, principalmente se o tempo de transporte for curto. O uso de cânula orofaríngea e ventilação com máscara facial, associada a balão dotado de válvula unidirecional ou ventilação transtraqueal percutânea, são alternativas possíveis.

Respiração

Todos os doentes com suspeita de TCE moderado/grave devem receber oxigênio suplementar. O uso de oximetria de pulso é de extrema importância, pois a hipóxia pode agravar o quadro neurológico. A concentração de oxigênio pode ser titulada quando se usa a oximetria de pulso; no entanto, a saturação de oxigênio (SaO_2) deve ser mantida em 95% ou mais. Se a oximetria de pulso não está disponível, o oxigênio deve ser fornecido por máscara facial unidirecional para os doentes que apresentam respiração espontânea. Para os doentes intubados, deve ser mantida a concentração de oxigênio de 100% (FiO_2 de 1,0) com uso de máscara facial associada a balão dotado de válvula unidirecional. Se persistir a hipóxia mesmo com a oferta de oxigênio, o socorrista deve tentar identificar e tratar todas as prováveis etiologias, incluindo aspiração e pneumotórax hipertensivo.

Uso de válvulas de pressão expiratória final positiva (PEEP) pode ser considerado para melhorar a oxigenação, no entanto, níveis de PEEP maiores do que 15 cm H2O podem produzir aumento da PIC.

Como a hipocapnia e a hipercapnia podem agravar a lesão cerebral, o socorrista deve manter taxas normais de ventilação quando o doente com TCE estiver sob ventilação assistida – 10 respirações por minuto (RPM) para adultos. Hiperventilação muito agressiva produz vasoconstrição cerebral que, por sua vez, leva à diminuição da oferta de oxigênio para o cérebro. Tem sido demonstrado que hiperventilação profilática de rotina piora o quadro neurológico e não deve ser utilizada.

Circulação

Tanto a hipóxia quanto a hipotensão são causas importantes de lesão cerebral secundária, portanto devem-se prevenir e tratar estas condições. O controle da hemorragia é essencial. Pressão direta sobre o local ou curativos compressivos devem ser aplicados em qualquer hemorragia externa. Ferimentos complexos no couro cabeludo podem produzir sangramento externo significativo.

Alguns chumaços de gaze colocados sobre o local e fixados com bandagem elástica tornam-se um curativo compressivo efetivo para controlar o sangramento; no entanto, esta compressão não deve ser aplicada em fraturas abertas ou com afundamento de crânio a menos que haja hemorragia significante, porque a compressão pode agravar a lesão cerebral e levar a aumento da PIC. Uma discreta pressão direta sobre o ferimento também pode limitar o tamanho de hematomas extra cranianos (couro cabeludo). Manejo delicado e imobilização em prancha longa, mantendo alinhamento anatômico, pode minimizar a perda sanguínea intersticial no local da fratura.

Como a hipotensão piora ainda mais a isquemia cerebral, devem-se adotar medidas-padrão para combater o quadro de choque. Em doentes com lesão cerebral traumática, a combinação de hipóxia e hipotensão está associada com taxa de mortalidade de cerca de 75%. Na presença de choque e suspeita de sangramento interno importante, o transporte rápido para um centro de trauma tem prioridade com relação à lesão cerebral.

O choque hipovolêmico e o neurogênico devem ser tratados por reanimação com soluções cristalóides isotônicas; no entanto o transporte não deve ser retardado para que se estabeleça um acesso venoso. Embora a avaliação do volume sanguíneo seja muito difícil no

ambiente pré-hospitalar, o socorrista deve fazer com que o doente retorne ao estado de volume circulatório normal (euvolemia).

Para preservar a perfusão cerebral, devem-se utilizar recursos para manter pressão sanguínea sistólica de pelo menos 90 a 100 mmHg; entretanto a reposição volêmica excessiva pode levar a sangramento interno descontrolado, aumento do edema cerebral e da PIC, portanto cuidado na reposição volêmica do traumatizado. Para doentes adultos com TCE e sinais vitais normais, sem suspeita de outras lesões, devem-se administrar fluidos intravenosos em velocidade não maior que 125ml/h, e ajuste se surgirem sinais de choque.

Incapacidade – Avaliação Neurológica

Intervenções neurocirúrgicas para inserir dispositivos para monitoração da PIC ou drenagem de hematomas intracranianos não são realizadas no atendimento pré-hospitalar. Como tem sido enfatizado, o tratamento pré-hospitalar da lesão cerebral traumática consiste primariamente em medidas que visam reverter e prevenir fatores que causem uma lesão cerebral secundária. Convulsões prolongadas ou de grande mal e múltiplas podem ser tratadas com a administração de benzodiazepínico intravenoso, como Diazepam ou Midazolam. Estas drogas devem ser tituladas com cautela, pois podem provocar hipotensão e depressão respiratória.

Devido à incidência significativa de fraturas de coluna cervical, doentes com suspeita de lesão cerebral traumática devem ter a coluna imobilizada. Deve haver muita cautela ao aplicar o colar cervical em vítima com TCE. Algumas evidências sugerem que manter o colar cervical firmemente ajustado pode impedir o retorno venoso da região cefálica, assim levando ao aumento da PIC. A colocação do colar cervical não é obrigatória desde que se mantenha imobilização adequada da coluna cervical.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

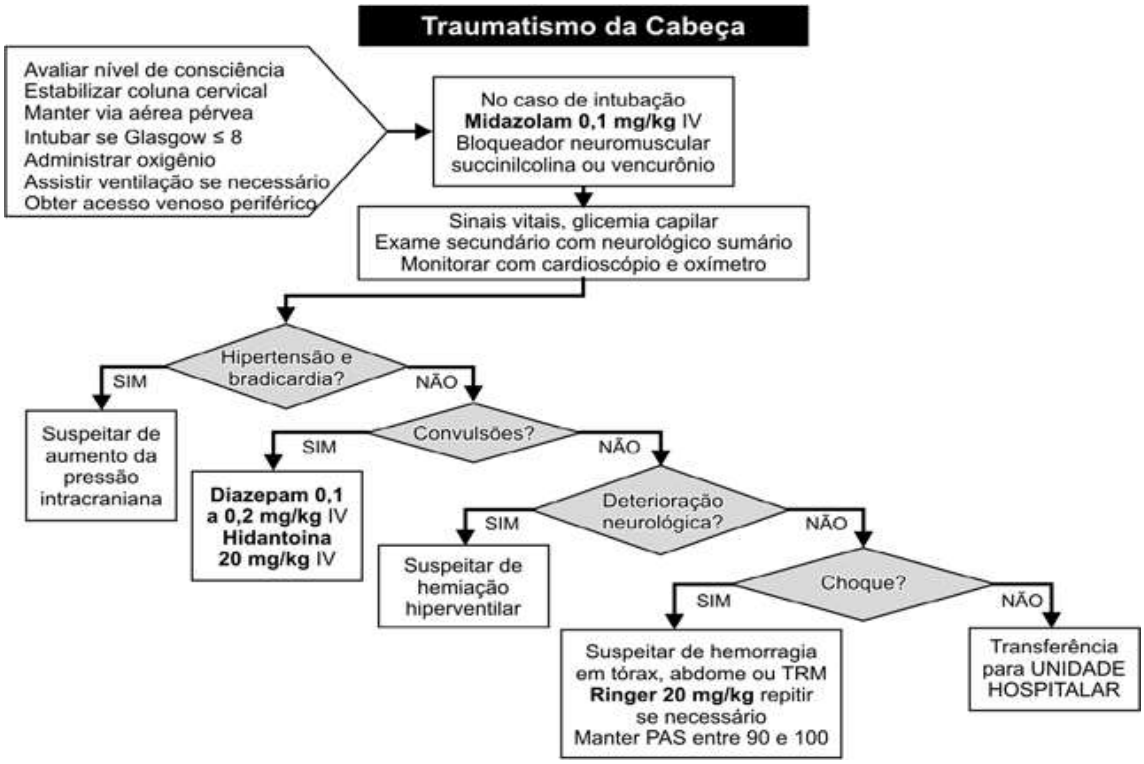
ABERTURA OCULAR	
NÃO	**1**
A DOR	**2**
AOS ESTÍMULOS VERBAIS	**3**
ESPONTÂNEA	**4**
MELHOR RESPOSTA MOTORA	
SEM RESPOSTA	**1**
EXTENSÃO	**2**
FLEXÃO ANORMAL	**3**

RETIRADA EM FLEXÃO	**4**
LOCALIZA A DOR	**5**
OBEDECE	**6**
MELHOR RESPOSTA VERBAL	
SEM RESPOSTA	**1**
SONS INCOMPREENSÍVEIS	**2**
PALAVRAS DESCONEXAS	**3**
DESORIENTADO	**4**
CONVERSA COM ORIENTAÇÃO	**5**

Transporte

Para que se alcance o melhor resultado possível, doentes com TCE moderada e grave devem ser transportados diretamente ao serviço hospitalar (centro de trauma) com recursos de tomografia computadorizada e equipe de neurocirurgia disponível no plantão. Frequência cardíaca, pressão arterial, SaO2 e Escala de Coma de Glasgow do doente devem ser reavaliados e anotados em prontuário a cada 5 ou 10 minutos durante o transporte. Válvulas de PEEP podem ser utilizadas se houver persistência de hipóxia, desde que seu uso seja cauteloso, pois níveis de PEEP maiores que 15 cm H2O podem aumentar a PIC. Deve-se preservar o calor do corpo do doente durante o transporte (evitar hipotermia). Existem controvérsias a respeito da melhor posição de um doente com TCE. Em geral, os doentes com TCE devem ser transportados em posi-ção supina pela presença de outras lesões potenciais. Embora a elevação da cabeceira da maca ou da prancha longa (posição de Trendelemburg reversa) possa diminuir a PIC, a pressão de perfusão cerebral pode também ser prejudicada, especialmente se a cabeça for elevada em mais de 30°. O hospital de destino deve ser comunicado, o mais rápido possível, para que os recursos necessários já estejam disponibilizados no momento da chegada do doente. A comunicação por rádio ou telefone deve incluir informações sobre o mecanismo de trauma, o escore na Escala de Coma de Glasgow inicial, sinais vitais, outras lesões de gravidade e a resposta ao tratamento inicial adotado.

ALGORITIMO DE TCE



TRAUMA RAQUIMEDULAR E TRAUMA MUSULOESQUELÉTICO

Condições Especiais de Avaliação

A maioria das lesões de extremidades não causa risco imediato de vida, sendo avaliadas durante o exame detalhado do traumatizado.

Frequentemente são as lesões mais evidentes no politraumatizado, possuindo o potencial de desviar a atenção do socorrista de lesões mais graves.

O exame e tratamento da vítima devem priorizar as condições que causem instabilidade: obstrução de vias aéreas, respiração ineficaz e instabilidade circulatória.

As fraturas e luxações podem causar lesões vasculares e nervosas.

As grandes artérias das extremidades ficam junto aos ossos, especialmente próximo as articulações.

É obrigatória a palpação dos pulsos e a avaliação do enchimento capilar, sensibilidade e

motilidade.

Algumas fraturas como as de fêmur e bacia, podem produzir hemorragias graves levando ao choque hipovolêmico.

Em fraturas abertas a contaminação é uma complicação frequente.

No atendimento pré-hospitalar, não se deve efetuar a limpeza da superfície de ossos expostos.

Quadro Clínico

Os pacientes lúcidos podem relatar que ouviram o ruído típico da fratura e se queixam de dor intensa e constante.

Incapacidade funcional.

Deformidade do membro, com encurtamento e aumento de volume.

Sempre comparar uma extremidade com a outra para avaliar estas características.

Em fraturas expostas o osso fraturado pode ser visualizado.

A presença de palidez ou cianose no lado lesado sugere comprometimento vascular.

A crepitação pode ser detectada pelo socorrista ao palpar a extremidade ou sentida pela vítima ao tentar movimentar o membro. Nunca permitir que a vítima se movimente para testar este sinal.

Conduta

Priorizar a desobstrução das vias aéreas, oxigenação e manutenção circulatória.

Adotar medidas de estabilização da coluna cervical caso indicado.

Aplicar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto em pacientes ventilando espontaneamente.

Abrir vias aéreas em pacientes inconscientes e assistir a ventilação se necessário com BMV.

Analisar na avaliação rápida do traumatizado se a vítima apresenta condições “Load and Go”.

Indicar o transporte rápido na presença de fraturas bilaterais de fêmur e da pelve.

Conter hemorragias externas com a compressão de ferimentos abertos.

Procurar obter na cena pelo menos um acesso venoso periférico em extremidade superior não lesada, exceto em pacientes apresentando lesões isoladas.

Imobilizar pacientes estáveis antes da remoção.

Efetuar analgesia antes da imobilização.

Imobilizar pacientes que apresentam critérios de instabilidade em imobilizador de corpo inteiro (prancha longa).

Não perder tempo imobilizando uma fratura quando a vida da vítima está em risco.

Remover as roupas, anéis e pulseiras, que podem comprometer a vascularização da extremidade.

Cortar com instrumento apropriado anéis em extremidades lesadas.

Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.

Alinhar a extremidade.

Verificar antes e depois da imobilização: pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.

Imobilizar a extremidade na posição em que foi encontrada no caso de uma luxação ou fratura de articulação.

Obter radiografia em duas incidências nos pacientes estáveis.

Manter o paciente imobilizado no hospital de referência, só remover o imobilizador após concordância do ortopedista ou médico recebedor.

Trocar o imobilizador no hospital de referência.

PRINCÍPIOS DE IMOBILIZAÇÃO

Expor a lesão.

Remover anéis e braceletes que podem comprometer a circulação.

Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.

Alinhar as extremidades um socorrista deve suportar a extremidade enquanto o outro aplica o dispositivo de imobilização.

Imobilizar na posição encontrada se houver resistência.

Acolchoar imobilizadores rígidos para evitar ferimentos em pontos de pressão.

Não reduzir fraturas ou luxações!

Verificar pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motricidade antes e depois da imobilização.

Retirar o imobilizador, realinhar e reimobilizar se os pulsos desaparecerem depois da imobilização.

Imobilizar a articulação distal e proximal.

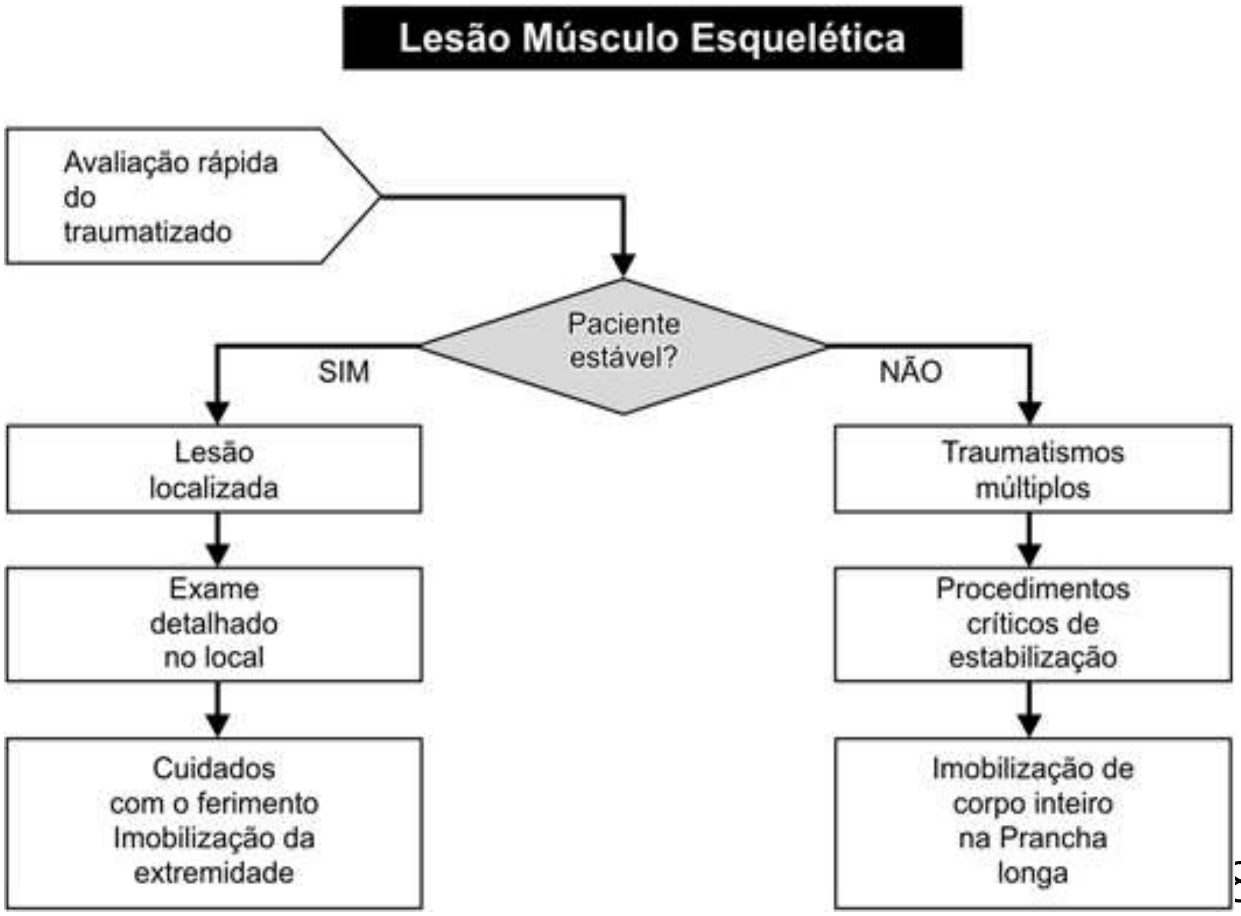
COMPARAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS DISPOSITIVOS DE IMOBILIZAÇÃO

DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO	**INDICAÇÕES**	**VANTAGENS**	**CARACTERÍSTICAS**
BANDAGENS	Fraturas de clavícula, cabeça do	Baixo custo.	**Imobilizam a extremidade**

	úmero e escápula.		**contra a parede torácica.** **Devem ser associados a travesseiros para imobilizar em situações em que não é possível aproximar a extremidade da parede torácica.**
IMOBILIZADORES RÍGIDOS	São úteis especialmente em lesões de mãos, pés, punhos, tornozelos, antebraços e pernas. Não imobilizam lesões proximais ao joelho e cotovelo com eficácia.	Boa qualidade de imobilização. Podem ser adaptados para uso em fraturas anguladas.	**Podem ser de madeira, papelão ortopédico, alumínio ou imobilizadores à vácuo.** **Os imobilizadores à vácuo, podem ser adaptados facilmente a fraturas anguladas.** **Devem ser acolchoados para evitar lesões da extremidade.**
TALAS INFLÁVEIS	Empregadas em imobilização de perna e de antebraço.	Transparentes. Tem ação hemostática por compressão. Podem ser reutilizados.	**Podem causar isquemia do membro.** **Variação da pressão com a altitude.** **Cuidado em transportes aéreos!**

			Frágeis – furam com facilidade. Não podem ser usadas em fraturas anguladas. Necessitam de avaliação constante da pressão.
COLETE FLEXÍVEL "KENDRICK EXTRICATION DEVICE"	Coluna vertebral. Fraturas de pelve e de fêmur proximal.	Imobilização eficiente.	**Colocação fácil.**
DISPOSITIVOS DE TRAÇÃO	Fraturas de femur.	Imobilização eficiente.	**Contraindicar em fraturas de fêmur associadas a lesões de joelho, luxação coxofemural e fraturas de pelve. Aplicação demorada.**
ALMOFADAS OU TRAVESSEIROS	**Fraturas de tornozelo e de pé.**	**Baixo custo. Imobilização eficiente.**	**Utilizado em transporte de pacientes com luxação do quadril.**

ALGORITMO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM LESÃO MÚSCULO ESQUELÉTICA



LESÃO MUSCULOESQUELÉTICA

Abordagem de Lesões Específicas

COLUNA VERTEBRAL	Uso de imobilizador de corpo inteiro como a prancha longa associada a colar cervical com dimensões apropriadas e estabilizador lateral da cabeça ou um imobilizador a vácuo. Importante: o colar cervical isoladamente não é um bom dispositivo imobilizador.
PELVE	Geralmente são causadas por acidentes automobilísticos ou atropelamentos. São identificadas no ambiente pré-hospitalar por dor e instabilidade com a palpação da pelve. Tem o potencial de causar o choque hipovolêmico devido ao intenso sangramento que provocam.

	O paciente é considerado instável mesmo com aparência de estável. Pacientes com sinais evidentes de choque pode ser utilizada apenas a prancha longa. Pacientes estáveis podem ser imobilizados com o KED invertido associado a prancha longa ou um imobilizador a vácuo de corpo inteiro. A “scoop stretcher” oferece vantagem pois o paciente pode ser colocado na prancha com menor manipulação e menor risco de agravamento da lesão. As manobras de rolamento podem agravar a lesão.
FÊMUR	Podem ser complicadas com hemorragias graves. Pacientes com fraturas bilaterais são considerados como graves, mesmo com aparência de estáveis. Caso a lesão seja unilateral e isolada o socorrista pode aplicar a tala de tração desde que não existam contraindicações a sua utilização. Em fraturas bilaterais o único imobilizador aplicado é a prancha longa, se a vítima estiver estável pode ser usado o KED invertido.
QUADRIL	As luxações posteriores do quadril são consideradas emergências devido ao alto risco de interrupção do fluxo sanguíneo na cabeça do fêmur e por lesão do nervo ciático. O paciente apresenta flexão do quadril e rotação interna da coxa. A extremidade deve ser imobilizada na posição encontrada, da maneira mais confortável, suportada por travesseiros.
ESMAGAMENTOS	Obter acesso venoso periférico e iniciar a reposição com solução salina, o objetivo

	deste tratamento é evitar a lesão renal causada por mioglobinúria. A hipercalemia deve ser monitorada devido ao risco de arritmias.
JOELHO	Emergência médica devido ao elevado risco de lesão vascular e de amputação da extremidade. Imobilizar na posição encontrada, colocando um suporte sob a articulação.
AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS	São lesões em que ocorre separação de um membro ou de uma estrutura protuberante do corpo. São causadas por acidentes industriais e automobilísticos. Mais comuns em jovens. Devido às características elásticas dos vasos sanguíneos há uma tendência natural à retração dos mesmos. Portanto, as amputações completas sangram menos que as parciais. A exposição das artérias laceradas leva a sangramento profuso. O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão, que pode causar a morte por hemorragia e, pela possibilidade de implante do membro amputado. O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, porém a maior prioridade é a manutenção da vida.

ESMAGAMENTOS

Considerações Gerais de Avaliação

Existe o risco da "Síndrome pós-liberação", compreendida por: choque por perda para 3º espaço pelo edema muscular, acidose e hipercalemia de reperfusão e insuficiência renal aguda por mioglobinúria.

Estes pacientes podem apresentar morte súbita pela hipercalemia. Caso o eletrocardiograma mostre alterações típicas de hipercalemia, iniciar tratamento com sais de cálcio e bicarbonato de sódio.

Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado.

Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara.

Administrar oxigênio sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Desobstruir as vias aéreas com controle da coluna cervical.

Indicar estabilização da coluna cervical de todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas, exceto se a lesão de coluna já tiver sido afastada por método de imagem.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja

imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8.

Conter hemorragias externas.

Iniciar reposição volêmica na extricação para prevenir a "Síndrome pós-liberação".

Utilizar salina a 0,9%, evitando o Ringer-Lactato por seu conteúdo de potássio, manter débito urinário maior que 100 ml/h.

Monitorizar continuamente o ECG procurando alterações da hipercalemia.

Colher sangue para dosar hematócrito, hemoglobina, natremia, calemia, calcemia, CPK total e gasometria arterial.

Administrar em caso de hipercalemia, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio (se paciente apresentar acidose).

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transportar para o hospital de referência.

AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS

Considerações Especiais de Avaliação

São vistas em acidentes industriais e automobilísticos, com maior incidência em homens jovens.

O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão e pela possibilidade de implante do membro amputado.

São lesões incapacitantes e mutilantes e algumas vezes podem ameaçar a vida da vítima.

O controle da hemorragia é fundamental na primeira fase do tratamento. O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, visando o implante.

Existe uma tendência natural, ao espasmo e retração que explicam o menor sangramento nas amputações completas.

Nas amputações parciais e nos desenluvamentos o sangramento é profuso.

Quadro Clínico

Na amputação completa ou total, o segmento é totalmente separado do corpo. Na parcial o segmento está separado do corpo 50% ou mais e no desenluvamento a pele e

tecido adiposo são descolados do tecido subjacente.

Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Administrar oxigênio por máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.

Administrar em caso de hipercalemia, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio (se paciente apresentar acidose).

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transportar para o hospital de referência.

AFOGAMENTO

Considerações Especiais de Avaliação

É definido como a sufocação após imersão em meio líquido.

Complicações: hipoxemia causada por asfixia ou pela lesão pulmonar aguda, hipotermia, arritmias cardíacas decorrentes de hipoxemia e aspiração pulmonar de água poluída ou contaminada.

A associação com traumatismos, especialmente de coluna vertebral, é encontrada em afogamento após mergulho em água rasa ou após queda não intencional na água.

Afogamento secundário a mal súbito (epilepsia, arritmias cardíacas) ou intoxicação exógena.

Quadro Clínico

CLASSIFICAÇÃO DO AFOGADO

RESGATE	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	AUSCULTA PULMONAR	HEMODINÂMICA
GRAU 0	Lúcido	Normal	Normal	**ESTÁVEL**
GRAU I	Lúcido	Tosse	Normal	**ESTÁVEL**
GRAU II	Ansioso	Taquipneia e tosse	Estertores em bases	**ESTÁVEL**
GRAU III	Agitação ou Confusão Mental	Desconforto respiratório Tosse com espuma	Estertores bolhosos difusos	**ESTÁVEL**
GRAU IV	Confusão e/ou Inconsciência	Desconforto respiratório Tosse com espuma	Estertores bolhosos difusos	**CHOQUE**
GRAU V	Inconsciência	Apneia ou Gasps	–	**VARIÁVEL**
GRAU VI	**INCONSCIÊNCIA**	**APNEIA OU GASPS**	**–**	**PARADA CARDÍACA**

Conduta

Abrir as vias aéreas através das manobras manuais, caso indicado.

Verificar a respiração.

Assistir a ventilação pulmonar com BMV se indicado utilizando oxigênio suplementar.

Observar cuidados com a coluna cervical se houver suspeita de trauma (mergulho em águas rasas, trauma esportivo, etc.).

Administrar oxigênio sob máscara em pacientes ventilando espontaneamente com fluxo de dez a quinze litros por minuto.

Evitar a utilização da Manobra de Heimlich para esvaziar o estômago distendido, só aumenta o risco de aspiração pulmonar.

Não tentar retirar a água dos pulmões ou do estômago.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e PNI.

Prevenir a aspiração pulmonar em vítimas com respiração espontânea, colocando o paciente em decúbito lateral esquerdo (posição de segurança) caso ocorram vômitos.

Iniciar a reanimação na ausência de pulso carotídeo mesmo em indivíduos que ficaram submersos por até quinze minutos.

Realizar a intubação orotraqueal de pacientes em Grau III ou superior.

Iniciar ventilação controlada com FiO2 de 1,0.

Aquecer passivamente com cobertor térmico de alumínio.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Colher sangue para os seguintes exames: hematócrito, hemoglobina, creatinina, ureia, natremia e calemia e gasometria arterial.

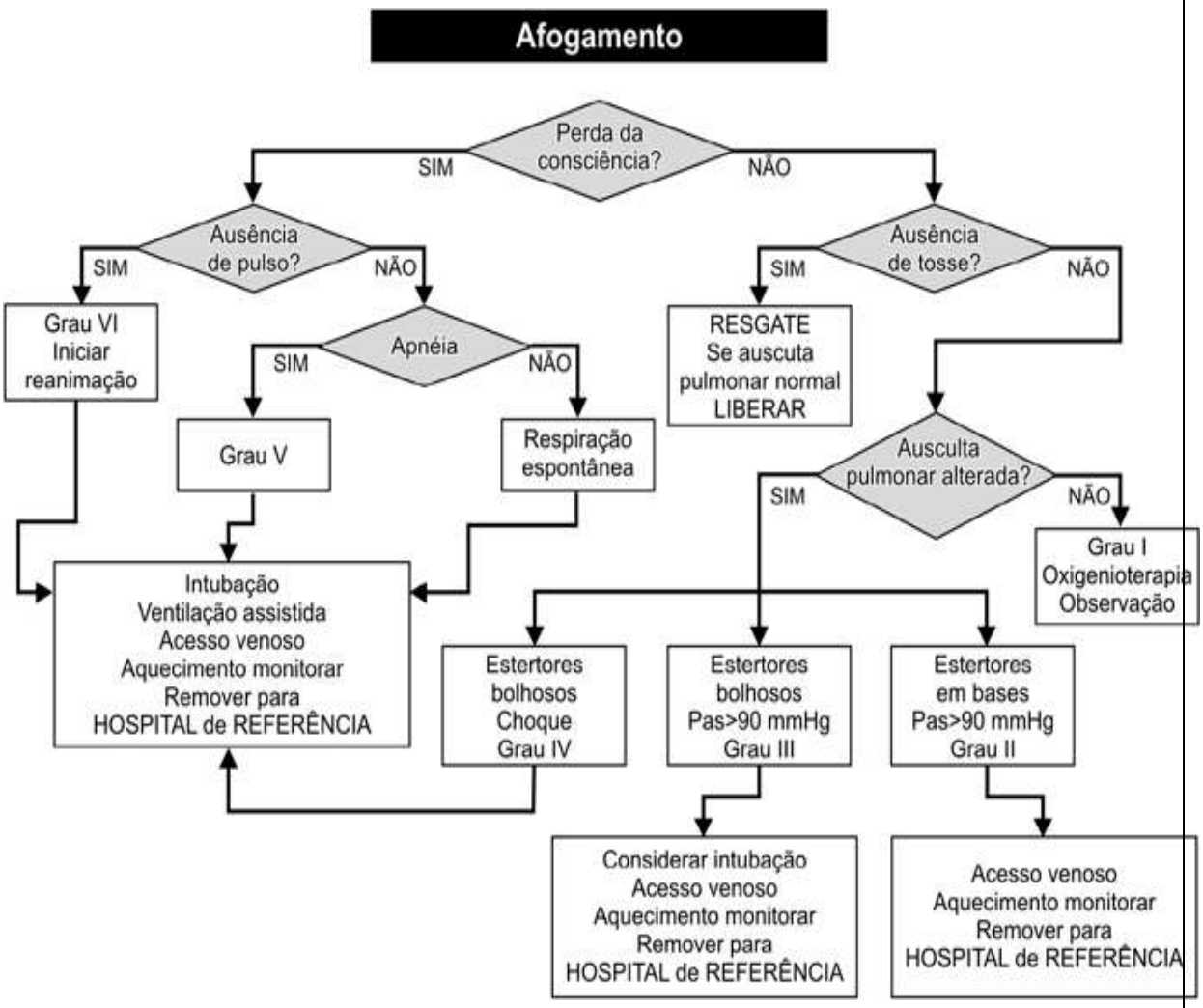
Obter radiografia de tórax em todos os pacientes.

Iniciar reposição com solução de Ringer no volume de 20 ml/kg caso hipotensão arterial.

Transportar pacientes em Grau I ou superior para hospital de referência.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

ALGORITMO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE AFOGADO



ATENDIMENTO AO GRANDE QUEIMADO

Considerações Especiais de Avaliação

As queimaduras podem ser classificadas quanto a etiologia em: térmicas, elétricas, químicas e por radiação.

A classificação da gravidade da queimadura é essencial para determinar a indicação de admissão em centro de queimados, guiar a ressuscitação inicial e estabelecer o prognóstico.

A gravidade da queimadura depende de uma série de fatores: etiologia, profundidade, extensão, localização, idade da vítima e comorbidades.

É importante que o socorrista saiba que a queimadura não é uniforme e que existem vários graus de profundidade em uma mesma lesão.

Classificação

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS TÉRMICAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE				
GRAUS	PROFUNDIDADE	COR	ENCHIMENTO CAPILAR	DOR
1º Grau	Epiderme Superficial	Eritema	Presente	Presente
2º Grau Superficial	Epiderme e Derme Superficial	Eritema Bolhas	Presente	Presente
2º Grau Profunda	Epiderme e Derme Profunda	Rósea ou Esbranquiçada	Variável	Variável
3º Grau	Epiderme e Derme Totais	Branca, Preta ou Marrom	Ausente	Ausente

Estimativa da Superfície Corporal Queimada: pela regra dos nove, com esta técnica estima-se que a cabeça e cada membro superior representam 9% da superfície corporal (SC) cada membro inferior representa 18% da SC e o tronco 36% da SC.

As queimaduras nas seguintes áreas são consideradas graves: mãos, pés, face, períneo e circunferenciais.

A inalação de fumaça ou gases é a principal causa de mortalidade precoce em vítimas de incêndio devido a intoxicação por monóxido de carbono que é a complicação mais comum.

Podem ocorrer a lesão da via aérea pelo calor (térmica) com edema e obstrução alta e a lesão química acompanhada as vezes pela intoxicação sistêmica: a combustão de determinados materiais produz substâncias químicas tóxicas, que atuam nas vias aéreas e/ou de modo sistêmico após serem absorvidas.

A lesão elétrica: pode produzir danos extensos apesar de apresentar poucas evidências visíveis de lesão.

Pode causar arritmias cardíacas e apneia.

Os pacientes devem ser monitorizados no APH pois a principal causa de óbito precoce são arritmias cardíacas.

A mortalidade aumenta abaixo dos cinco anos de idade e acima dos 55 anos.

Suspeitar quando a vítima for resgatada de incêndios em locais fechados, apresentar pêlos nasais queimados, escarro enegrecido (carbonáceo), rouquidão e estridor.

Conduta

Descontaminar com água corrente as lesões causadas por produtos químicos líquidos, observando sempre os cuidados com sua autoproteção.

Escovar a pele de pacientes vítimas de exposição a substâncias químicas sólidas em pó antes de descontaminá-las com água corrente.

Procurar por sinais de lesão por inalação de fumaça.

Estabilizar a coluna de pacientes inconscientes ou com mecanismo de trauma sugestivo.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15 L/min.

Considerar a intubação orotraqueal em caso de depressão do nível de consciência, sofrimento respiratório, evidências de obstrução de vias aéreas (estridor, rouquidão).

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Lembrar que a oximetria de pulso e a gasometria arterial podem ser falseadas pela intoxicação com monóxido de carbono.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Evitar a punção venosa em áreas queimadas, mas se não houver outra opção ela pode ser utilizada.

Iniciar a reposição volêmica baseada na fórmula de Parkland (4 ml/kg de salina para cada 1% de superfície corporal queimada), infundindo 50% deste volume nas primeiras 8 horas.

Administrar solução salina IV em pacientes com lesões elétricas devido a possibilidade de rabdomiólise com hemoglobinúria.

Efetuar o cateterismo vesical de grandes queimados ou pacientes com lesões por eletricidade.

Monitorizar o débito urinário mantendo-o superior a 100 ml/h em caso de queimaduras elétricas.

Seguir o protocolo de arritmias cardíacas em pacientes com lesões por eletricidade.

Efetuar a analgesia em pacientes com dor intensa, com sulfato de morfina 2 a 10 mg IV.

Expor a área queimada.

Evitar romper bolhas e desbridar lesões e aplicar creme de sulfadiazina prata pomada ou medicamento sobre a lesão.

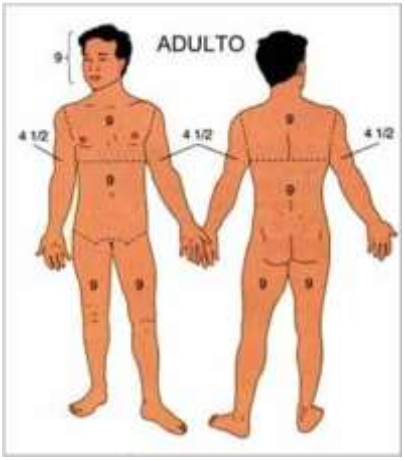
Envolver a vítima com lençóis secos para reduzir a perda de calor e a contaminação bacteriana.

Secar os pacientes pois os mecanismos de regulação da temperatura corporal estão prejudicados no grande queimado e o desenvolvimento de hipotermia é comum.

Remover anéis, braceletes e outras jóias devido ao risco de interrupção da circulação pelo edema.

Tratar traumatismos associados.

Avaliar o paciente decidindo se o mesmo se trata ou não de um grande queimado. Remover para centro especializado caso indicado.



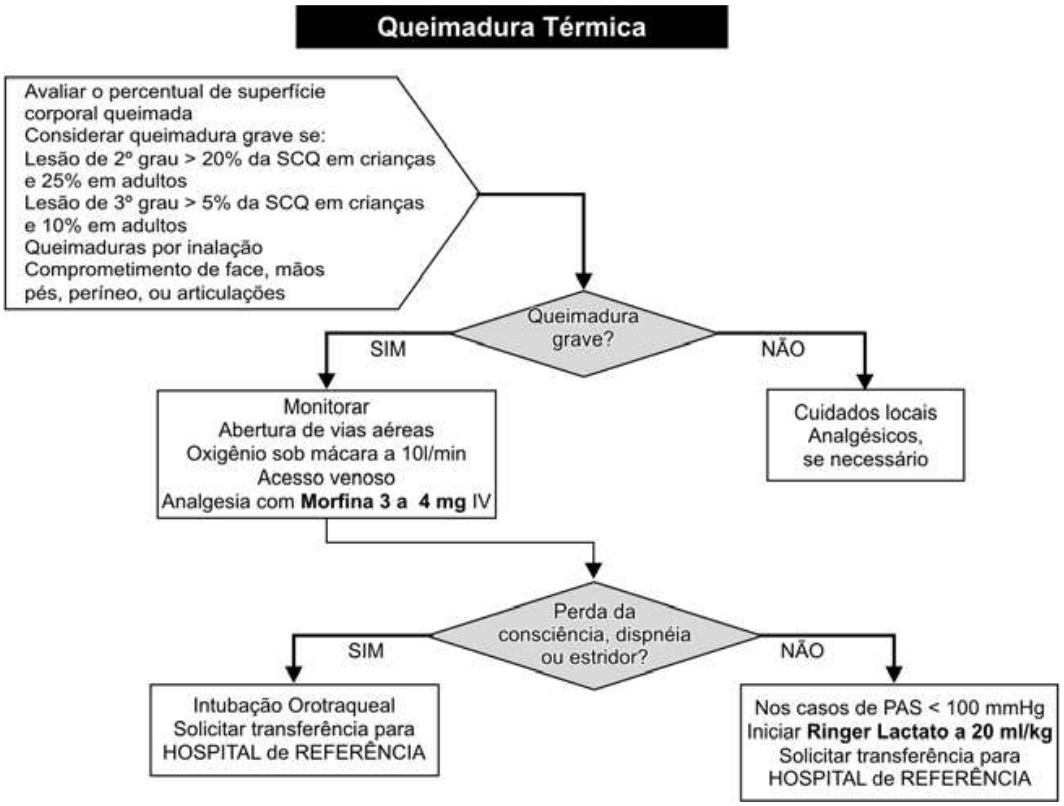
Percentual de superfície corporal queimada de acordo com a fórmula de Parkland

GRAVIDADE DAS QUEIMADURAS TÉRMICAS

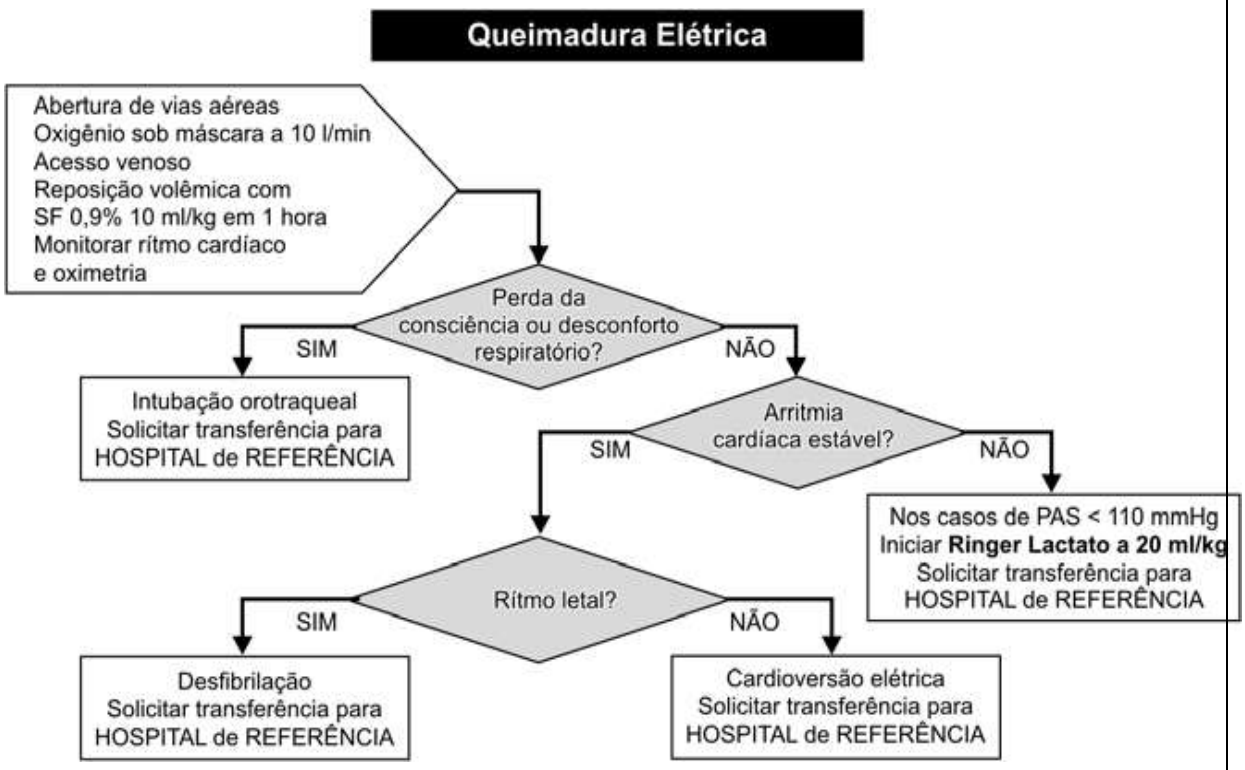
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 25% DA SC EM ADULTOS
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 20% DA SC EM CRIANÇAS
QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU > 10% DA SC
TRAUMATISMOS ASSOCIADOS GRAVES
MUITOS PACIENTES COM: QUEIMADURAS ELÉTRICAS, LESÃO POR INALAÇÃO

LESÕES EM MÃOS, PÉS, FACE, OLHO E PERÍNEO
QUEIMADOS COM LESÕES MODERADAS MAS DE ALTO RISCO CLÍNICO

ALGORITMO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM QUEIMADURA TÉRMICA



ALGORITMO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM QUEIMADURA ELÉTRICA



TARUMA NA GRAVIDEZ

Considerações Especiais de Avaliação

A incidência de traumatismos durante o período gestacional vem aumentando nos últimos anos.

As causas mais comuns são: acidentes automobilísticos, atropelamentos e outros tipos de agressão.

O trauma é a principal causa não-obstétrica de mortalidade materno-fetal.

Cerca de 80% das gestantes com choque hemorrágico tem morte do feto.

A gestação provoca alterações em praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo materno.

O organismo da gestante apresenta reações diferentes diante de agressão traumática.

As prioridades no tratamento da grávida traumatizada são as mesmas de uma paciente não gestante.

Atenção deve ser dada ao segundo paciente, ou seja, o feto, depois que a mãe foi estabiliza-

da.

No trauma penetrante as outras vísceras ficaram relativamente protegidas pelo útero aumentado, que fica muito mais vulnerável.

No trauma fechado, o líquido amniótico atua como um protetor fetal.

O consumo de O2 está aumentado durante a gestação e a manutenção de oxigenação adequada é importante na fase de reanimação da paciente grávida traumatizada.

Na gestante, há um aumento do volume plasmático, levando a uma diminuição da hemoglobina, que fica em aproximadamente 11 g/dl e do hematócrito, que pode chegar a 31 a 35% no final da gestação.

Algumas pacientes podem exibir profunda hipotensão quando em decúbito dorsal devido à compressão da veia cava inferior e da própria aorta abdominal pelo útero aumentado. Esta situação é resolvida quando se coloca a paciente em posição de decúbito lateral esquerdo.

Nas grávidas o tempo de esvaziamento gástrico está aumentado e o estômago fica comprimido pelo útero, tornando a paciente mais vulnerável a aspiração pulmonar.

A hemorragia é a principal causa de morte no período pós-traumático e plenamente passível de um tratamento rápido e eficiente no próprio cenário extra-hospitalar.

Quadro Clínico

As gestantes sadias devido ao aumento de seu volume circulante podem perder de 30 a 35% de sua volemia antes de exibirem sinais de choque, como: hipotensão arterial, diminuição da pressão de pulso, taquipneia, diminuição da diurese ou alterações do SNC, tais como ansiedade, confusão e/ou letargia.

Os sinais de sofrimento fetal antecedem os sinais e sintomas de choque da gestante.

Se o volume sanguíneo materno diminui devido ao trauma, o fluxo sanguíneo placentário é diminuído seletivamente.

A frequência cardíaca aumenta durante a gravidez alcançando no 3º trimestre, 15 a 20/min a mais que na mulher não grávida, fator a ser considerado na interpretação da taquicardia em gestantes.

A pressão arterial diminui de 10 a 15 mmHg durante o 2º trimestre e retorna aos seus níveis normais próximos ao termo.

Conduta

Avaliar as vias aéreas com controle da coluna cervical.

Utilizar a manobra manual de elevação modificada da mandíbula com concomitante estabilização manual da cabeça e pescoço.

Lembrar que pela compressão do estômago pelo útero e pelo tempo de esvaziamento gástrico aumentado, que o estômago da grávida deve ser considerado como cheio.

Observar medidas para evitar a aspiração do conteúdo gástrico para as vias aéreas, ou seja, a rotação lateral do corpo em bloco e aspiração apropriada das vias aéreas superiores.

Administrar O2 suplementar sob máscara com reservatório.

Ventilar a vítima caso a ventilação esteja inadequada na frequência de 12 a 16/min.

Posicionar a paciente imobilizada sobre prancha longa inclinada para a esquerda, ou alternativamente o útero pode ser deslocado manualmente para a esquerda enquanto a paciente não estiver sobre a prancha.

Avaliar a possibilidade de cesárea de emergência em caso de PCR.

Obter acesso venoso a duas veias periféricas de extremidade superior, com cateteres de calibre mínimo de 16, e a reposição de um volume líquido inicial de 1 a 2 litros de Ringer Lactato ou soro fisiológico administrados tão rapidamente quanto possível.

Obter Ht, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos e função renal.

Reavaliar a paciente após a infusão de líquido e a infusão suspensa se a PA chegar a 90 mmHg de sistólica.

Efetuar o transporte da paciente para o hospital em todos os casos.

Incluir no exame a avaliação da irritabilidade uterina (presença de contrações e seu ritmo) e a altura do fundo de útero.

Prestar atenção a saída de líquido amniótico ou sangramento vaginal.

Anotar todos os dados observados e comunicá-los ao médico do hospital de referência.

TRAUMA PEDIÁTRICO

Considerações Gerais de Avaliação

Durante o atendimento a criança ferida uma das principais dificuldades é lidar com os responsáveis, que geralmente estão ansiosos e preocupados.

A melhor maneira de ganhar a confiança dos pais é demonstrar competência durante o aten-

dimento e envolvê-los no socorro.

Sempre que possível mantenha os pais em contato físico e verbal com o paciente.

Pedir por exemplo que eles confortem a criança e ajudem segurando algum equipamento.

Explicar tudo o que está sendo feito para os responsáveis, demonstre preocupação pela criança mantendo o profissionalismo.

O traumatismo da cabeça é a causa mais comum de óbito após trauma em pacientes pediátrico.

As lesões da cabeça são mais frequentes na criança devido ao tamanho e peso desta em relação ao corpo.

As crianças costumam apresentar um prognóstico melhor do que adultos com o mesmo grau de lesão e a recuperação pode ser completa mesmo em pacientes com lesões graves.

O traumatismo de abdome representa a segunda causa de óbito após trauma em pacientes pediátricos. Sua principal manifestação é o choque hemorrágico causado pela rotura do fígado e do baço. Estes órgãos são menos protegidos pelas costelas e são relativamente maiores em crianças.

A parede torácica é mais elástica em crianças do que em adultos diminuindo a chance de lesões como tórax instável e tamponamento cardíaco, após o traumatismo de tórax.

Traumatismos de coluna vertebral são pouco frequentes antes da adolescência apesar do tamanho da cabeça da criança. Mas mesmo assim imobilizar toda a criança com mecanismo de lesão sugestivo.

Os pacientes socorridos em assentos infantis, apresentam menor chance de sofrer lesões graves em acidentes automobilísticos.

Quadro Clínico

A avaliação do nível de consciência é um excelente indicador de traumatismo de crânio. Utilizar como parâmetro a variação da pontuação na escala de Glasgow adaptada para pediatria.

Crianças pequenas podem se beneficiar de um brinquedo e caso algum esteja disponível permitir que ele fique com o paciente.

Uma criança que pode ser consolada ou distraída com algum brinquedo tem o cérebro adequadamente perfundido e oxigenado.

Particularidades: as contusões abdominais, equimoses provocadas por cintos de segurança,

dor abdominal em pacientes pediátricos representam indicações de transporte rápido.

Mesmo vítimas com sinais mínimos de trauma podem apresentar lesões graves.

Os principais sinais do traumatismo de tórax são: dificuldade respiratória que pode ser causada por pneumotórax, hemotórax e contusão pulmonar.

A taquipneia é um importante sinal de comprometimento respiratório, uma criança respirando com frequência maior que quarenta por minuto ou um lactente com mais de sessenta por minuto tem indicação de transporte rápido; batimentos de asa de nariz; retrações supraesternais, intercostais e subcostais.

A ausculta pulmonar pode ser enganosa em caso de pneumotórax pode haver transmissão de ruídos de um lado do tórax para outro devido ao pequeno tamanho da caixa torácica.

O diagnóstico de choque é mais difícil em crianças do que em adultos e quanto mais jovem o paciente mais difícil é a avaliação.

Os sinais de choque podem ser simulados por outras condições como exposição ao frio, medo e estresse.

A frequência de pulso maior que 130 bpm deve sugerir choque.

A palpação de pulsos pode ser difícil em crianças pequenas e lactentes, mesmo que eles não estejam em choque.

No lactente o pulso braquial é o mais fácil de palpar.

A redução da temperatura das extremidades pode ser secundária a exposição ao frio, medo e estresse.

Hipotensão arterial: é um sinal tardio de choque.

A aferição da pressão arterial é difícil e pode ser demorada em crianças pequenas.

Como regra a pressão arterial sistólica menor que 80 mmHg em crianças e que setenta mmHg em lactentes são sinais indicativos de hipotensão.

O tamanho do manguito do esfigmomanômetro deve ser adequado ao do paciente para evitar erros na aferição.

O enchimento capilar também é difícil de avaliar, quando superior a 2 segundos sugere a presença de problema circulatório.

Devido a mecanismos compensatórios as crianças em estágio inicial de choque podem parecer bem. A piora é súbita.

ESCALA DE GLASGOW PEDIÁTRICA

ABERTURA OCULAR			
	> 1ANO		< 1 ANO
1	NÃO ABRE		NÃO ABRE
2	A DOR		A DOR
3	AOS ESTÍMULOS VERBAIS		AO GRITO
4	ESPONTÂNEA		ESPONTÂNEA
MELHOR RESPOSTA MOTORA			
	> 1ANO		< 1 ANO
1	SEM RESPOSTA		SEM RESPOSTA
2	EXTENSÃO		EXTENSÃO
3	FLEXÃO ANORMAL		FLEXÃO ANORMAL
4	RETIRADA EM FLEXÃO		RETIRADA EM FLEXÃO
5	LOCALIZA A DOR		LOCALIZA A DOR
6	OBEDECE		NÃO
MELHOR RESPOSTA VERBAL			
	> 5 ANOS	> 2 - 5 ANOS	0 - 2 ANOS
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA
2	SONS INCOMPREENSÍVEIS	GRUNHIDOS	GRUNHIDOS
3	PALAVRAS DESCONEXAS	CHORO E GRITOS	CHORO INAPROPRIADO
4	DESORIENTADO	PALAVRAS INAPROPRIADAS	CHORO
5	CONVERSA COM ORIENTAÇÃO	FRASES E PALAVRAS APROPRIADAS	SORRI, BALBUCIA E CHORA

			APROPRIADAMENTE

SINAIS VITAIS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

IDADE	PESO (Kg)	RESPIRAÇÕES/ MINUTO	PULSO (bPm)	PA SISTÓLICA (mmHg)
Recém nato	3 - 4	30 - 50	120 - 160	> 60
6 meses a 1 ano	8 -10	30 - 40	120 - 140	70 - 80
2 a 4 anos	12 - 16	20 - 30	100 - 110	80 - 95
5 a 8 anos	18 - 26	14 - 20	80 - 100	90 - 100
8 a12 anos	26 - 50	12 - 20	80 - 100	100 -110
> 12 anos	> 50	12 - 16	80 - 100	100 - 120

Conduta

Adotar medidas de autoproteção.

Manter as vias aéreas abertas com manobras manuais e estabilização manual da cabeça e pescoço.

Determinar após a abertura da via aérea, se a vítima apresenta respiração adequada.

Iniciar a assistência ventilatória com a respiração artificial sob máscara, caso a respiração esteja ausente ou inapropriada.

Utilizar a máscara invertida caso a disponível seja grande para o paciente.

Estabilizar a cabeça e pescoço manualmente, o colar cervical só é aplicado no final da avaliação rápida.

A manobra manual de desobstrução indicada no trauma é a elevação modificada da mandíbula.

Colocar um coxim sob os ombros para manter a cabeça em posição neutra geralmente é necessário.

Em crianças pequenas devido ao maior tamanho da cabeça em proporção ao corpo o occipital pode manter a cabeça flexionada obstruindo a via aérea quando ela está em decúbito dorsal.

Lembrar que a hiperextensão da cabeça pode causar obstrução de vias aéreas e a cânula orofaríngea deve ser utilizada somente em crianças não reativas. A cânula nasofaríngea está contraindicada.

Ventilar crianças que não apresentam respiração adequada com oxigênio suplementar.

Administrar oxigênio sob máscara em crianças ventilando adequadamente.

Efetuar as ventilações pulmonares lentamente para evitar a distensão gástrica e na frequência apropriada para a idade da vítima.

Empregar as frequências recomendadas para ventilação pediátrica que são: 20/min para pacientes menores que um ano de idade e 15 a 20/min para crianças maiores e adolescentes.

Proceder a intubação orotraqueal em caso de inconsciência e/ou necessidade de assistência respiratória.

Conter hemorragias externas.

Os locais de sangramento óbvios devem ser controlados para manter a circulação.

Como o volume sanguíneo da criança é de 80 a 90 ml/kg sangramentos com perdas que seriam bem toleradas em um adulto podem causar o choque. As técnicas de controle de hemorragias são as mesmas utilizadas em adultos.

Obter acesso a circulação, como no adulto não é uma prioridade em transportes de curta duração.

Em situações especiais como transportes prolongados, hemorragias controladas, esmagamentos, tempo longo de desencarceramento o acesso a circulação no ambiente pré-hospitalar o procedimento é necessário.

São opções a veias periféricas de extremidades superiores, a safena anteriormente ao

maléolo medial da tíbia e a infusão intraóssea.

Colher sangue para hematócrito, gasometria arterial, eletrólitos e função renal.

Monitorizar ECG, oximetria de pulso.

Obter radiografia de tórax.

Efetuar a reposição de volume em bolus de 20 mL/kg seguidos por reavaliação dos parâmetros clínicos do paciente. Caso necessário o bolus deve ser repetido.

Transportar rápido ao hospital para avaliação caso indicado.

IMOBILIZAÇÃO DO POLITRAUMATIZADO

A imobilização no politraumatizado é de fundamental importância, pois evita o agravamento das lesões e inicia o tratamento de algumas delas, alivia a dor e restabelece perfusão em fraturas de extremidades.

A imobilização deve ser realizada precocemente no ambiente pré-hospitalar e intra hospitalar. Consiste na imobilização da coluna cervical e extremidades.

A coluna cervical deve ser protegida até que a lesão de coluna tenha sido descartada.

Para garantir uma imobilização adequada, o paciente deve ser mantido em posição supina com o eixo da coluna alinhada.

É sempre obrigatório o uso de colar cervical e nos casos de suspeita de lesões além do uso do colar, utilizar prancha longa, e atadura para evitar qualquer movimento de rotação da cabeça ou do tronco.

Em crianças pequenas que apresentam a região occipital do crânio desproporcionalmente grande, necessitam de enchimento para elevar os ombros e o tronco com o objetivo de manter o alinhamento vertebral ao serem colocados em superfície plana.

Está indicada as medidas de imobilização em todos os pacientes com trauma aberto ou fechado que possa levar a lesão medular, o mecanismo de trauma, a sintomatologia e o exame físico devem ser realizados sistematicamente; deve-se interrogar sob presença de dor sob a região da coluna e pesquisar sinais e sintomas neurológicos.

O erro mais comum na imobilização da coluna é assegurar a imobilização de cabeça e não do dorso, para evitar esta ocorrência os pacientes devem ser transportados em prancha longa com 4 pessoas participando do rolamento.

Outro erro grave é a inadequada imobilização da coluna cervical durante intubação orotraqueal, para isso deve se utilizar duas pessoas na intubação, um fixando a coluna em posição neutra e outro procedendo a intubação orotraqueal.

As complicações da imobilização de coluna cervical é a aspiração broncopulmonar (pois estão restritos e não podem manter as vias aéreas livres), podem ainda provocar dor e até escaras de decúbito, portanto os pacientes devem ser removidos ou colocados sob superfícies acolchoadas o mais rápido possível após avaliação do traumatismo raquimedular.

O rolamento do paciente em bloco deve ser realizado durante o exame da superfície dorsal do paciente e para retirá-lo da prancha longa. Deve ser realizado por quatro pessoas. Três fazem o rolamento em bloco fixo da cabeça e pescoço; o tronco, a pelve e extremidades. O quarto elemento coordena o processo sendo responsável por retirar a prancha longa e examinar o dorso.

A retirada do paciente da prancha longa somente deve ser realizada após excluída lesão raquimedular.

A remoção deve ser conduzida por quatro pessoas mantendo a coluna alinhada como um todo e evitando qualquer arqueamento da coluna.

Todos cuidados devem ser tomados para evitar lesão no processo de rolamento e remoção

da prancha longa.

A imobilização das extremidades deve ser realizada, sempre que possível, após a estabilização dos pacientes.

Em vítimas graves e instáveis não se deve deixar de realizar a imobilização quando várias pessoas estão prestando atendimento.

O objetivo da imobilização nas lesões de extremidades é promover o alinhamento das extremidades o mais próximo possível da posição anatômica e a prevenção da movimentação do local de fratura.

O atendimento inicial não deve ter objetivo de reduzir fraturas.

O alinhamento é obtido com uso de tração e imobilização através do uso de talas, travesseiros, aparelhos gessados, faixas e mecanismos de tração contínua.

As luxações articulares frequentemente exigem imobilização na posição em que foram encontradas e fraturas expostas não necessitam ser reduzidas, pois necessitam de tratamento cirúrgico obrigatoriamente.

Antes da colocação das talas deve-se avaliar a condição neurovascular do membro afetado.

A imobilização deve incluir as articulações acima e abaixo da fratura.

Após a imobilização, o estado neurovascular deve ser reavaliado.

Outros aspectos importantes sob a imobilização são as seguintes:

Cobrir com gaze estéril qualquer ferimento aberto, aplicar alguma forma de acolchoamento sobre as protuberâncias ósseas.

Não se deve esquecer de sempre documentar as condições neurovasculares da extremidade e realizar a profilaxia antitetânica.

Os erros graves provocados pelas técnicas inadequadas de imobilizações são as lesões neurovasculares e síndrome compartimental promovida por talas gessadas muito apertadas.

As fraturas de fêmur podem ser imobilizadas temporariamente com talas de tração.

A força de tração exercida pelo dispositivo é aplicada distalmente, ao nível do tornozelo, ou na superfície da pele.

Na sua porção proximal, a tala é empurrada contra a coxa e o quadril por meio de um anel que se apoia nas nádegas, no períneo e na virilha.

Uma tração excessiva pode provocar lesão da pele do pé, do tornozelo ou do períneo.

O estiramento dos nervos periféricos pode resultar em comprometimento neurovascular.

As fraturas de quadril podem ser imobilizadas de maneira semelhante com um dispositivo de tração, mas é mais conveniente que sejam imobilizadas por meio de tração na pele ou em uma bota de tração feita de espuma, posicionando o joelho em ligeira flexão.

Uma forma simples de imobilizar um membro inferior é enfaixando-o ao membro contralateral.

Para garantir a estabilidade e oferecer conforto ao doente, podem ser usados dispositivos de imobilização de joelho disponível no comércio ou talas ou aparelhos gessados longos.

A perna não deve ser imobilizada em extensão completa, mas permanecer em flexão de 10 graus aproximadamente, a fim diminuir o estiramento das estruturas neurovasculares.

As fraturas da tíbia são imobilizadas, de forma adequada, por meio de talas em forma de goteira, longas e bem acolchoadas, feitas com papelão ou metal.

Caso prontamente disponíveis, podem ser usados aparelhos gessados, de modo a imobilizar a perna, o joelho e o tornozelo.

As fraturas de tornozelo podem ser imobilizadas com uso de talas de papelão ou outras,

desde que acolchoadas para evitar seja exercida pressão sobre as proeminências ósseas.

A mão pode ser imobilizada temporariamente em posição anatômica e funcional com o punho em ligeira flexão dorsal e os dedos gentilmente fletidos, em 45°, a nível das articulações metacarpo-falangianas. Usualmente, essa posição pode ser obtida através da

imobilização delicada da mão sobre um rolo grande de gaze, utilizando-se uma pequena tala de antebraço.

O antebraço e o punho são imobilizados estendidos sobre talas acolchoadas.

O cotovelo é imobilizado em posição fletida, utilizando-se talas acolchoadas ou imobilizando-o contra o corpo, por meio de uma tipoia e de bandagens.

O braço costuma ser imobilizado apoiado contra o corpo ou utilizando-se tipoia ou faixas que podem ser ampliadas com uma bandagem tóraco-abdominal.

Lesões do ombro são tratadas com tipoia ou faixas ou por um curativo feito à moda de Velpeau.

Tratamento da Dor

O controle pré-hospitalar da dor frequentemente não é conseguido; entretanto, o médico pode tentar obter o alívio da dor.

Analgésicos são recomendados para lesões de articulações e de membros, mas não são incentivados em pacientes com trauma multissistêmico.

Antes de administrar o medicamento para dor, o médico deve tentar diminuir a dor realizando em primeiro lugar o atendimento básico.

Uma vez que a fratura ou luxação esteja estabilizada e imobilizada, o paciente deve sentir uma grande redução da dor.

A estabilização da extremidade afetada diminui o movimento, o que reduz o desconforto.

Se o paciente não estiver com muita dor devido a lesões significativas, deve-se procurar por sinais de uso de álcool ou de drogas.

Medicamentos para dor devem ser usados com cautela e de acordo com a tolerância do paciente.

As circunstâncias em que analgésicos não devem ser administrados incluem: quando o paciente apresenta ou desenvolve sinais ou sintomas de choque; quando a dor é significativamente aliviada com estabilização e imobilização, ou quando o paciente parece estar sob a influência de drogas e/ou álcool.

Quando necessário dar preferência as medicações por via intravenosa.

TRATAMENTO DE CHOQUE POR LESÃO DE EXTREMIDADES

A elevação deve ser considerada, a menos que esteja contraindicada por causa de fraturas ou seja impossível elevar uma determinada parte do corpo.

A compressão deve ser feita proximalmente ao local de sangramento, num dos seguintes pontos: artéria axilar, artéria braquial, artéria femoral ou artéria poplítea.

Deve ser usado um material largo, como gravata, cinto ou manguito diminuir a pressão arterial; não se deve usar torniquete distalmente ao cotovelo ou ao joelho.

A avaliação da perfusão inclui: presença, qualidade e localização dos pulsos; coloração, temperatura e umidade da pele; tempo de enchimento capilar.

Obtenha 2 acessos venosos por cateter de grosso calibre (14 ou 16). Pode ser administrado um bolo inicial de 1 a 2 litros de solução aquecida (39°C) de Ringer lactato ou solução fisiológica, se necessário.

TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO

A decisão de transportar um paciente crítico deve ser baseada na avaliação dos potenciais benefícios, contra os riscos. A razão para o transporte do paciente crítico é a necessidade de cuidados adicionais (tecnologias e/ou especialistas).

O transporte inter-hospitalar é realizado sempre que necessite maiores recursos diagnósticos, humanos, terapêutico, não presente na Unidade de Saúde de origem.

O transporte do paciente crítico envolve riscos a mais comum é a falha no controle das funções respiratória, hipertensão severa, arritmia e obstrução aérea.

Alguns riscos nem sempre podem ser evitadas e independe do tempo ou distâncias percorridas, resultado do movimento do paciente, mudança de decúbitos, interrupção da infusão venosa de aminas vasoativas, perda de pressão nos cilindros de oxigênio.

Trabalhos demonstram uma mudança na conduta terapêutica em apenas 29 a 39% dos pacientes após exames, enquanto 68% tiveram alterações fisiológicas, por isso deve-se avaliar se os exames alterarão o resultado.

Os riscos podem ser minimizados através do planejamento cuidadoso, qualificação do pessoal e seleção dos equipamentos, além da monitorização das funções vitais.

Os pacientes com maior chance de deterioração do quadro são os com falência respiratória e baixa complacência pulmonar, que necessitem de PEEP.

Não há consenso quanto à gravidade (alguns autores adotam o APACHE). Porém é comum

considerar de maior risco aqueles que necessitem de PEEP>5 e em uso de DVA (Drogas Vasoativas).

O principal fator determinante na qualidade dos cuidados durante o transporte é o treinamento e a eficiência da equipe de transporte.

Passos a Serem Seguidos no Transporte de Pacientes Críticos

Fase preparatória;

Fase de transferência; e,

Fase de estabilização pós-transporte.

Fase Preparatória (Responsabilidade da Central de Regulação)

Coordenação e comunicação pré-transporte: certificar que o local de destino esteja pronto.

Equipe de transporte: mínimo de 2 pessoas – em pacientes instáveis (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem).

Equipamentos necessários ao transporte:

- Tubo endotraqueal: fixada, aspirada vigorosamente antes do transporte.

- Ambu conectado ao cilindro de oxigênio: Ambu de volume adequado, frequência igual ao do ventilador usado antes do transporte, volume de ar adequado à expansão e simétrica (6-8 ml/Kg). O principal erro são hiperventilação e alcalose respiratória. O ambu comumente fornece FiO2 de 60%, com reservatório 85 a 100% com dispositivos capazes de ajuste de PEEP de até 15 cm H2O. O transporte intra-hospitalar para pacientes ventilados mecanicamente e sem níveis elevados de PEEP são relativamente seguros.

Drogas: uma caixa de emergência acompanhando o paciente (adrenalina lidocaína, atropina, bicarbonato). Deve-se antecipar a necessidade de medicações prescritas como sedação e bloqueadores musculares e possíveis complicações.

Monitores de transporte: eletrocardiografia, oximetria, capnógrafo, PA não invasiva. Carregar bateria.

Bomba de Infusão: deve ser levada no transporte de pacientes, fixada adequadamente e carregadas.

Dreno de Tórax: fixado adequadamente, não clampear (a não ser para posicionar na maca).

Cateter venoso: fixado não tracionar pelo frasco de soro.

Sonda: fixação, clampeá-lo por curtos períodos.

É obrigatória a presença de equipamento de ressuscitação cardiopulmonar em pacientes graves.

Fase de Transferência

O objetivo é manter a estabilidade através de monitorização contínua semelhante às usadas em UTI e prevenir iatrogenia.

O nível mínimo de monitorização deve ser eletrocardiografia, frequência cardíaca e respiratória, oximetria de pulso e Pressão arterial não invasiva.

Esta é a fase mais negligenciada, pois o paciente fica fora dos tratamentos intensivos, difícil monitorização e equipamentos insuficientes.

As intercorrências mais comuns são: deslocamento da cânula, perda do suprimento de oxigênio, mau funcionamento por falta de energia, bateria descarregada, perda de cateter venoso, etc.

Durante a transferência de paciente do seu leito para outro, ou seu retorno, é neste momento

que ocorrem a maior parte das intercorrências.

Fase de Estabilização do Pós Transporte

O paciente crítico pode apresentar instabilidade ao longo do transporte permanecer com essas alterações após o final do processo.

Considerar um período de meia a uma hora após o transporte como fase de extensão do mesmo.

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DE RADIOGRAFIA

Considerações Técnicas

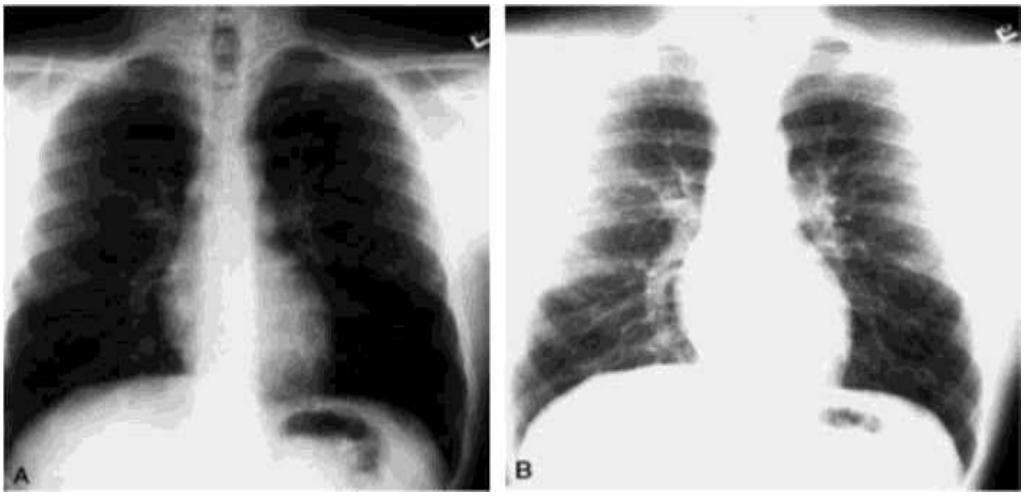
Exposição.

Avaliação Sistemática de Radiografia do Tórax

A aquisição adequada da radiografia de tórax é mais difícil que a de outras partes do corpo devido ao contraste produzido pela diversidade de tecidos existente no tórax, que varia do espaço aéreo dos alvéolos até as estruturas ósseas.

A exposição correta deve permitir a visualização de vasos periféricos de pelo menos um terço dos campos pulmonares e ao mesmo tempo as margens para-espinhais e hemidiafragma esquerdo atrás do coração.

A superexposição aos raios-x produz uma imagem mais penetrada que favorece a visualização da coluna dorsal, estruturas do mediastino, área retro cardíaca e tubos nasogástricos ou endotraqueais, contudo, pequenos nódulos ou estruturas vasculares pulmonares não são visualizados.



Radiografia de tórax hiperpenetrada (A) e com pouca penetração (B)

Quando há uma exposição reduzida aos raios-x a imagem torna-se mais clara e dificulta a interpretação.

A vascularização pulmonar fica mais proeminente e pode induzir a uma percepção de infiltrados generalizados quando em realidade não estão presentes.

Além disso, os detalhes no mediastino, no espaço retro cardíaco ou na coluna dorsal ficam prejudicados.

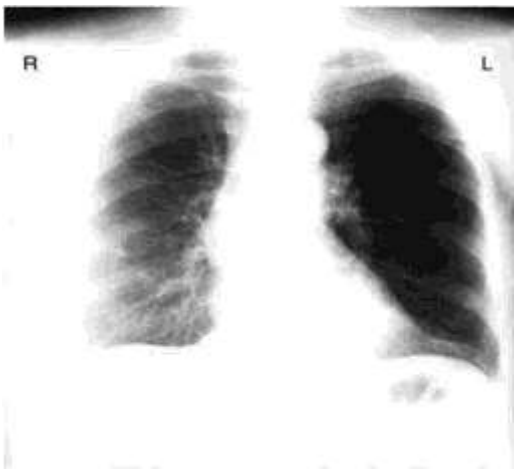
Sexo Masculino Versus Feminino

A principal diferença nas radiografias é a quantidade de tecido mamário, que pode interferir na interpretação da projeção em PA ou AP.

O tecido mamário absorve boa parte da radiação resultando em um aspecto mais esbranquiçado da imagem atrás das mamas e um padrão vascular pulmonar mais proeminente.

Um problema comum de interpretação radiológica é a ocorrência de mastectomia unilateral. Nessa circunstância a densidade pulmonar será assimétrica.

O campo pulmonar atrás da mastectomia estará mais escuro que o contralateral, o qual poderá ser interpretado erroneamente como um infiltrado pulmonar.



Paciente mastectomizada à esquerda, sendo que a presença de mama direita, pode induzir a uma falsa interpretação de infiltrado pulmonar, quando na realidade não há anormalidade

Os mamilos podem apresentar uma imagem semelhante a um nódulo bem definido nas bases pulmonares na exposição radiográfica em PA ou AP; contudo essas imagens não apresentarão correspondência quando for observada a radiografia em projeção lateral.

Mamilos com aparência de nódulos nas bases pulmonares

Radiografia em Projeção Póstero-Anterior (PA) Versus Antero-Posterior (AP)

A projeção Póstero-Anterior (PA) é adquirida quando o feixe de raios-x entra pelo dorso e sai pela região anterior impressionando o filme radiográfico.

A projeção anteroposterior (AP) é adquirida quando o paciente está deitado sobre o filme radiográfico e o feixe de raios-x entra pela região anterior do tórax.

Na projeção AP a sombra cardíaca apresenta um aumento em relação à projeção PA devido à difusão do feixe de Raios-X.

Comparação entre radiografias em projeção PA e AP

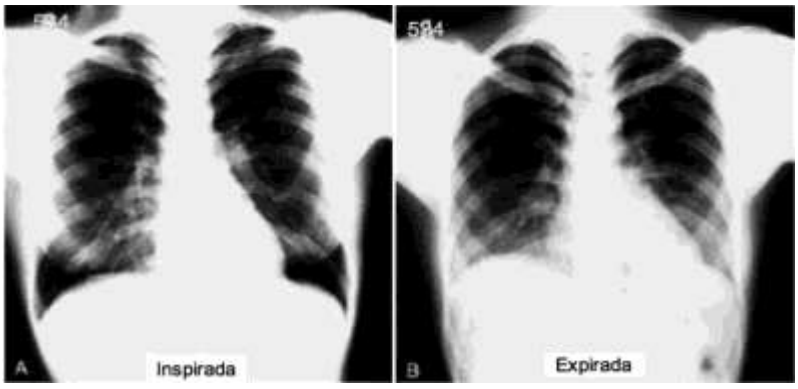
Observe o aumento da sombra cardíaca em um mesmo paciente

Radiografias de Tórax em Inspiração e Expiração

A avaliação do grau de expansão dos campos pulmonares é essencial para determinar a qualidade técnica da radiografia.

A maioria dos adultos são capazes de expandir adequadamente os campos pulmonares para manter o diafragma entre os oitavos e décimos arcos costais, na posição de pé.

Quando a expansão atinge somente os sétimos arcos costais os campos pulmonares estão hipoinsuflados, que pode acarretar em um errôneo diagnóstico de uma pneumonia nas bases ou cardiomegalia.



Radiografia de tórax normalmente expandida (A) - Exame da mesma paciente, com expansão incorreta dos campos pulmonares, que pode induzir um erro diagnóstico de cardiomegalia (B)

Análise Sistemática da Radiografia do Tórax

Determinar a idade, sexo e história do paciente.

Identificar a projeção utilizada: AP, PA ou perfil.

Identificar a posição do paciente: de pé, deitado, decúbito lateral ou lordótica.

Observar a expansão torácica: adequada, hipoinsuflada ou hiperinsuflada.

Observar os contornos e tamanho das estruturas do coração e do mediastino.

Avaliar as vias aéreas: desvio da traqueia? Avaliar a simetria dos campos pulmonares. Há desvio do mediastino?

A posição dos hilos está adequada?

Há infiltrado, massa ou nódulos nos campos pulmonares?

Avaliar o padrão vascular dos pulmões:

Normal, aumentada ou diminuída? inferior maior que nos ápices?

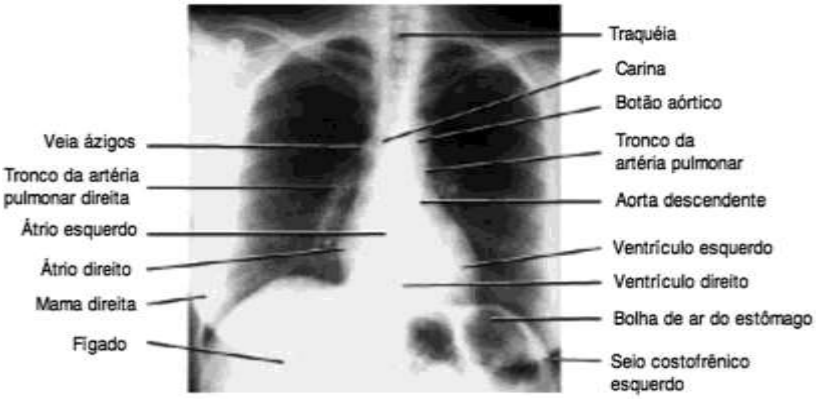
Há derrame pleural preenchendo os seios costofrênicos? Há fratura de clavícula, arcos cos-

tais ou de vértebras?

O paciente apresenta tubo orotraqueal? Pesquisar a presença de pneumotórax.

Observar a parede torácica: as partes moles apresentam enfisema subcutâneo?

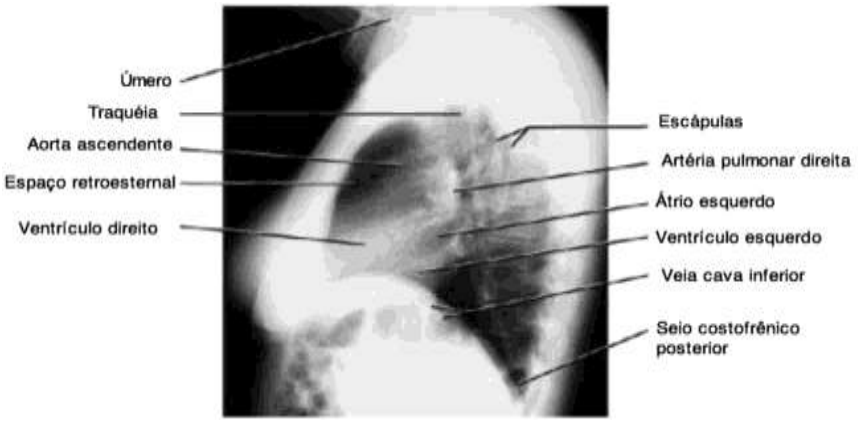
Comparar os achados recentes com imagens antigas, se possível. Correlacionar os achados radiológicos com os dados clínicos.



Radiografia de tórax em PA, de um paciente do sexo feminino, sem patologias prévias

Observa-se a identificação das estruturas do tórax (coração, mediastino e vias aéreas)

em relação ao abdome superior

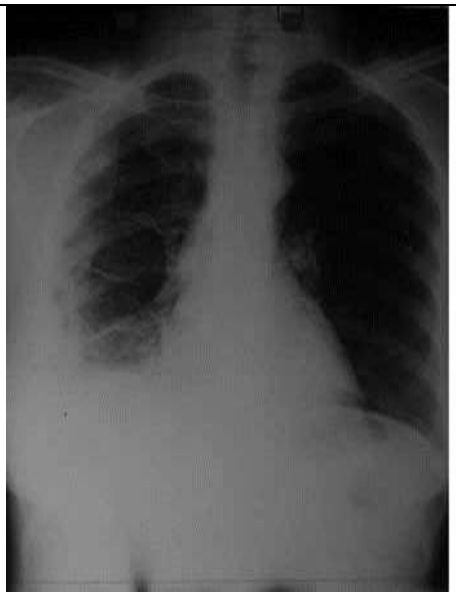


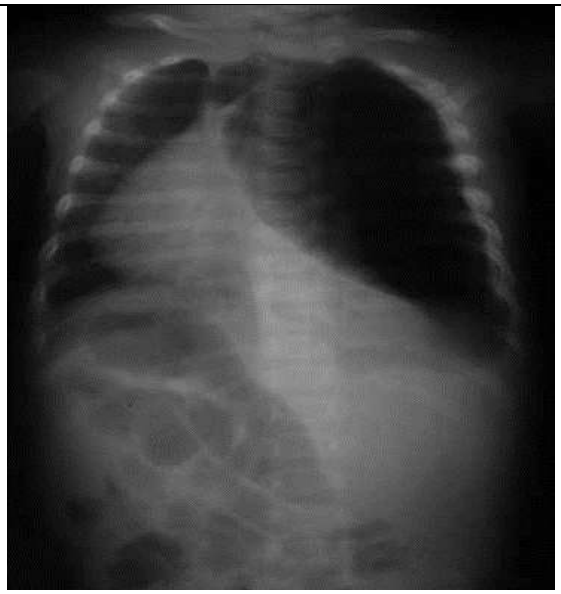
Radiografia de tórax em perfil, de um paciente do sexo feminino, sem patologias prévias

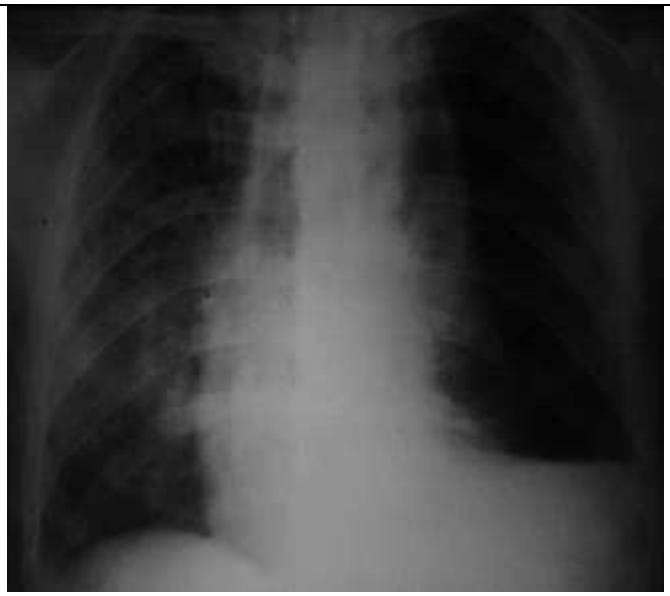
Observa-se a identificação das estruturas do tórax (coração, mediastino e vias aéreas)

EXEMPLOS DE EXAMES COM PATOLOGIAS DO TÓRAX

	Paciente do sexo masculino, com 2 anos de idade, apresentando pneumotórax grave em hemitórax esquerdo associado a importante desvio do mediastino para a direita. O paciente apresentava desconforto respiratório que melhorou após a descompressão do pneumotórax por drenagem.

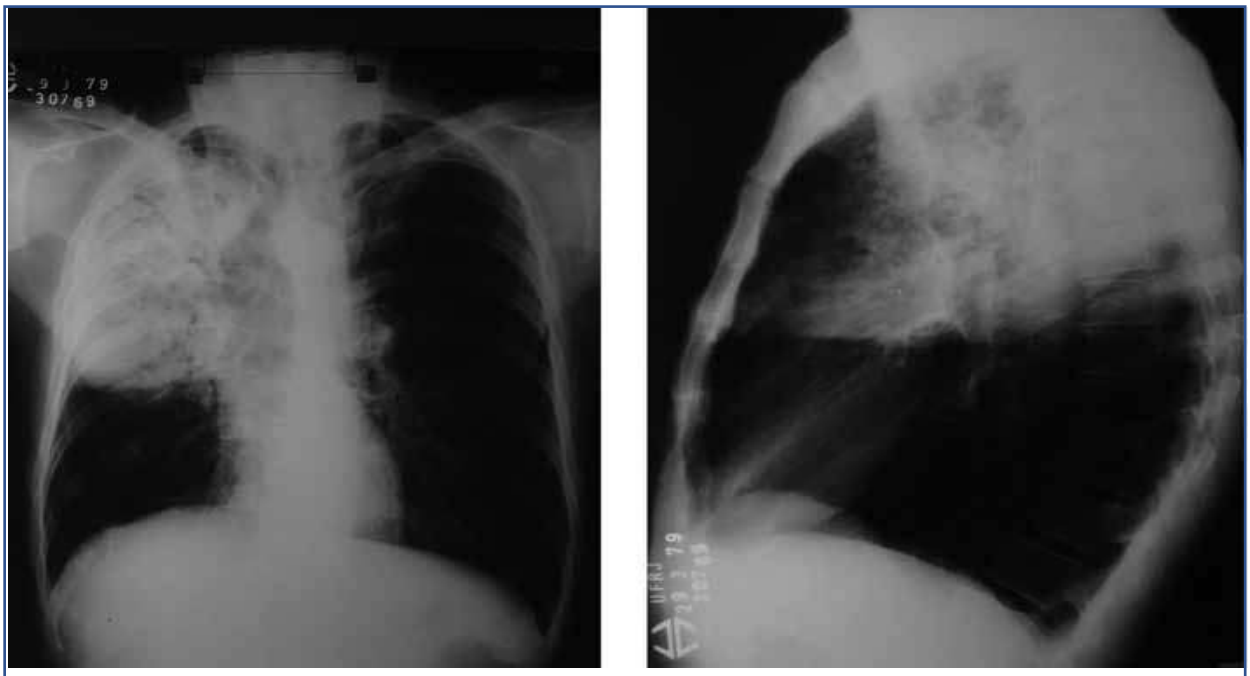
	Paciente do sexo feminino, apresentando derrame pleural à direita. Observa-se a presença de derrame cisural na radiografia de perfil.

	Paciente do sexo masculino, com 2 anos de idade, apresentando pneumotórax grave em hemitórax esquerdo associado a importante desvio do mediastino para a direita. O paciente apresentava desconforto respiratório que melhorou após a descompressão do pneumotórax por drenagem.

	Paciente do sexo masculino, apresentando pneumotórax associado a derrame pleural em hemitórax esquerdo. Além disso, observa-se infiltrado pulmonar em terço médio do hemitórax direito.

Paciente do sexo masculino, apresentando radiografia de tórax de perfil com atelectasia laminar em terço inferior, que não pode ser detectada na incidência PA.

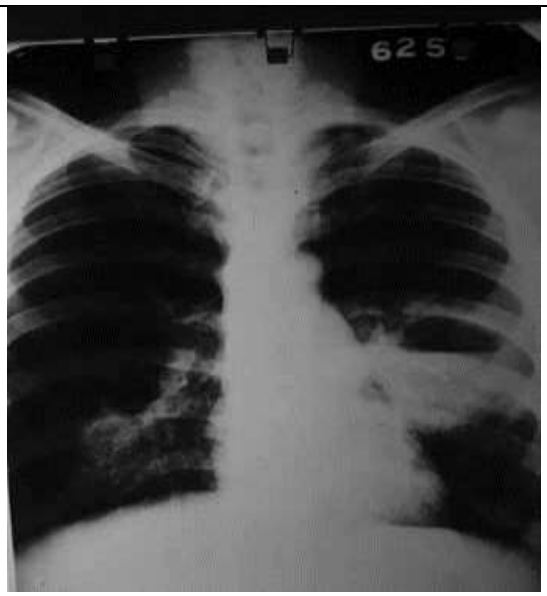
Observa-se fios metálicos na região do esterno (radiografia lateral), compatíveis com toracotomia por provável cirurgia cardíaca.



Paciente do sexo masculino, apresentando infiltrado pulmonar em lobo superior do pulmão direito, devido a pneumonia.

Na radiografia de perfil observa-se o comprometimento pulmonar limitado pela cisura do lobo médio.

618



Paciente do sexo masculino, com quadro de abscesso pulmonar localizado em terço médio de hemitórax esquerdo, com a presença de nível hidroaéreo na massa pulmonar.

Observa-se também um infiltrado pulmonar em terço inferior do pulmão direito.

EXEMPLO DE EXAMES COM PATOLOGIAS DO ABDOME

	Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando níveis hidroaéreos em intestino grosso, com quadro clínico de obstrução intestinal.

	Radiografia de abdome em posição deitada, evidenciando hipotransparência acentuada, associado a quadro clínico de ascite.

	Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando níveis hidroaéreos em intestino grosso, distensão de alças de intestino delgado (sinal de moedas empilhadas), compatível com quadro clínico de distensão abdominal por distúrbio metabólico.
	Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando imagem de hipertransparência acentuada em flancos, compatível com pneumoperitônio devido a quadro clínico de perfuração intestinal.

	Radiografia de tórax em PA, evidenciando imagem de hipertransparência destacando a cúpula diafragmática esquerda, compatível com pneumoperitônio em paciente com quadro clínico de úlcera péptica perfurada.

	Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando imagem de hipertransparência destacando imagem dos rins e baço compatível com retropneumoperitônio em paciente com quadro clínico de perfuração de duodeno.

ANALGESIA

Considerações Gerais

Analgesia é o alívio na percepção da dor sem que haja produção intencional de sedação.

Nunca utilizar doses insuficientes de analgésicos devido ao medo de complicações.

A dor não tratada pode aumentar a morbidade produzindo arritmias cardíacas ou isquemia miocárdica, pela liberação de catecolaminas.

Conduta

Avaliar a gravidade da dor e a resposta do paciente ao tratamento, através de uma escala numérica de zero a dez (sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor possível).

Um escore inferior a três após a medicação demonstra a eficácia do tratamento.

Monitorizar o paciente no mínimo com oxímetro de pulso antes da administração do analgésico.

Obter acesso venoso periférico.

Dispor sempre de material para assistência ventilatória.

Empregar somente a via intravenosa no pré-hospitalar.

MEDICAMENTOS COM AÇÃO ANALGÉSICA

MEDICA-MENTO	**EFEITOS**	**DURAÇÃO DOS EFEITOS**	**INDICAÇÕES**	**DOSE IV**	**VANTA-GENS**	**EFEITOS COLATERAIS**
TENOXICAM Ampola de 20 mg	Analgesia.	4 horas	Dor leve a moderada. Necessidade de efeito anti-inflamatório. Febre. Associação com outros analgésicos na dor aguda.	20 a 40 mg/dia	Eficaz. Baixo custo. Fácil disponi-bilidade.	**Reações alérgicas Alteração da função plaquetária. Insuficiência renal. Náusea. Pirose.**
DIPIRONA Ampola	Analgesia.	4 horas	Dor leve a moderada.	1 g de	Eficaz. Baixo	**Reações alérgicas.**

de 1 g			Febre. Associação com outros analgésicos na dor aguda.	4 em 4 horas	custo. Fácil disponi-bilidade.	**Hipotensão arterial.**
SULFATO DE MORFINA	Narcótico. Analgesia, sedação e vasodila-tação	4 à 5 horas	Isquemia miocárdica. Edema pulmonar cardiogênico. Lesões músculo-esqueléticas.	De 2 a 10 mg	Eficaz. Baixo custo. Fácil disponi-bilidade.	**Hipotensão arterial. Bradicardia. Depressão respiratória. Broncoespasmo. Espasmo do esfíncter de Oddi.**
MEPERIDINA	Narcótico Analgesia e sedação	4 à 5 horas	Dor abdominal com suspeita de pancreatite. IAM com bradicardia.	De 25 a 100 mg (pouco empregada no pré-hospitalar)	Eficaz. Baixo custo. Fácil disponi-bilidade.	**Taquicardia. Hipotensão arterial. Depressão respiratória. Convulsões.**
TRAMADOL Ampola de	Analgesia	4 à 6 horas	Dor moderada a intense.	50 a 100	Poucos efeitos colate	**Enjoo, náuseas**

50 mg/ml				mg de 6 em 6 horas	rais graves.	**e vômitos. Taquicardia e sudores e passageiras Não deprime a respiração nem o sistema cardiovascular**
ENTANIL Ampola de 50 µg/ml	**Analgesia e sedação**	**1 hora**	**Realização de procedimentos (intubação e cardioversão).**	**De 50 a 250 µg**	**Início rápido de ação causa menos hipotensão.**	**Depressão respiratória. Rigidez da musculatura do tronco e mandíbula.**

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Indicações

Distúrbio respiratório grave que não melhora com medidas conservadoras.

Distúrbio respiratório associado a choque.

Parada cardíaca.

Saturação da hemoglobina inferior a 92% mesmo com oxigênio suplementar em pacientes agudos.

Frequência respiratória inferior a dez ou superior a quarenta incursões por minuto com volume minuto inadequado.

Necessidade de hiperventilar paciente com traumatismo craniano e Glasgow ≤ 8.

Técnica

Manter assistência ventilatória com suplementação de oxigênio.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso.

Colher gasometria arterial se possível.

Preparar o ventilador.

Regular parâmetros.

Verificar se o tubo orotraqueal está na posição correta.

Anotar distância da extremidade distal do tubo a comissura labial.

Fixar o tubo em posição.

Verificar condições hemodinâmicas após a intubação.

Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial.

Escolher o modo assisto-controlado em pacientes sedados. Ajustar ventilação de acordo com saturação.

Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.

Manter junto à maca em todos os momentos os seguintes equipamentos: monitor multiparâmetro, cilindro de oxigênio com fluxômetro, material de intubação, desfibrilador, medicamentos de parada, sedativos, aspirador elétrico e sondas de aspiração.

AJUSTES DO VENTILADOR MECÂNICO

MODO	CONTROLADO	COMENTÁRIOS
FiO2	1,0	Se possível reduzir a FiO2 após alguns minutos, mantendo a saturação > 92%
VOLUME CORRENTE (VC)	6 a 8 mL/kg	Utilizar volumes mais baixos para pacientes com DPOC ou asma
SENSIBILIDADE	Máxima	Disparo com um mínimo de esforço para não aumentar o trabalho respiratório

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)	8 a 15 irpm para adultos	Pacientes com DPOC necessitam de frequências mais baixas
PEEP	5 cm H2O, aumentar de 3 em 3 cm	Pode ser utilizado em pacientes vítimas de afogamento em insuficiência respiratória e edema pulmonar cardiogênico apresentando hipoxemia refratária.

MONITORIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

VARIÁVEL	MONITOR	IMPORTÂNCIA
Frequência e ritmo cardíaco	Monitor cardíaco	Adequação da oxigenação.
Saturação da Hemoglobina	Oxímetro de pulso	Oxigenação.
Volume expirado	Ventilômetro	Aferir o volume expirado.
Pico de pressão	Manômetro do ventilador	Cálculo da Complacência. Resistência das vias aéreas.
FiO2	Controle do ventilador	Combinada com a saturação permite avaliar a eficácia da oxigenação.
Pressão	Manômetro do ventilador	Calcular a complacência.
Posição do tubo em relação aos lábios	Numeração na lateral do tubo	Risco de intubação seletiva ou extubação.
PEEP	Manômetro do ventilador	Manutenção dos níveis de PEEP necessários.
Pet CO2	Capnógrafo	Avaliação da ventilação. Monitorar a frequência respiratoria. Detecção de desconexão de circuitos, extubação e obstrução de vias aéreas.

Gasometria arterial	Aparelho de gasometria	Avaliação da ventilação e oxigenação. Permite ajustes finos dos parâmetros, quando necessária deve ser feita com intervalos mínimos de 15 minutos, manter se possível, pH sanguíneo normal e a PaO2 acima de 70 mmHg.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Indicações

Proteção das vias aéreas (pacientes com Glasgow ≤ 8). Hipoxemia refratária.

Parada cardiorespiratória.

Necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar.

Condição que pode cursar com obstrução de vias aéreas (anafilaxia, infecções e queimadura de vias aéreas).

Fixar bem tubos e cateteres.

Abrir cateter gástrico, mantendo-o em sifonagem.

Verificar o ventilador de transporte, circuitos e pressão do cilindro de oxigênio.

Transportar sempre oxigênio de reserva.

Calcular uma reserva de oxigênio que permita pelo menos a ventilação durante três vezes o tempo previsto para o transporte.

Retirar o circuito do ventilador da embalagem estéril apenas no momento da troca.

Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.

Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial antes da remoção.

Utilizar filtros no circuito do ventilador.

Utilizar o sistema de aspiração fechado (trach care) em paciente muito secretivo, necessitando de PEEP em valores elevados (> 10 cm H2O) e/ ou FiO2 alta.

Verificar as condições do filtro umidificador, trocar se estiver com secreção ou molhado.

Conectar o ventilador de transporte durante a fase de teste ao oxigênio de parede.

Ajustar o ventilador de acordo com os resultados da gasometria arterial.

Transferir o paciente para a maca de transporte da ambulância.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

Equipamentos

Fixador de tubo.

Estetoscópio.

Fonte de oxigênio.

Aspirador e sondas de aspiração.

Conjunto de laringoscópio.

Tubos orotraqueais, dispor sempre de tubos com números maiores e menores do que o esperado.

Estilete guia.

Seringa de 10 mL para Lidocaína.

Geleia Lidocaína.

Spray Midazolam, Fentanila.

Cardioversor.

Oxímetro.

Equipamento para acesso alternativo a via aérea:

cricotireoidostomia, máscara laríngea.

Equipamento para intubação orotraqueal

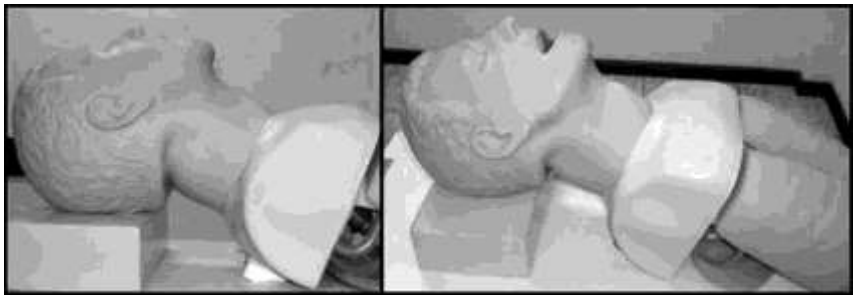
Técnica

Posicionamento do Paciente

Posicionar se possível o paciente em decúbito dorsal.

Posicionar-se atrás da cabeça da vítima.

Solicitar a auxiliar que estabilize a cabeça e pescoço do paciente nos casos com suspeita de trauma cervical.



Posição do Farejador

Manter o paciente na posição do farejador nos casos sem suspeita de trauma de cervical.

Efetuar a monitorização com oxímetro de pulso, monitor cardíaco e pressão não invasiva.

Obter se possível acesso venoso periférico antes do procedimento.

Sedar o paciente com Midazolam 5 a 15 mg por via intravenosa associado se necessário a Fentanila na dose de 50 a 150 µg.

Testar o equipamento a ser utilizado.

Pré-oxigenação do Paciente Inconsciente

Pré-oxigenar artificialmente (com ambu e reservatório) nos casos de inconsciência ou sedação.

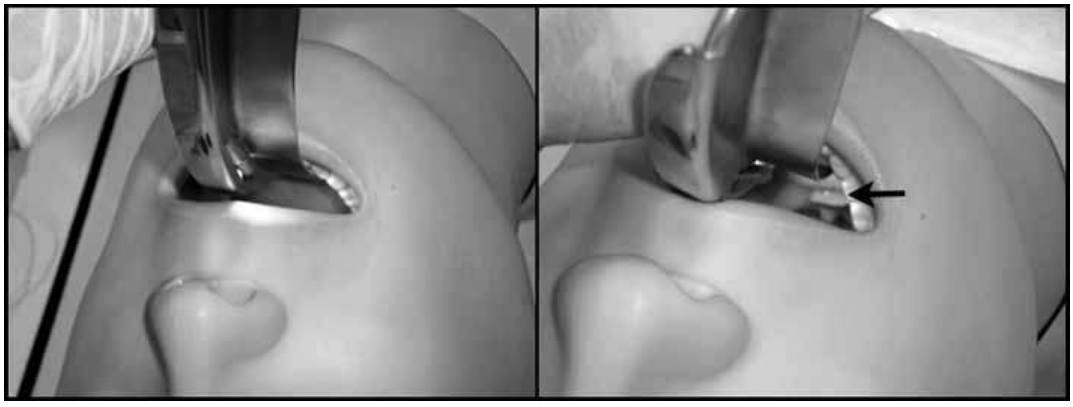
Laringoscopia

Realizar a laringoscopia de forma tranquila, de preferência na posição do farejador, deslocando a lâmina do laringoscópio em direção caudal com relação ao paciente (seta).

Evitar o movimento de báscula com a lâmina pois há o risco de trauma em dentes incisivos superiores.

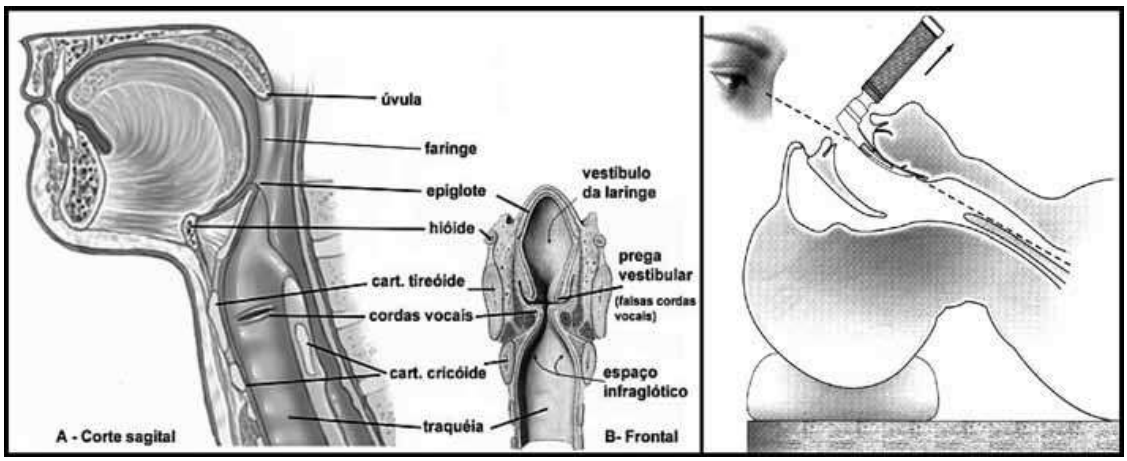
Técnica de Introdução da Lâmina do Laringoscópio

Introduzir a lâmina do laringoscópio acima do lábio inferior, afastando a língua lateralmente para visualizar a epiglote (seta).



Visualização das Cordas Vocais

Avançar com a lâmina do laringoscópio em direção caudal, deslocar a epiglote para visualizar as cordas vocais.



A epiglote deve ser deslocada para que as cordas vocais sejam bem visualizadas

O movimento do laringoscópio deve ser realizado em direção superior e caudal

Introdução do Tubo Orotraqueal

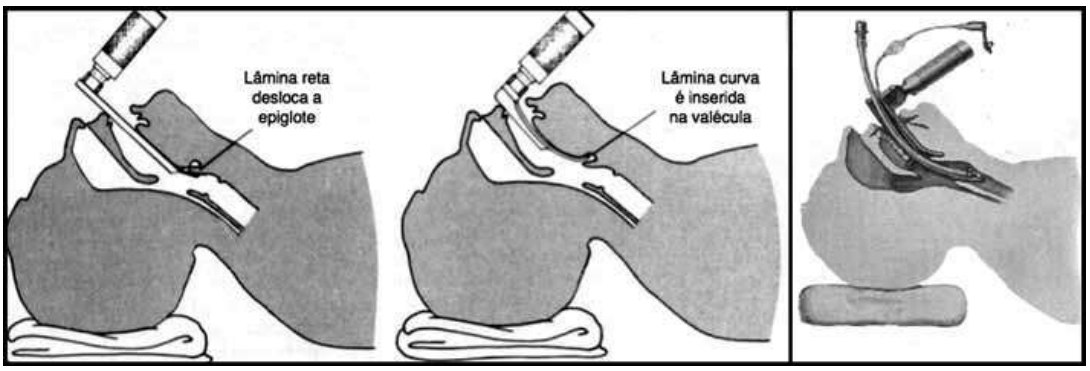
Introduzir o estilete guia (mandril) no tubo.

Posicionar o tubo orotraqueal para introdução.

Escolher entre as lâminas curva ou reta de acordo com sua experiência.

Visualizar as estruturas e introduzir o tubo dois centímetros entre as cordas vocais.

Posicionamento do tubo orotraqueal



Avançar o tubo orotraqueal até 22 cm (ponto de inserção do balonete).

Retirada do mandril

Avaliação do posicionamento do tubo orotraqueal

Verificar a posição do tubo, através de ausculta bilateral do tórax e do epigástrio

Insuflar o balonete com cinco a dez mililitros de ar

Fixar o tubo em posição

Lembretes

Observar que a luz da lâmpada do laringoscópio deve estar de cor branca, a luz amarela indica bateria fraca.

Ao introduzir o laringoscópio, escolher a lâmina com as dimensões adequadas para o paciente.

Lembrar que é possível utilizar uma lâmina grande para intubar um paciente pequeno, mas o inverso não é verdadeiro.

A manobra não deve durar mais do que trinta segundos.

Ventilar o paciente por trinta segundos antes da próxima tentativa no caso de insucesso.

SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO (SRI)

Indicação

Pacientes que necessitam de acesso as vias aéreas, porém estão combativos ou apresentam risco de elevação da pressão intracraniana.

Contraindicações

Alternativa disponível.

Trauma facial severo que impeça a realização da intubação. Alergias ou impossibilidade de administrar os medicamentos da SRI.

Técnica

Preparar o material de intubação.

Ventilar e oxigenar o paciente.

Obter acesso venoso periférico.

Monitorizar com oxímetro.

Administrar Midazolam 0,05 mg/kg por via intravenosa.

Realizar a manobra de intubação. Confirmar o posicionamento do tubo.

INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL CEGA

Indicações

Impossibilidade de posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Paciente consciente.

Impossibilidade de visualização de estruturas anatômicas durante a laringoscopia.

Trismo.

Técnica

Verificar todo equipamento antes do uso, não esquecendo de testar o balonete do tubo.

Escolher tubo um número menor que o empregado para intubação orotraqueal.

Administrar oxigênio a 100% durante um a três minutos.

Dar forma circular ao tubo.

Lubrificar o tubo e a narina escolhida com geleia de lidocaína

Introduzir o tubo pela narina.

Efetuar gentilmente movimentos de rotação do tubo, caso haja resistência durante a passa-

gem da ponta do tubo pela nasofaringe.

Continuar a introdução do tubo enquanto ouve os ruídos respiratórios através da extremidade proximal do tubo.

Introduzir o tubo até o momento em que os ruídos respiratórios estiverem mais altos, indicando posicionamento do tubo na abertura glótica.

Aguardar o momento de uma inspiração profunda e introduzir o tubo rapidamente.

Lembrar que após a intubação bem sucedida o paciente geralmente apresenta tosse.

Insuflar o balonete com 5 a 10 ml de ar.

Verificar a posição do tubo com ausculta torácica bilateral, epigástrica e capnografia.

Fixar o tubo em posição.

Contraindicar o procedimento em caso de apneia, fratura de base de crânio e traumatismo grave de face.

CRICOTIREOIDOSTOMIA

Indicações

Impossibilidade técnica ou contraindicação a realização dos outros métodos de acesso à via aérea.

Contraindicação

Pacientes com menos de seis anos de idade.

Complicações

Hemorragia, falso trajeto e enfisema subcutâneo.

Equipamento

Cateter sobre agulha número 14.

Kit de cricotireoidostomia (agulha, fio guia, dilatadores e cânula).

Lâmina de bisturi.

Dilatador.

Pinça hemostática curva.

Oxigênio suplementar.

Equipamentos de proteção individual.

Oxímetro de pulso.

Monitor de ECG.

Acesso venoso.

Povidine e Anestésico local.

Técnica de Cricotireoidostomia com Agulha

Preparar a área do procedimento com povidine e infiltrar lidocaína a 2%, caso as condições clínicas do paciente permitam.

Abrir o kit de cricotireoidostomia.

Efetuar incisão com bisturi na pele, no sentido horizontal de aproximadamente dois centímetros sobre a membrana cricotireoideana.

Adaptar a agulha de punção a seringa.

Contraindicar o procedimento em caso de apneia, fratura de base de crânio e traumatismo grave de face.

Puncionar a membrana cricotireoideana através do local da incisão até aspiração de ar.

Dirigir a agulha no sentido caudal enquanto mantém aspiração contínua.

A entrada na laringe é confirmada pela aspiração de ar.

Introduzir o fio guia através da agulha.

Remover a agulha.

Introduzir o conjunto dilatador e cânula.

Remover o fio guia e o dilatador deixando a cânula.

Verificar o posicionamento.

Fixar a cânula.

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Indicada nas taquiarritmias com estabilidade hemodinâmica ou no tratamento eletivo de algumas taquiarritmias.

Aplicar oxigênio suplementar.

Obter se possível acesso venoso periférico (não deve retardar a cardioversão de emergência).

Preparar material de ventilação, acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.

Monitorizar o paciente com eletrodos autoadesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Ligar o cardioversor.

Acionar o modo de choque sincronizado.

Observar o surgimento das marcações no traçado e ajustar se necessário o ganho do eletrocardiograma.

Regular a energia desejada para o choque.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.

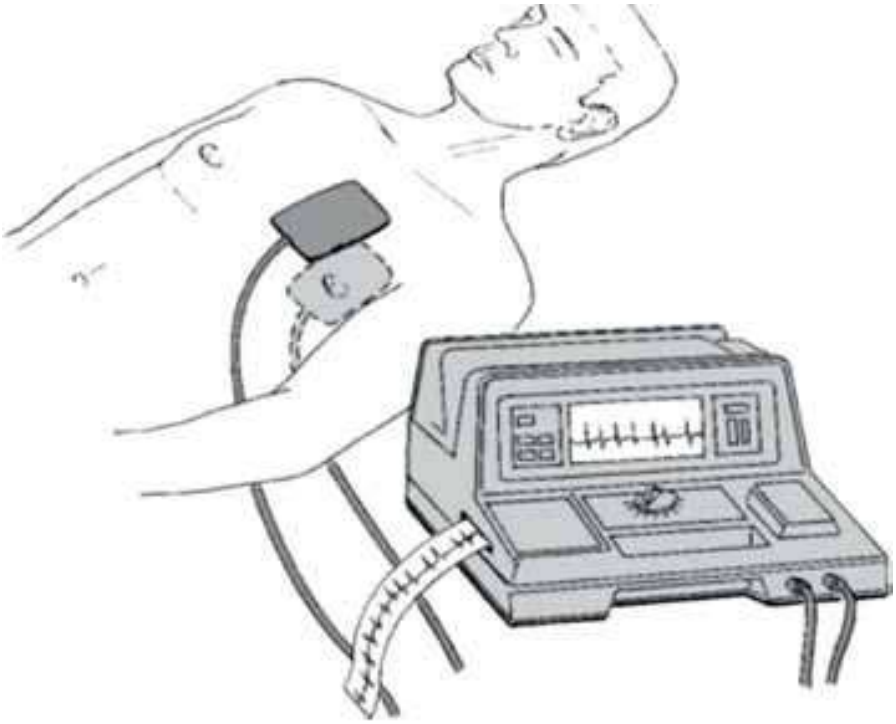
Aplicar pasta condutora nas pás.

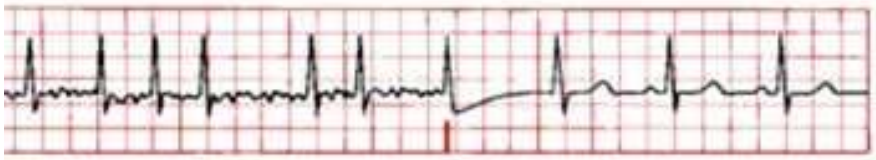
Posicionar as pás sobre o tórax do paciente. Uma no hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior lateral ao mamilo esquerdo.

Certificar-se que ninguém toca o paciente.

Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.

Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao





modo assincrônico.

Cardioversão elétrica em episódio de fibrilação atrial aguda
MONITORIZAÇÃO COM O OXÍMETRO DE PULSO

Indicações

Deve ser utilizado em todos os casos, pois é comum o desenvolvimento de hipoxemia não detectada clinicamente.

A precisão nas leituras é de aproximadamente 4% em valores de saturação situados entre 95 e 70%.

Vantagens

Identificação precoce da hipoxemia.
Monitorização não invasiva contínua.
Tempo de resposta rápida a alterações.
Portabilidade.
Simplicidade.

Maior segurança se houver indicação de curva pletismográfica e alarmes para baixa saturação, taquisfigmia, bradisfigmia, deslocamento do sensor e desaparecimento da captação do pulso.

Limitações

Leitura incorreta dos níveis de saturação de oxigênio pode ser causada por: vibração, movimentação excessiva do paciente e excesso de luz.

A hipotermia com temperaturas corporais menores que 300 C e a vasoconstricção com ou sem hipotensão, produzem um sinal de baixa qualidade.

Os oxímetros convencionais não diferenciam a hemoglobina ligada ao monóxido de carbono (carboxihemoglobina) da hemoglobina oxigenada.

Em pacientes gravemente anêmicos (Hb < 5 mg/dl) os valores obtidos são menos confiáveis.

DESFIBRILAÇÃO

A desfibrilação imediata é o tratamento de escolha nos casos de fibrilação ou taquicardia ventricular (FV/TV) de curta duração, associado a evento de morte súbita assistida em até 3 minutos.

Após 4 minutos de parada cardíaca, a desfibrilação será mais eficaz se as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) forem iniciadas precocemente.

Deverão ser realizados 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2), com duração de cerca de 2 minutos; e, em seguida, deve ser avaliado o ritmo cardíaco.

Aplicar pasta condutora nas pás.

Na ausência da pasta pode ser utilizada gaze umedecida em solução fisiológica.

Monitorar os pacientes com as pás do aparelho.

No caso de FV/TV selecionar o nível de energia desejado para adultos, com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Posicionar a pás sobre o tórax do paciente. Uma sobre o hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra sobre o hemitórax esquerdo na linha axilar anterior lateral ao mamilo.

Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância.

Evitar o contato com o corpo do paciente.

Contar em voz alta avisando aos auxiliares o momento do choque. Pressionar os botões de choque.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Obter acesso venoso periférico.

Administrar adrenalina 1 mg IV.

Repetir a dose a cada 3 ou 5 minutos.

Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Considerar o uso de antiarrítmicos durante as manobras de RCP (antes ou após o choque): amiodarona 300 mg IV em uma dose inicial, podendo ser repetido 150 mg IV em uma dose adicional ou lidocaína com dose inicial de 1 a 1,5 mg/kg, seguido de doses adicionais de 0,5 a 0,75 mg/kg, até o máximo de 3 doses ou 3 mg/kg.

Considerar o uso de sulfato de magnésio de 1 a 2 g IV no caso de torsades de pointes.

MASSAGEM DO SEIO CAROTÍDEO PARA REVERSÃO DA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA

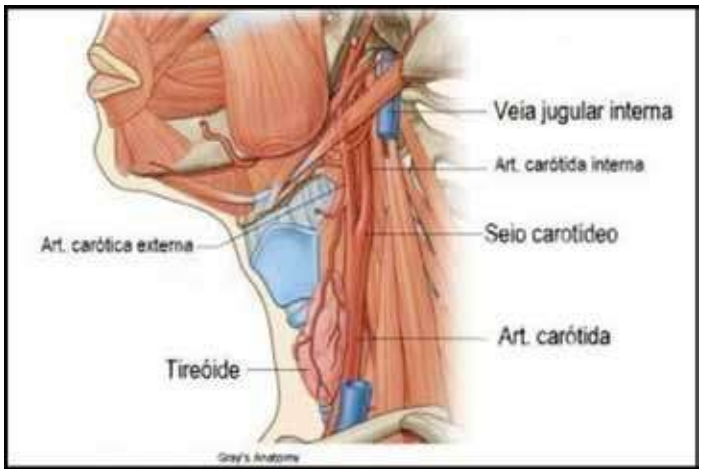
Evitar a realização do procedimento na presença de sopro carotídeo e história de isquemia cerebral.

Efetuar pressão e massagem gentilmente sobre o seio carotídeo direito durante dez a vinte segundos.

Tentar a manobra no lado esquerdo em caso de insucesso. Massagear sempre um seio carotídeo por vez.

Manter o paciente monitorizado, pois pode provocar bradicardia sintomática.

Estar preparado para atuar em caso de parada cardíaca ou de bradicardia sintomática.



Anatomia do seio carotídeo

INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Indicações
Impossibilidade de acessar veias periféricas.

Equipamentos e Materiais
Kit de inserção do cateter.
Cateter venoso central estéril, fio guia e agulha de inserção número 18.
Seringa, bisturi e dilatadores,
Agulhas e seringa para infiltração de anestésico.
Gaze estéril.
Anestésico local.
Luvas estéreis, capote, gorro, máscara e óculos.
Povidine.
Oxímetro de pulso.
Monitor cardíaco.
Solução fisiológica e equipo de soro.
Equipamento de reanimação.

Técnica
Posicionar paciente.
Aplicar a máscara, gorro e óculos de proteção.
Lavar as mãos (remover relógios, anéis e pulseiras).
Vestir capote e luvas e luvas estéreis.
Definir campo estéril.
Identificar referências anatômicas.

Abrir o kit e preparar equipamento para o uso.

Infiltrar o anestésico.

Introduzir a agulha número 18 no sítio escolhido aplicando pressão negativa.

Observar se ocorre aspiração de sangue.

Retroceder a agulha até a pele caso a veia não seja encontrada, mantendo aspiração contínua.

Redirecionar então a ponta da agulha.

Imobilizar a agulha com a mão livre, quando a veia tiver sido encontrada.

Avançar o guia através da agulha.

Lembrar que a resistência encontrada deve ser mínima.

Monitorizar o ECG, devido a risco de produção de arritmias.

Remover a agulha deixando o fio guia.

Empregar a lâmina de bisturi para abrir pequeno orifício na pele.

Introduzir o dilatador através do fio guia.

Introduzir o cateter através do fio guia.

Remover guia e conectar a solução de infusão.

Fixar o cateter venoso e aplicar curativo.

Obter radiografia de tórax sempre que for possível.

Acesso Femural

Posicionar paciente em decúbito dorsal.

Escolher lado direito ou esquerdo.

Ficar ao lado da maca.

Localizar a veia que fica 1 a 2 cm medial a artéria femural.

Introduzir a agulha 1 a 2 cm abaixo do ligamento inguinal, de 3 a 5 cm.

Direcionar a agulha num ângulo de 45 graus em direção cefálica.

Acesso Jugular Interno

Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Ficar a cabeceira do paciente.

Girar a cabeça do paciente para o lado oposto ao que vai ser canulado.

Preferir sempre que possível o lado direito.

Introduzir a agulha em direção caudal, no ápex do triângulo formado entre os feixes medial e lateral do músculo esternocleidomastóideo e a clavícula.

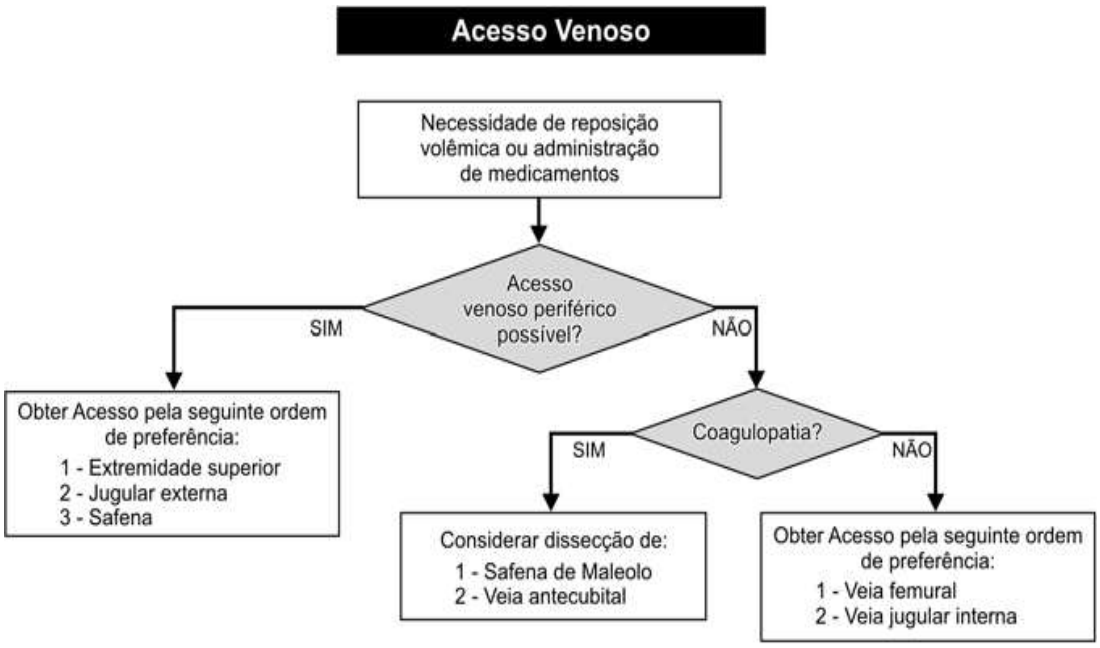
A profundidade de inserção é de três a cinco cm.

Determinar a localização da carótida.

Lembrar que a veia é lateral a artéria.

Direcionar a agulha em um ângulo de 45 graus, em direção mamilo do lado oposto.

ALGORITMO PARA OBTENÇÃO DE ACESSO VENOSO



Sepse

Sepse (Singer M, 2016) é definida como a disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção.

A partir do estudo SPREAD (Machado, 2017), desenvolvido em 2014 pelo Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS), estima-se que sejam diagnosticados cerca de 440 mil casos de Sepse por ano no Brasil e que ocorram cerca de 220 mil óbitos ao ano, ou seja uma letalidade próxima 50%.

O ILAS sugere a manutenção dos critérios da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) para identificação de possíveis quadros sépticos no atendimento inicial do paciente (Classificação de Risco), porem os critérios de SRIS não são mais requeridos para o diagnóstico de sepse, basta critérios de disfunção orgânica, ao contrário do que sugere a SSC, em usar o qSOFA.

Definiu-se pela SSC como disfunção orgânica o aumento em 2 pontos no escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) como consequência de infecção, porem diversas críticas foram publicadas em relação a esse critério, pois não foi validado para triagem já que foi

desenvolvido para predizer mortalidade e por isso é excessivamente especifico e pouco sensível.

O ILAS sugere que a disfunção orgânica seja considerada se qualquer sinal de lesão orgânica possa ser definida (cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, hematológica, gastroenterologica, hepática, endocrinológica e metabolica). A sepse grave deixa de existir segundo o novo consenso (Singer M, 2016).

Pelos novos critérios da SSC, define-se choque como a presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter pressão arterial média ≥ 65mmHg associada a lactato ≥ 2mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica. O ILAS também se posicionou contrário a necessidade de definir choque séptico associado ao lactato, uma vez que a presença de hiperlactatemia isolada, independente dos níveis, não foi considerada critério de disfunção e, portanto, de sepse, assim como será impossível diagnosticar coque séptico em locais de recursos limitados onde o lactato não estiver disponível.

A hiperlactatemia na Sepse esta relacionada a hipoperfusão tecidual e metabolismo anaeróbio e sempre que disponível deve obrigatoriamente ser solicitado. A lactatemia tem valor prognostico já bastante fundamentado e pode indicar a gravidade dos casos.

Quando seu valor é maior do que duas vezes a referencia institucional indica necessidade de intervenções terapêuticas e poderá ser seriado a cada 3 horas para avaliar a resposta e definição de condutas, de fato, nos casos em que há clareamento do lactato há correlação com menor mortalidade.

A hemocultura deverá ser coletada no momento da definição da sepse, devido à necessidade de adaptação da conduta para o antibiótico mais adequado. Cerca de 30% a 50% dos pacientes têm hemoculturas positivas, portanto é também necessário coletar secreções de outros focos possíveis. Trata-se de uma medida urgente, já que o antibiótico deve ser administrado na primeira hora, após a coleta da hemocultura sempre que possível, não se aconselha atrasar a administração do antimicrobiano para a coleta da hemocultura, nem aguardar momento febril.

A Sepse poderá ser identificada em qualquer momento do atendimento do paciente, mas preferencialmente no momento da classificação de risco, quando identificados 2 ou mais critérios de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), em seguida o caso é encaminhado à um médico para definir se há sinais de um quadro infeccioso e disfunção orgânica, a partir desse momento se define o

diagnóstico de sepse. Se não houver disfunção orgânica o caso poderá ser considerado uma infecção, ou ainda, se for excluído o diagnóstico infeccioso, deverá ser prosseguida investigação de diagnósticos diferenciais.

Uma vez definida a Sepse, deve-se coletar exames laboratoriais incluindo lactato e hemocultura, iniciar de imediato a terapia antimicrobiana empírica, guiada pelo foco infeccioso provável com antibiótico de amplo espectro e para pacientes hipotensos (PAS< 90mmHg, PAM, <65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência (para pacientes com o exame já realizado, internados previamente – hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristaloides, o mais rápido possível dentro das primeiras 3 horas de atendimento. Sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência.

Testes dinâmicos de responsividade a fluidos, como elevação passiva de membros inferiores devem ser utilizados para avaliar a resposta do paciente a manutenção da reposição volemica ainda além da inicial.

Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM)

abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos.

PACOTES DE TRATAMENTO

Pacote de 3 Horas

O pacote de tratamento de 3 horas é composto dos seguintes itens:

Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.

Coleta de lactato arterial, que deve ser encaminhado ao laboratório o mais rapidamente possivel, a fim de se evitar resultado falsos positivos.

Coleta de hemocultura, conforme rotina específica, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquor, urocultura)

antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada.

Administração de antimicrobianos dentro da primeira hora da identificação da sepse.

Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Embora seja discutivel, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas.

Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico.

Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidrogas resistentes.

Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade conhecida; terapia combinada pode ser de-escalonada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.

Para pacientes hipotensos (PAS< 90mmHg, PAM <65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristalóides. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível dentro das primeiras 3 horas de atendimento. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Em caso ter sido optado por não realização de reposição volêmica após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

Pacote de 6 Horas

O pacote de 6 horas deve ser aplicado para pacientes que se apresentem com hipotensão, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, sendo composto pelos itens abaixo.

Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve

tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, embora tenha sido colocado dentro do pacote de 6 horas, o vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro das 3 primeiras horas nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central.

A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo debito cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.

Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo até os valores normais. Assim, dentro das seis horas após o início do protocolo de sepse, após ressuscitação volêmica adequada, e manejo hemodinâmico apropriado, novas dosagens devem ser solicitadas. O clareamento até a normalização deve ser feito cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do esta-

do volêmico ou de parâmetros perfusionais. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

elevação passiva de membros inferiores;

qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluídos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo);

mensuração de saturação venosa central;

tempo de enchimento capilar;

presença de livedo; e,

sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).

Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível.

Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se devem usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha.

Antibioticoterapia

Antimicrobianos de amplo espectro são sugeridos para uso empírico conforme o foco infeccioso suspeito e então escalonado conforme a resposta do paciente ou descalonando conforme identificação do agente etiológico em cultura com perfil de sensibilidade definido.

Foco Provável	Antimicrobiano
Sem Foco	Ceftriaxona 2g EV 24/24h
Pneumonia	Ceftriaxona 2g EV 24/24h + Claritomicina 500mg EV 12/12h
Infecção Urinária	Ceftriaxona 2g EV 24/24h
Foco Abdominal	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h
Celulite ou Erisipela	Ceftriaxona 2g EV 24/24h

Orienta-se coletar hemocultura e de outros focos que se julgar necessário antes da administração do antimicrobiano, porém não é indicado atrasar sua administração para a coleta da hemocultura em mais de 45 minutos, portanto sugere-se a organização institucional para disponibilizar a coleta do exame.

Vasopressores

A droga vasoativa indicada primariamente para o tratamento do choque séptico é a noradrenalina, com sobrevida superior à Dopamina e à Adrenalina, salvo se houver necessidade de efeito cronotrópico positivo.

A menor dose eficiente é de 0,01µg/kg/min, sugere-se iniciar em 0,5 µg/kg/min em caso de choque circulatório distributivo e seguir titulando conforme necessário.

Deve-se escolher a diluição mais adequada ao considerar a segurança do paciente, via de acesso e volume administrado, o número

de preparações a ser realizado pela equipe de enfermagem e o não desperdício.

A diluição é sugerida conforme segue abaixo, com a concentração por quilo do paciente dada em cada linha em razão da velocidade de administração dada em cada coluna.

SOLUÇÃO DE NORADRENALINA 2 AMPOLAS (2MG/4ML) EM SORO GLICOSADO 5% 92ML

	3mL/h	5mL/h	10mL/h	15mL/h	20mL/h	25mL/h	30mL/h	35mL/h	40mL/h
50 Kg	0,08 µg	0,13 µg	0,27 µg	0,40 µg	0,53 µg	0,67 µg	0,80 µg	0,93 µg	1,07 µg
60 Kg	0,07 µg	0,11 µg	0,22 µg	0,33 µg	0,44 µg	0,56 µg	0,67 µg	0,78 µg	0,89 µg
70 Kg	0,06 µg	0,10 µg	0,19 µg	0,29 µg	0,38 µg	0,48 µg	0,57 µg	0,67 µg	0,76 µg
80 Kg	0,05 µg	0,08 µg	0,17 µg	0,25 µg	0,33 µg	0,42 µg	0,50 µg	0,58 µg	0,67 µg
90 Kg	0,04 µg	0,07 µg	0,15 µg	0,22 µg	0,30 µg	0,37 µg	0,44 µg	0,52 µg	0,59 µg
100 Kg	0,04 µg	0,07 µg	0,13 µg	0,20 µg	0,27 µg	0,33 µg	0,40 µg	0,47 µg	0,53 µg

SOLUÇÃO DE NORADRENALINA 4 AMPOLAS (2MG/4ML) EM SORO GLICOSADO 5% 84 ML

	3mL/h	5mL/h	10mL/h	15mL/h	20mL/h	25mL/h	30mL/h	35mL/h	40mL/h
50 Kg	0,08 µg	0,13 µg	0,27 µg	0,40 µg	0,53 µg	0,67 µg	0,80 µg	0,93 µg	1,07 µg

60 Kg	0,07 µg	0,11 µg	0,22 µg	0,33 µg	0,44 µg	0,56 µg	0,67 µg	0,78 µg	0,89 µg
70 Kg	0,06 µg	0,10 µg	0,19 µg	0,29 µg	0,38 µg	0,48 µg	0,57 µg	0,67 µg	0,76 µg
80 Kg	0,05 µg	0,08 µg	0,17 µg	0,25 µg	0,33 µg	0,42 µg	0,50 µg	0,58 µg	0,67 µg
90 Kg	0,04 µg	0,07 µg	0,15 µg	0,22 µg	0,30 µg	0,37 µg	0,44 µg	0,52 µg	0,59 µg
100 Kg	0,04 µg	0,07 µg	0,13 µg	0,20 µg	0,27 µg	0,33 µg	0,40 µg	0,47 µg	0,53 µg

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Uso de Corticóides

A utilização de coriticóides é recomendada somente para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia em infusão continua ou 50 mg a cada 6 horas.

Ventilação Mecânica

A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual.

Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório aguda (SDRA).

A estratégia protetora envolve a utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH2O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO2 entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH2O. Para pacientes com diagnóstico de SDRA

há menos de 48 horas, com relação PaO2/FiO2 menor que 150 e FiO2 de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica.

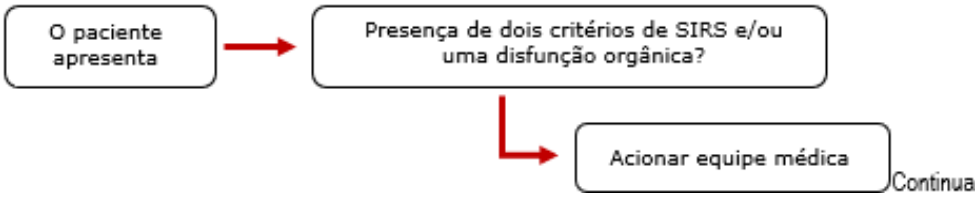
Bicarbonato

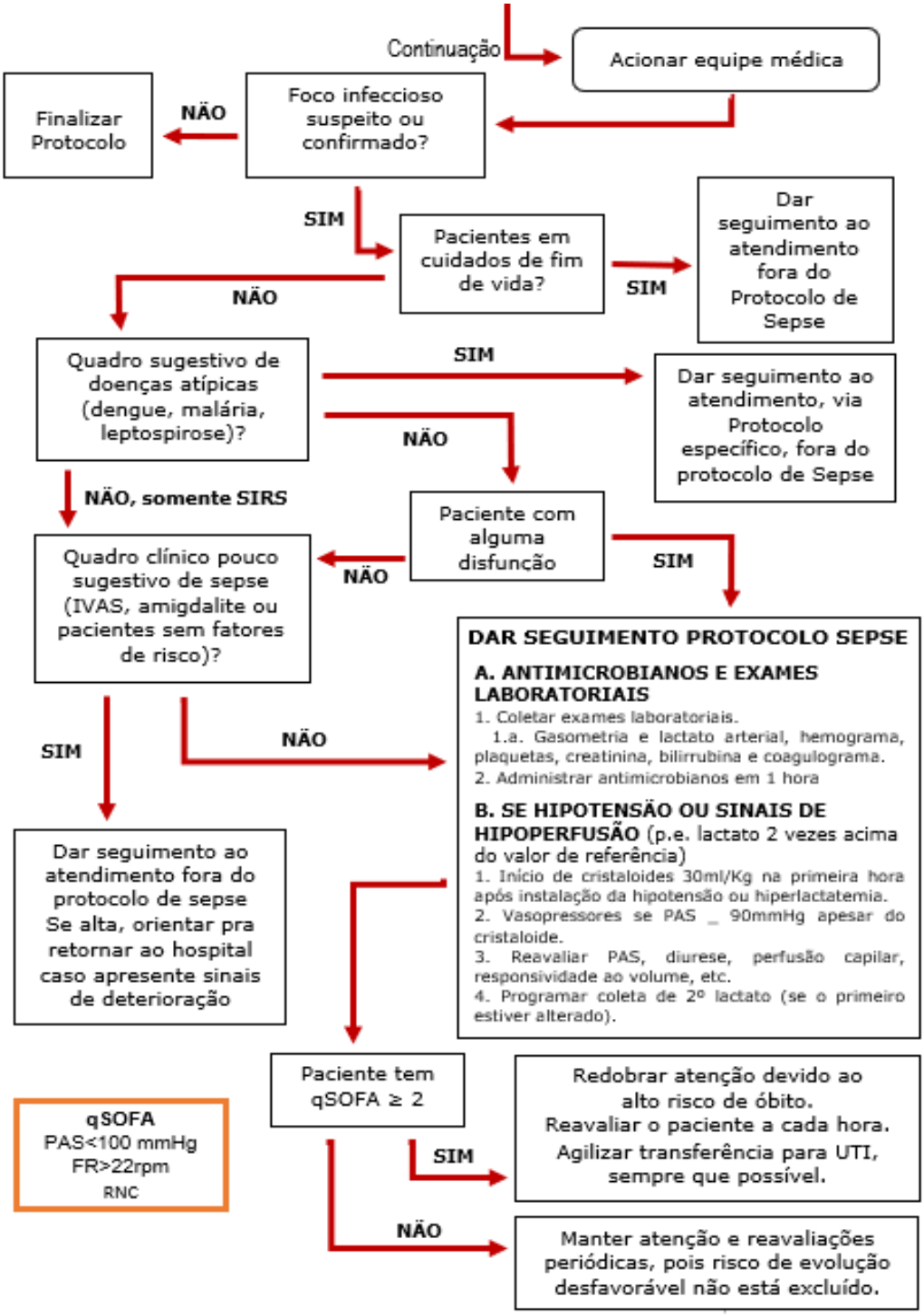
Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose lática em pacientes com pH > 7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor esta terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

Controle Glicêmico

Pacientes, na fase aguda de sepse, com hiperglicemia secundária a resposta endocrino-metabólica ao trauma, o controle adequado da glicemia é recomendado através da utilização de protocolos específicos, visando uma meta de 80-180 mg/dL, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas.

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE SEPSE





Cetoacidose Diabética

A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) são complicações agudas que podem ser fatais. Caracterizam-se por insulinoterapia, associada à elevação de hormônios contra regulatórios (glucagon, GH, cortisol e catecolaminas). A CAD se difere na EHH pelo grau de desidratação, Cetose e acidose metabólica.

FATORES PRECIPITANTES

Uso inadequado de insulina e hipoglicemiantes orais
Infecção (pneumonia, ITU, gastroenterites)
Pancreatite aguda
IAM
AVE
Drogas: corticosteroides, tiazídicos, simpatomiméticos, cocaína, antipsicóticos)
Cirurgias
Restrição hídrica (desidratação)
Manifestação inicial do DM

DIAGNÓSTICO

Manifestações Clínicas	CAD	EHH
Apresentação	Rápida (horas)	Insidiosa (dias, até semanas)
Sinais e Sintomas Comuns	Poliúria, polidpsia, polifagia, perda de peso, fraqueza, dor abdominal e desidratação	
Sinais e Sintomas Específicos	Respiração de Kussmaul, hálito cetônico, náuseas e vômitos	Alteração do sensório, podendo manifestar-se por déficits focais e convulsões

EXAMES COMPLEMENTARES

Laboratorial	Glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos (Na, K, Cl), cetonemia e cetonúria, gasometria arterial, hemograma, urina I, triglicerídeos, amilase e culturas
ECG	Rotina, deve avaliar sinais de hipercalemia
Radiografia de Tórax	Suspeita de pneumonia
Hb1AC	Útil para predizer se hiperglicemia crônica ou descompensação aguda

TRATAMENTO

Proteção de vias aéreas e, caso vômitos, indicação de sonda nasogástrica.

Aumento de volume circulatório e melhora da perfusão tissular.

Redução gradual da hiperglicemia e osmolaridade.

Correção dos distúrbios eletrólitos e da Cetose, na CAD.

Identificação do fator precipitante.

Monitoramento de glicemia capilar a cada hora, e eletrólitos e gasometria a cada 2 horas.

Hidratação (na ausência de comprometimento cardíaco e renal)	SF 0,9% – 15 a 20mL/Kg/h ou 1,0 a 1,5L na primeira hora, até hidratação adequada e correção de PA. Manter HC 4 a 14mL/Kg/h ou 250 a 500mL se: hiper / eunatrêmicos (NaCl 0,45%). Não exceder 50 mL/Kg nas primeiras 4h em < 20 anos pelo risco de edema cerebral. Quando glicemia < 250 na CAD ou < 300 no EHH: usar SF 0,45% + SG 5%, 100 a 250 mL/h para manter glicemia 150 a 200 mg/dL.
Insulinoterapia	Iniciar se K > 3,3mEq e após início de hidratação. Administrar insulina regular 0,1U/Kg, IV em bolus, seguida de insulina regular 0,1U/Kg em infusão contínua (fazer ajustes se necessário). Quando glicemia < 250 na CAD ou < 300 no EHH: a infusão de insulina deve ser reduzida a 0,05U/Kg/h, além de infusão de SG 5%.
Potássio (apenas repor K quando débito urinário > 50 mL/h)	K > 5,0 mEq/L – não repor. K entre 3,3-5,0 – 1 ampola de KCl (25,0 mEq/L) em cada litro de fluído até K entre 4,0 a 5,0 mEq/L. K < 3,3 – não fazer insulina e repor 1 ampola de KCl/h até K > 3,3.
Bicarbonato (NaHCO3) 8,4%: 1mL = 1mEq	pH < 6,9 repor 100 mEq NaHCO3 em 400 mL ABD, em 2h. pH entre 6,9 a 7,0 – repor 50,0mEq NaHCO3 em 200mL ABD, em 1h. pH > 7,0 – não repor.

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Complicações metabólicas agudas e graves do DM.

DM recém-diagnosticado em crianças e adolescentes.

Descontrole importante do DM que necessite monitoração clínica para que a causa dessa descompensação seja identificada e corrigida.

DM na gravidez complicada ou recém diagnosticada.

COMPLICAÇÕES

Hipoglicemia (esquema intenso de insulina).

Hiperglicemia (interrupção de insulina).

Hipocalemia.

Hipercloremia.

Edema cerebral (decorrente da brusca correção da osmolaridade).

Edema pulmonar não cardiogênico (sobrecarga de volume).

Complicações trombóticas.

1.6.4 Protocolo Clínico de Acidente Vascular Cerebral

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida em todo o mundo. A mortalidade varia consideravelmente em relação ao grau de desenvolvimento sócio-econômico, sendo que cerca de 85% ocorre em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e um terço dos casos atinge a parcela economicamente ativa da população. Considerando-se a previsão de um crescimento da ordem de trezentos por cento da população idosa nas próximas três décadas, concentrado nos países em desenvolvimento, o prognóstico epidemiológico do AVC torna-se ainda mais sombrio.

Diante do exposto acima e do inegável impacto social, econômico e previdenciário do AVC, é urgente a necessidade de reformulação do sistema de atendimento, abordando de forma integrada o paciente, disponibilizando as melhores estratégias de diagnóstico e tratamento conhecidas atualmente.

OBJETIVO

Geral

Reduzir a morbimortalidade pelo AVC, por meio da criação da Linha de Cuidados em AVC na UPA para o atendimento integral ao paciente, vislumbrando todas as suas demandas de atenção à saúde;

Específicos:

Disseminar o conhecimento de que o AVC é uma emergência médica;

Melhorar o conhecimento da população sobre o AVC, seus sinais e sintomas, fatores de risco e a necessidade de controle adequado destes;

Aumentar a resolutividade da rede básica de atenção à saúde no aspecto do controle adequado dos fatores de risco para doenças vasculares;

Qualificar o SAMU 192 para atendimento e referenciamento adequado do paciente com suspeita de AVC;

Ampliar a oferta de leitos hospitalares para reabilitação e cuidados crônicos complexos;

Instituir adequada retaguarda ambulatorial para a assistência sequencial após a alta hospitalar, com reabilitação, atendimento especializado, cuidados domiciliares e reintegração social e ao trabalho dos indivíduos com AVC.

LINHA DE CUIDADOS INTEGRADA PARA ASSISTÊNCIA EM AVC

Os modelos assistências de cuidado integral ao paciente com AVC agudo mais difundidos no mundo, com relevante evidência científica, preveem a inclusão de diversos pontos de atenção à saúde, distribuídos em padrão reticular, com fluxos pré-definidos. Dentro deste conceito devem estar previstas a educação popular em saúde, as ações da atenção básica, os serviços de urgência/emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), as Unidades de AVC, a reabilitação, cuidados ambulatoriais pós-ictus e a reintegração social.

A Linha de Cuidados em AVC objetiva proporcionar cuidado integrado e

continuado promovendo a transferência deste entre os pontos de atenção à saúde, tendo como pressuposto que todos têm fundamental relevância no fluxo da linha de cuidados.

Apesar da inquestionável relevância do papel exercido das ações de educação popular em saúde e da otimização do controle adequado dos fatores de risco na tentativa de redução da incidência do AVC, tais aspectos não são contemplados neste texto, pois já fazem parte de outras ações aos portadores de doenças crônicas, não se relacionando diretamente ao planejamento da linha de cuidados do paciente com evento cerebrovascular agudo.

É essencial que os protocolos de atenção em AVC sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha de Cuidados, de forma a uniformizar o cuidado e permitir o acesso de todos os pacientes às terapias estabelecidas em diretrizes, respeitando diferenças regionais.

Abaixo, segue detalhamento estrutural de cada componente para o pleno exercício de seu papel na linha de cuidados:

Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar / SAMU 192) :

Deve se configurar como principal direcionador do fluxo (regulador) logo após o início dos sintomas;

Dispor de Central de Regulação Médica das Urgências para encaminhamento imediato dos pacientes com AVC aos hospitais habilitados para o atendimento. Deve contar com estrutura física composta por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra-referência dentro de uma Rede de Atenção;

Manter comunicação contínua entre o transporte e a unidade receptora;

Utilizar protocolo unificado de cuidados pré-hospitalares conforme as diretrizes clínico-assistenciais definidas pelo Ministério da Saúde (MS);

Implantar uma escala de avaliação pré-hospitalar para aumentar a especificidade diagnóstica, o que prevê treinamento simples e rápido para aplicação;

Não pode realizar trombólise para o AVC agudo.

Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas e 16 horas)

UPAs são integrantes da Rede de Urgências e Emergências e devem contar com estruturas de complexidade intermediária para o atendimento do usuário com evento cerebrovascular agudo. A estratégia visa atendimento inicial do paciente e está diretamente relacionada ao trabalho do Componente Móvel de Urgência, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação;

Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II e Tipo III aos Pacientes com AVC

Habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II e Tipo III aos Pacientes com AVC, conforme descrito abaixo:

Tipo I:

Estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT específicos, e que cumpram com os seguintes requisitos:

Realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

Realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

Dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com, título de especialista em neurologia, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

Disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos;

Fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina);

Possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

Possuir UTI Tipo II ou III;

Realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral;

Dispor de equipe neurocirúrgica vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas); e

Realizar serviço de hemoterapia.

Tipo II

Além dos quesitos necessários para o Tipo I, deve contar com Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo). Necessita de área física definida, no mínimo, com 05 leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação), oferecendo, inclusive tratamento trombolítico endovenoso

para o AVC isquêmico. O atendimento é feito de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia. O tratamento de fase aguda é coordenado pelo neurologista.

O hospital deve realizar os seguintes procedimentos: eletrocardiograma (ECG), Serviço de laboratório clínico em tempo integral, Serviço de radiologia, Serviço de hemoterapia, ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais), ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e angiografia. E possuir acesso garantido por meio de termo de compromisso: aos seguintes procedimentos: angiotomografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.

Recursos Humanos

Cada U-AVC Agudo deve ter pelo menos:

01 (um) responsável técnico, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia, reconhecida pelo MEC);

Médico vinte e quatro horas por dia;

Enfermeiro vinte e quatro horas por dia;

01 (um) técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, vinte e quatro horas por dia;

Suporte diário de fisioterapeuta;

Suporte diário de fonoaudiólogo;

Suporte de neurologista vinte e quatro horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;

Recursos Materiais

A U-AVC Agudo deve possuir, no mínimo, 5 (cinco) leitos com os seguintes equipamentos e materiais:

Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

01 (um) estetoscópio/leito;

Pelo menos dois (02) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Materiais para aspiração;

Kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril - 01(um);

Equipamento desfibrilador/cardioversor: 01 (um) para unidade;

Eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento por unidade;

Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para unidade;

Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 5 (cinco) leitos;

Cilindro transportável de oxigênio;

Máscara facial com diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 03 (três) leitos;

Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, um para cada leito.

Tipo III

Além dos quesitos necessários para o Tipo II, deve contar com Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral). A U-AVC Integral inclui a U-AVC Agudo, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico. É necessário possuir, no mínimo, 10 leitos e objetivar o atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição (exceto aqueles que necessitarem de terapia intensiva e aqueles para os quais for optado por suporte com cuidados paliativos). Tem, também, o papel de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. Deve contar com Ambulatório especializado para dar suporte à Rede (preferencialmente próprio ou referenciado).

O hospital deve realizar os seguintes procedimentos: eletrocardiograma (ECG), Serviço de laboratório clínico em tempo integral, Serviço de radiologia, Serviço de hemoterapia, ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais), ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e angiografia. E possuir acesso garantido por meio de termo de compromisso: aos seguintes procedimentos: angiotomografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.

Recursos Humanos

Cada U-AVC Integral deve ter pelo menos:

01 (um) responsável técnico, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia, reconhecida pelo MEC);

01 (um) médico, vinte e quatro horas por dia;

Suporte de neurologista vinte e quatro horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;

01 (um) enfermeiro exclusivo na unidade;

01 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos;

01 (um) Fisioterapeuta para cada 10 leitos (6 horas/dia);

01 (um) Fonoaudiólogo para cada 10 leitos (6 horas/dia);

01 (um) Terapeuta ocupacional para cada 10 leitos (6 horas /dia);

01 (um) assistente social 06 horas/dia de segunda à sexta;

Suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

Recursos Materiais

A U-AVC Integral deve possuir, no mínimo, 10 (dez) leitos com os seguintes equipamentos e materiais:

Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

01 (um) estetoscópio/leito;

02 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos;

Cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de freqüência respiratória, oximetria de pulso, freqüência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não-invasiva;

Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 05 (cinco) leitos;

Materiais para aspiração;

Eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento por unidade;

Kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio,

tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril - 01(um);

Equipamento desfibrilador/cardioversor: 01 (um) para unidade;

Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para unidade;

Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

Cilindro transportável de oxigênio.

A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo:

Profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

Alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico (salvo situações específicas);

Alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou Flutter (salvo contraindicações);

Uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

Alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico (salvo contraindicações);

Alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

Porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda, atendidos na Unidade de AVC;

Tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

As seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

Mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

Tempo porta-tomografia < 25 minutos;

Tempo porta-agulha < 60 minutos.

DIRETRIZES CLINICO-ASSISTENCIAIS

As presentes diretrizes clínico-assistenciais se prestam a auxiliar os serviços no manejo do paciente com AVC agudo e servir como referência de conduta clínica para o Ministério da Saúde. São abordados os temas Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi), Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP) e Hemorragia subaracnóidea espontânea (HSAe). Como toda linha, trata-se de referências de conduta que devem, em todas as circunstâncias, ser avaliadas no contexto clínico individualizado de cada paciente.

Uma vez que o diagnóstico definitivo das condições supracitadas só se dá após realização da tomografia de crânio, todo o conteúdo abaixo que se refere ao atendimento pré-hospitalar é comum às três condições. A partir do item Atendimento Hospitalar cada uma terá orientação específica.

Atendimento pré-hospitalar

O AVC sempre é uma emergência médica e todo o paciente deve ser atendido no hospital, mesmo que os sintomas sejam transitórios (Ataque isquêmico transitório - AIT). O principal objetivo do atendimento pré-hospitalar é direcionar o paciente para o hospital o mais rápido possível, priorizando os pacientes potenciais candidatos à terapia trombolítica. O atendimento pré-hospitalar compreendem, os Centros de Saúde, UPA 24h, Serviços 24 horas de Urgência (não referenciados para AVC) e SAMU 192.

Detecção:

O diagnóstico de AVC deve ser suspeitado sempre que o paciente apresentar início súbito de déficit focal, com ou sem alteração do nível de consciência. Principais sinais de alerta:

Perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo – face e/ou membro superior e/ou membro inferior;

Dificuldade súbita de falar ou compreender;

Perda visual súbita em um ou ambos os olhos;

Súbita tontura, perda de equilíbrio e ou de coordenação;

Dor de cabeça súbita, intensa sem causa aparente.

A escala pré-hospitalar de AVC deve ser aplicada para reconhecer os sinais mais frequentes. Um sinal positivo (com início súbito) é suficiente para suspeitar de um AVC:

Avaliar três itens	Comando	Verifique
Face	Dê um sorriso	Veja se há desvio da boca
Força	Eleve os dois braços	Veja se um braço cai por perda de força
Fala	Diga uma frase: "o céu é azul"	Veja se a fala está alterada

Cuidados clínicos pré-hospitalares:

Verificar os sinais vitais (pressão arterial, pulso, saturação, temperatura axilar);

Posicionar a cabeceira a 0 (exceto se vômitos. Neste caso manter cabeceira a 30 graus);

Acesso venoso periférico em membro superior não parético;

Administrar oxigênio por cateter nasal ou máscara, se oximetria < 92%;

Checar glicemia capilar – hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se glicose < 70 mg/dl administrar glicose hipertônica 50% 20 ml;

Aplicar a escala pré-hospitalar de AVC;

Determinar a hora do início dos sintomas e sinais, que pode ser referida pelo paciente (se este estiver orientado e coerente) ou pelo acompanhante (o horário do início dos sintomas é o último momento que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos. No caso do início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir);

Não reduzir níveis pressóricos, exceto se pressão arterial sistólica ≥ 220 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg, ou se outra doença associada exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar);

Não administrar grande volume de fluido a não ser em caso de hipotensão (em caso de necessidade, utilizar soro fisiológico 0,9%);

Utilizar antitérmico se temperatura axilar > 37,5°C (Dipirona 1000 mg IV);

Se atendimento no pré-hospitalar fixo, acionar o serviço móvel de urgência o mais rápido possível (SAMU 192 onde este estiver implantado) para transferência ao serviço referenciado de atendimento ao paciente com AVC;

Resgate pela ambulância no domicílio ou nas unidades de pronto atendimento ou serviços 24h deve priorizar o paciente com AVC;

Notificar o hospital de destino;

Levar o acompanhante (preferencialmente que tenha presenciado o inicio dos sintomas) para o hospital;

Nas UPAs 24H e Atendimentos 24 horas, enquanto aguardam a remoção para o serviço referenciado para o AVC, pacientes não candidatos à terapia trombolítica devem seguir as seguintes orientações:

Dieta suspensa até avaliação da capacidade adequada de deglutição;

No caso de não haver possibilidade de transferência do paciente, realizar teste de triagem para disfagia. Não havendo alteração ao teste, iniciar medicação oral e dieta pastosa hipossódica, com cabeceira a 90 graus, sob supervisão;

Antitérmico se temperatura axilar (TAx) ≥ 37,5° C: Paracetamol 500 mg se via oral presente ou Dipirona 1000 mg IV se ausente;

Administrar AAS 300mg VO uma vez ao dia;

Captopril 25 mg VO até 6/6 horas se PAS ≥ 220mmHg ou PAD ≥ 120 mmHg ou se outra condição clínica exigir controle mais estreito;

Hidratação venosa à base de solução fisiológica a 0,9% IV contínuo (atenção ao volume infundido em pacientes sabidamente cardiopatas).

Regulação

O SAMU 192 será o responsável pela triagem dos pacientes com suspeita de AVC, devendo priorizá-los e direcioná-los, após contato, e no menor tempo possível, ao hospital de referência mais adequado e habilitado em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II ou Tipo III aos Pacientes com AVC, sem a necessidade de passar por outro método de triagem ou regulação. Se o atendimento inicial do paciente com AVC for realizado em unidade hospitalar não referenciada ou Unidade de Pronto

Atendimento ou Unidade Básica de Saúde, o SAMU 192 será acionado para efetuar o transporte para uma unidade de referência.

Atendimento na UPA

Cuidados clínicos do Acidente Vascular Cerebral isquêmico

Confirmação do diagnóstico de AVC;

Paciente transferido para o local de atendimento agudo;

Confirmação do horário do início dos sintomas (último momento em que o paciente foi visto sem sintomas ou sinais neurológicos);

Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH);

Pacientes em condições de iniciar trombólise intravenosa em menos de 4,5 horas do início dos sintomas: desencadear protocolo de trombólise;

Pacientes com contraindicação para trombólise, seguir protocolo de atendimento geral;

Considerar craniectomia descompressiva em pacientes com infartos extensos em território de artéria cerebral média por meio de protocolo específico;

Pacientes com diagnósticode AVC hemorrágico ou hemorragia subaracnóidea, desencadear protocolos específicos.

Critérios para a Terapia Trombolítica

Cuidados gerais

Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar);

Glicemia capilar à admissão. Monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão. Monitorar de 1/1h se glicemia alterada a admissão;

Puncionar acesso venoso calibroso, preferencialmente em membro não parético;

Eletrocardiograma em 12 derivações;

Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, ureia;

Solicitar TC crânio sem contraste;

Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): neurologista, clínico ou enfermeiro;

Manejo dos parâmetros fisiológicos no AVC isquêmico:

PRESSÃO ARTERIAL (PA): No paciente candidato à trombólise ou pós-trombólise, a PA deve ser controlada com anti-hipertensivo EV e mantida < 180/105 mmHg. Tentar manter PAS preferencialmente > 160 mmHg:

Esmolol: 1 amp = 2500 mg=10 ml: Diluir 1 amp. em 240 ml de SF 0,9% = 10 mg/ml. Dose de ataque: 0,5 mg/Kg em 1 minuto

- paciente de 70 kg=3,5 ml. Depois, infusão contínua de 0,05- 3,0 mg/kg/min (iniciar com a menor dose e ajustar a cada 4 minutos, repetindo a dose de ataque e aumentando a infusão até atingir a PA desejada). (ATENÇÃO AOS CUIDADOS E RESTRIÇÕES DE USO);

Nitroprusseto de sódio: 1 ampola (50 mg), diluída em solução de glicose 5%. Aplicar EV: 0,5 a 8 µg/Kg/min, fazendo reajustes, se necessário, a cada 10 minutos (ATENÇÃO AOS CUIDADOS E RESTRIÇÕES DE USO – PRINCIPALMENTE HIPOTENSÃO ARTERIAL);

Nos pacientes não submetidos à trombólise, utilizar anti- hipertensivo se PAS ≥ 220mmHg ou PAD ≥ 120mmHg ou se suspeita de dissecção de aorta, Infarto agudo do Miocárdio concomitante, edema agudo de pulmão;

Se o paciente apresentar hipotensão com o tratamento anti-hipertensivo, iniciar infusão de solução fisiológica (SF 0,9% 500 ml em bolus se PAS < 140 mmHg) e, se esta não for efetiva, iniciar vasopressor (norepinefrina 4 mg/4 ml: 2 ampolas em 242 ml SF– se PAS < 140 mmHg sem resposta à volume).

Manter a saturação de oxigênio ≥92%: O2 cateter nasal ou máscara;

Manter temperatura axilar menor que 37,5□C;

Manter glicemia > 70 mg/dl e < 200 mg/Dl;

Manter monitoração cardíaca contínua para detecção precoce de alterações miocárdicas isquêmicas ou arritmias;

Considerar intubação endotraqueal se Glasgow ≤ 8. Não deve ser guiada somente por um determinado valor de corte da Escala de

Coma de Glasgow, mas por evidência de rebaixamento de consciência com claro sinal clínico de insuficiência respiratória (pO2 < 60mmHg ou pCO2 > 50 mmHg), ou se evidente risco de aspiração. Sedação adequada deve preceder o procedimento de intubação independentemente do nível de consciência à admissão.

Soro Fisiológico 0,9% IV contínuo (cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca);

Não utilizar solução glicosada isotônica 5% para repor volume.

Prescrição padrão inicial para AVC Isquêmico Agudo sem Trombólise deve contar com (além dos cuidados já descritos):

Dieta suspensa até avaliação da capacidade adequada de deglutição pela Fonoaudiologia;

Estatina VO/SNE;

- AAS 100-300 mg/dia;

Se contraindicação à AAS: Clopidogrel 75 mg 4 comprimidos VO no primeiro dia seguidos de 75 mg/dia (durante internação hospitalar);

Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia ou heparina não-fracionada 5000 UI SC 8/8 h (em pacientes de risco para TVP).

Prescrição padrão inicial para AVC Isquêmico Agudo com Trombólise

Dieta suspensa;

Puncionar dois acessos venosos periféricos calibrosos antes da trombólise;

Monitoração cardíaca e oximetria continua;

Monitoração da pressão arterial não invasiva – 15/15 min;

Manter a PAS entre 160 e <180 mmHg e a PAD < 105 mmHg;

Glicemia capilar de 1/1h;

Escala NIH 30/30 min nas primeiras 6 horas e depois 1/1h nas primeiras 24 horas;

Se piora súbita ≥ 4 pontos na escala do NIH e/ou cefaleia intensa, piora do nível de consciência, elevação súbita da pressão arterial, náuseas e vômitos: solicitar TC crânio sem contraste urgente, hemograma, TP, PTTa, plaquetas e fibrinogênio e acionar neurologista;

Não utilizar antiagregantes, heparina ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas pós-trombolítico;

Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;

Não introduzir sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do trombolítico;

Não introduzir sonda nasoenteral nas primeiras 24 horas após a infusão do trombolítico;

Alteplase 50mg/50 ml: 0,9 mg/Kg (até no máximo 90mg), 10% EV em bolus e o restante em bomba de infusão em 1 hora;

Esmolol ou Nitroprusseto de sódio ou Metoprolol EV (Alvo: PAS> 160 mmHg e < 180/105 mmHg) – não iniciar trombólise se a PA não estiver controlada;

Estatina;

Hidratação venosa à base de solução fisiológica 0,9%.

AVC HEMORRÁGICO

Dentro do grupo dos Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos, o presente texto abordará distintamente os cuidados relativos à Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP) e Hemorragia Subaracnóidea espontânea (HSAe).

Hemorragia Intraparenquimatosa

Habitualmente, o quadro clínico da HIP consiste de déficit neurológico focal de início súbito, com alguma piora progressiva do quadro em poucas horas, associado à cefaleia intensa, náuseas e vômitos, redução do nível de consciência e grandes elevações pressóricas arteriais. Porém, em cerca de um terço dos pacientes o auge dos sintomas pode ocorrer logo no início do quadro. Os demais sintomas, apesar de consideravelmente mais frequentes na HIP do que no AVC isquêmico, não raramente podem se manifestar neste.

Apesar de poder se suspeitar da maior probabilidade de um quadro de AVC agudo se tratar de uma HIP por dados clínicos, a confirmação

diagnóstica inequívoca não pode se dar somente com estes dados. É absolutamente essencial a realização de uma TC de crânio sem contraste para a definição diagnóstica.

Cuidados pré-hospitalares

Uma vez que o diagnóstico diferencial inequívoco entre HIP e AVC isquêmico não pode ser realizado sem uma TC de crânio, ambos os eventos devem compartilhar de cuidados clínicos pré-hospitalares idênticos (descritos anteriormente pra o AVCi).

Cuidados hospitalares

Atenção especial inicial deve ser dada a patência de vias aéreas e ventilação. A intubação oro traqueal não deve ser guiada somente por um determinado valor de corte da Escala de Coma de Glasgow, mas por evidência de rebaixamento de consciência com claro sinal clínico de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60mmHg$ ou $pCO_2 > 50$ mmHg), ou se evidente risco de aspiração. Sedação adequada deve preceder o procedimento de intubação independentemente do nível de consciência à admissão.

Um importante fator de piora prognóstica é o controle pressórico inadequado nas primeiras horas. Nas HIP, ao contrário do AVCi, não há permissividade com níveis pressóricos muito elevados e o tratamento anti-hipertensivo deve ser mais agressivo (devido ao maior risco de resangramento precoce determinado pelos níveis tensionais elevados).

De fato, diversos fatores influenciam no manejo adequado da PA nestes pacientes: HAS prévia, causa da hemorragia, presença de hipertensão intracraniana (HIC), entre outros.

Controle da Pressão Arterial

PAS > 200 ou PAM > 150mmHg: redução agressiva da PA com medicação EV contínua e monitorização preferencialmente invasiva

contínua (na impossibilidade de monitorização invasiva , monitorar de forma intermitente a cada 5 min);

PAS > 180 ou PAM > 130mmHg com possibilidade de HIC: monitorização da PIC e redução da PA usando medicações EV contínuas ou intermitentes, mantendo a PPC ≥ 60mmHg;

PAS >180 ou PAM > 130mmHg sem evidencias de HIC: reduções menores da PA (PAM de 110mmHg ou 160 X 90mmHg) usando medicações EV contínuas ou intermitentes, com reexame clínico do paciente a cada 15 min.

Controle da Temperatura corporal

Como todo paciente neurológico grave, na HIP a hipertermia se configura num importante preditor de mau prognóstico. Portanto, a monitoração da temperatura axilar (2/2h) e o agressivo tratamento de temperatura superior a 37,5o são imprescindível.

Oferta de fluidos:

O uso de solução glicosada a 5% deve ser evitado, dando preferencia ao soro fisiológico a 0,9%, objetivando a euvolemia.

Profilaxia para crises epilépticas

Os pacientes com história pregressa de crises epilépticas ou com crise durante o atual evento devem receber anticonvulsivante em dose de manutenção (Fenitoína 100mg 8/8h). Nos demais casos, não há indicação de profilaxia com anticonvulsivantes.

Hipertensão Intracraniana

A HIC é complicação frequente na fase aguda da HIP e deve se atentar a esta possibilidade diagnóstica para monitorização e tratamento adequado o mais breve possível. A monitoração da pressão intracraniana (PIC) deve ser instituída nos pacientes com Glasgow < 9 ou com rápida piora de pelo menos 2 pontos na mesma escala. Aqueles pacientes com hematomas muito volumosos (supratentorial >10ml e

infratentorial > 3ml) ou hemoventrículo e com necessidade de sedação também podem ser candidatos a monitoração da PIC.

O objetivo da monitoração da PIC é mantê-la < 20 mmHg com pressão de perfusão cerebral > 60 mmHg. O controle da HIC deve ser realizado sob protocolos específicos visando à estrutura e familiaridade de cada serviço com as estratégias terapêuticas.

Tratamento cirúrgico

Se de origem hipertensiva, em áreas não suspeitas da presença de aneurisma cerebral ou devido à angiopatia amiloide, nos idosos, o tratamento ideal visa evitar o sangramento contínuo, manejar adequadamente a PIC e programar o momento ideal da descompressão cirúrgica, que deve ser considerada: em pacientes com hemorragia cerebelar que vem piorando o quadro neurológico ou os que têm compressão do tronco cerebral e/ou hidrocefalia por obstrução ventricular (operar o mais breve possível), pacientes apresentando hematomas lobares supretentoriais > 30ml, a menos de 1cm do

córtex, hemorragia intracraniana associada à lesão estrutural, pacientes jovens com moderadas ou grandes hemorragias lobares, que estejam clinicamente deteriorando.

A ventriculostomia com monitorização da PIC intraventricular deve ser procedida nos casos de hidrocefalia aguda, sem hematoma a ser drenado (hemorragias intraventriculares ou hemorragias de tronco cerebral). Nos casos de sangramento em área suspeita de aneurisma cerebral, proceder a exame de imagem para estudo vascular cerebral.

Seguimento propedêutico

Uma angiografia cerebral deve ser considerada nos pacientes jovens, normotensos, clinicamente estáveis, sem causa clara para a hemorragia em questão.

A RM de crânio em fase tardia pode ser útil no diagnóstico de pacientes normotensos com angiografia normal e suspeita de cavernoma ou malformações arteriovenosas, que sejam candidatos a intervenção.

Prescrição inicial – HIP

Dieta oral suspensa até avaliação formal da deglutição (preferencialmente por fonoaudiólogo – SNE se impossibilidade de VO);

Monitoração contínua: PNI, ECG, SatO2;

Diurese: 12/12h;

Cabeceira elevada a 30o;

Profilaxia para TVP;

Proteção gástrica;

Dipirona IV se Tax > 37,5°;

Bromoprida (preferencialmente) ou Metoclopramida se náusea ou vômito;

Anti-hipertensivo conforme texto;

Fenitoína conforme texto;

Hidratação venosa à base de SF 0,9%.

Hemorragia Subaracnóidea Espontânea

A Hemorragia Subaracnóidea Espontânea (HSAe) é uma emergência médica com elevadíssimas taxas de morbimortalidade. A causa mais comum é a ruptura de um aneurisma cerebral. Classicamente, ela se manifesta com cefaleia aguda, de início abrupto, súbito, explosivo, e de forte intensidade desde o início, vômitos, rigidez de nuca e alteração do nível de consciência. O quadro clínico, habitualmente, é muito exuberante não criando maiores dificuldades para se considerar a hipótese diagnóstica. Porém, com certa frequência, nos deparamos com quadros menos exuberantes, sem alteração de consciência ou

sinais meníngeos, sendo que as queixas se restringem a uma cefaleia muito forte com náuseas e por vezes vômitos.

Assim, pode se assemelhar muito a crises migranosas (enxaquecosas), o que pode levá-la a ser subdiagosticada. A forma mais segura para se ter uma maior sensibilidade diagnóstica nestes casos difíceis consiste em uma boa história do episódio de cefaleia, com especial atenção a sua forma de instalação (súbita) e a sua intensidade (com grande frequência é referida como a cefaleia mais intensa da vida).

Diante da suspeita de uma HSAe, deve-se proceder a uma tomografia de crânio sem contaste em regime de urgência. Esta define o diagnóstico na grande maioria das vezes. Porém, hemorragias discretas podem não ser visualizadas à TC crânio e, nestes casos, uma punção lombar é recomendada.

Definido o diagnóstico, o mais brevemente possível, deve se realizar uma angiografia cerebral seletiva para documentar a presença e estudar a anatomia de aneurismas cerebrais. Na impossibilidade de realização de uma angiografia em tempo hábil, pode-se considerar um angiotomografia ou angioressonância cerebrais.

Considerando que o resangramento e o vaso espasmo cerebral são o maiores determinantes de desfecho desfavorável, toda a atenção deve ser dada para prevenir estas situações.

O vaso espasmo cerebral é uma condição muito frequentemente associada à HSAe e deve ser sistematicamente monitorado por meio de Doppler transcraniano (DTC). O diagnóstico definitivo do vaso espasmo e sua quantificação são feito por meio de angiografia cerebral, mas o DTC tem fundamental importância na monitoração destes casos.

Prevenção e tratamento do vaso espasmo cerebral

Nimodipino oral: 60mg, 4/4h (SNE);

Evitar hipovolemia;

Terapia dos 3 Hs (expansão de volume, indução de hipertensão e hemodiluição);

Angioplastia cerebral e/ou uso de vasodilatador intra-arterial.

Medidas para prevenir resangramento

Repouso absoluto;

Pressão arterial deve ser monitorada e controlada levando-se em conta o risco de resangramento e a pressão de perfusão cerebral (PPC);

Intervenção cirúrgica ou embolização endovascular precoces do aneurisma roto.

Tratamento de aneurismas rotos

Clipagem cirúrgica ou tratamento endovascular devem ser realizados o mais precocemente possível para reduzir a taxa de resangramento de aneurismas após HSAe.

Aneurismas envoltos, revestidos, parcialmente clipados ou embolizados tem risco aumentado de resangramento. Obliteração completa do aneurisma é o ideal, sempre que possível.

Tratamento precoce dos aneurismas reduz risco de resangramento e permite implementar medidas anti-vasoespasmo cerebral.

Profilaxia para crises convulsivas

A administração de anticonvulsivante profilático é recomendada no período pós- hemorrágico imediato (por até três dias). O uso, em longo prazo, só é recomendado nos indivíduos com maior risco (história de convulsões prévias, hematomas intraparenquimatosos, isquemias ou aneurismas de artéria cerebral média).

Prescrição inicial – HSAe

Dieta oral suspensa até avaliação formal da deglutição (preferencialmente por fonoaudiólogo – SNE se impossibilidade de VO);

Monitoração contínua: PA invasiva, ECG, SatO2;

Diurese: 12/12h;

Cabeceira elevada a 30°C;

Considerar profilaxia para TVP;

Proteção gástrica;

Dipirona IV se Tax > 37,5°C;

Bromoprida (preferencialmente) ou Metoclopramida se náusea ou vômito;

Anti-hipertensivo conforme texto;

Fenitoína 100mg de 8/8h;

Nimodipino 60mg de 4/4h;

Hidratação venosa à base de SF 0,9%.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (NIHSS ADAPTADA)

VERSÃO E ADAPTAÇÃO AO PORTUGUÊS DA NIH STROKE SCALE UTILIZADA EM ESTUDO DE CONFIABILIDADE NO BRASIL

NIH STROKE SCALE (NIHSS)

ESCALA DE AVC DOS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE

Instruções	Definições da Escala	Pontos
1ª.Nível de Consciência: sempre escolher uma resposta, mesmo que uma avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como tubo endotraqueal, barreira de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Pontuar 3 somente se o paciente não apresentar movimentos (outro que postura reflexa) em resposta ao estímulo doloroso.	0= Alerta; responde com vivacidade. 1= Não está alerta, mas desperta com estímulo menor, obedecendo e respondendo. 2= Não está alerta, necessita de estimulação repetida para atender, ou está obnubilado necessitando de estimulação forte ou dolorosa para fazer movimentos (não estereotipados). 3= Responde somente com reflexos motores ou automáticos, ou totalmente irresponsivo, flácido, arreflexo.	▫

1b. Nível de Consciência – Perguntas: perguntar o mês atual e a idade do paciente. A resposta deve ser correta. Não existe crédito parcial para uma resposta aproximada. Pacientes afásicos ou estuporosos que não compreendem as questões, pontuam 2. Pacientes incapazes de falar por entubação endotraqueal, trauma orotraqueal, disartria severa por qualquer causa, barreira de linguagem ou qualquer outro problema não secundário à afasia, pontuam 1. É importante que somente a resposta inicial seja pontuada e que o examinador não ajude o paciente com "dicas" verbais ou não verbais.	0= Responde ambas as questões corretamente. 1= Responde a uma questão corretamente. 2= Nenhuma questão é respondida corretamente.	▫
1c. Nível de Consciência – Comandos: solicitar ao paciente para fechar e abrir os olhos e, após fechar e abrir a mão não par ética. Substitua por outro comando de uma etapa se as mãos não podem ser usadas. Pontue-se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada por fraqueza musculas. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser-lhe demonstrada (pantomima), pontuando o resultado (obedece a dois, um ou nenhum comando). Pacientes com trauma, amputação ou outros impedimentos físicos devem receber comandos de uma etapa adequados. Somente a primeira tentativa é pontuada.	0= Executadas ambas as tarefas corretamente. 1= Executa somente uma tarefa corretamente. 2= Nenhuma tarefa é executada corretamente.	▫ 679
2. Melhor Olhar Conjugado: Somente movimentos oculares Horizontais serão testados.	0= Normal. 1= Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é	▫

Movimentos oculares voluntários Ou reflexos (oculo cefálicos) serão pontuados, mas testes calóricos não serão feitos. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar que pode ser sobrepujado por atividade reflexa ou voluntária, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma paresia isolada de nervo periférico (III, IV ou VI), pontue 1. O olhar conjugado é testável em todos pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira pré-existente ou outro transtorno da acuidade ou campos visuais deve ser feita pelo investigador. Estabelecer contato com os olhos e movimentar-se de um lado para o outro em frente ao paciente poderá tornar clara a presença de uma paralisia parcial de movimento ocular.	dada quando o olhar conjugado for anormal em um ou em ambos os olhos, mas quando não houver um desvio forçado ou paralisia total do olhar conjugado. 2= Desvio forçado ou paralisia total do olhar conjugado não modificada pela manobra oculocefálica.	680
3. Campos Visuais: os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando movimentos dos dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. Se o paciente olha apropriadamente para o lado dos dedos em movimento isto pode ser pontuado com normal. Se existe cegueira ou enucleação unilateral, os campos visuais no olho remanescente são pontuados. Pontua 1 somente se uma clara assimetria é encontrada, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontua	0 = Sem perda visual. 1= Hemianopsia parcial. 2= Hemianopsia parcial. 3=Hemianopsia bilateral (cegueira incluindo cegueira cortical).	□

3. Utilizar estimulação dupla simultânea nesta etapa. Se existe extinção o paciente recebe 1 e os resultados serão utilizados para responder a questão 11.		
4. Paralisia Facial: Pergunte, ou use pantomima, para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou elevar as pálpebras e fechar os olhos. Pontue a simetria da expressão facial em resposta ao estímulo nocivo no paciente com pouca resposta ou que não compreende. Se trauma, curativo, entubação endotraqueal ou outras barreiras físicas obscurecerem a face, devem ser removidos na medida do possível.	0= Movimento simétrico normal. 1= Paralisia leve (sulco nasolabial apagado, assimetria ao sorrir). 2= Paralisia parcial (paralisia total ou quase total da face inferior). 3= Paralisia completa de um ou ambos os lados (ausência de movimento facial nas faces superior e inferior).	▫
5 & 6: Motricidade de braços e pernas: o membro é colocado na posição apropriada: estenda os braços (palmas das mãos para baixo) 90 graus (se sentado) ou 45 graus (se deitado) e as pernas 30 graus (testar sempre em supino). Queda é pontuada se o braço cai antes de 10 segundo ou a perna antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado usando-se urgência na voz e pantomima, mas não estímulo nocivo. Cada membro é testado separadamente, iniciando com o braço não parético. Somente no caso de amputação ou fusão articular no ombro ou quadril pode a pontuação ser "9" e o examinador deve escrever claramente a explanação para pontuar "9".	0+ Sem queda, a perna mantém 90 (ou 45) graus durante 10 seg. 1= Queda, mantém o membro 90 (ou 45) graus, mas cai antes dos 10 segundo, sem atingir a cama ou outro suporte. 2= Algum esforço contra gravidade; o membro não atinge ou não consegue manter os 90 (ou 45) graus; cai até a cama, mas existe algum esforço contra a gravidade. 3= Sem esforço contra a gravidade; o membro cai. 4= Sem movimento. 9= Amputação, fusão articular. Explicar: 5a. Braço esquerdo. 5b. Braço direito.	▫
	0= Sem queda, a perna mantém os 30 graus durante os 5 segundos.	▫

	1= Queda, a perna cai antes dos 5 segundos, mas não atinge a cama. 2= Algum esforço contra gravidade; a perna cai na cama em 5 segundos, mas existe algum esforço contra a gravidade. 3= Sem esforço contra a gravidade; a perna cai imediatamente. 4= Sem movimento. 9= Amputação, fusão articular. Explicar: 6a. Perna esquerda. 6b. Perna direita.	
7. Ataxia apendicular: o objetivo deste item é identificar a existência da lesão cerebelar unilateral. Teste com ambos os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se de realizar o teste no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz-dedo e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e ataxia é pontuada somente se presente além da proporção causada por uma fraqueza muscular. Ataxia é considerada ausente no paciente que não pode compreender ou que está paralisado. Somente no caso de amputação ou fusão articular pode ser pontuado "9" e o examinador deve claramente escrever a explicação de não pontuar. No caso de cegueira, pedir para o paciente tocar o nariz a partir da posição de extensão do braço.	0= Ausente. 1= Presente em um membro. 2= Presente em dois membros. Se presente, ataxia em braço direito 1= Sim 2 = Não 9= Amputação, fusão articular. Explicar: Braço esquerdo 1= Sim 2= Não 9= Amputação, fusão articular. Explicar: Perna esquerda 1= Sim 2 = Não 9= Amputação, fusão articular. Explicar:	▫
8. Sensibilidade: testar sensibilidade ou expressão facial ao estímulo doloroso, ou retirada ao estímulo nocivo no paciente afásico ou obnubilado. Somente	0= Normal; sem perda da sensibilidade. 1= Perda da sensibilidade leve ou moderada; o paciente sente que a fincada é menos aguda	▫

a perda da sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas (braços – não mãos, pernas, tronco, face) quantas necessárias para avaliar acuradamente perda hemisensorial. Uma pontuação 2, "severa ou total", somente deve ser dada quando uma perda severa ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Desta forma, pacientes afásicos ou estuporosos provavelmente pontuarão 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco cerebral que tem perda bilateral da sensibilidade é pontuado 2. Se o paciente não responde e é quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são arbitrariamente pontuados 2.	ou é romba no lado afetado; ou existe uma perda da dor superficial com a fincada, mas o paciente está ciente que está sendo tocado. 2= Perda severa ou total da sensibilidade; o paciente não está ciente de ter sido tocado na face, braço ou perna.	683
9. Melhor linguagem: Uma grande quantidade de informação sobre compreensão é obtida durante as seções precedentes do exame. O paciente deve descrever o que está acontecendo na figura, nomear os itens na folha de nomeação, e ler a lista de sentenças em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas bem como a todos os comandos no exame neurológico geral que precedeu. Se há interferência no teste por perda visual, peça ao paciente para identificar objetos colocados na mão, repetir e falar. Ao paciente entubado deve ser solicitado escrever. O paciente em coma (questão 1a= 3) será arbitrariamente pontuado 3. O	0= Sem afasia, normal. 1=Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou da facilidade de compreensão, sem limitação significativa nas ideias expressadas ou na forma de expressão. A redução da linguagem e/ou compreensão torna a conversação sobre o material apresentado difícil ou impossível. O examinador pode identificar, no material apresentado, figuras ou nomeações a partir das respostas do paciente. 2= Afasia severa; toda comunicação é por meio de expressão fragmentada; há grande necessidade de inferência, questionamento, e adivinhação pelo	▫

examinador deve escolher uma pontuação para o paciente em estupor ou com cooperação limitada, mas uma pontuação de 3 deve ser utilizada somente se o paciente está mudo e não segue nenhuma etapa dos comandos.	examinador. A variedade de informação que pode ser trocada limitada; o examinador carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar os materiais apresentados a partir das respostas do paciente. 3= Mudez, afasia global; sem linguagem aproveitável ou compreensão auditiva.	
10. Disartria: se o paciente é considerado normal, uma amostra adequada da linguagem deve ser obtida solicitando-se que leia ou repita as palavras da lista em anexo. Se o paciente tem uma afasia severa, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Somente se o paciente está entubado ou tem outras barreiras físicas para a produção da linguagem, este item pode ser pontuado "9" e o Examinador deve claramente escrever uma explanação por não pontuar. Não diga ao paciente porque ele está sendo testado.	0= Normal. 1= Leve a moderada; o paciente arrasta pelo menos algumas palavras e, na pior situação, pode ser entendido com alguma dificuldade. 2= Severa; a fala do paciente é tão arrastada que se torna ininteligível, na ausência ou desproporcional à Qualquer disfasia, ou paciente é mudo/anartrico. 9= Entubado ou outra barreira física. Explicar:	▫
11. Extinção e intenção (prévia negligencia): informação Suficiente para identificar negligencia pode ser obtida durante a testagem anterior. Se o paciente tem uma perda visual severa que impede a estimulação visual dupla simultânea e o estímulo cutâneo, a pontuação é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atender a ambos os	0= Sem anormalidade 1= Inatenção ou extinção visual tátil, auditiva, espacial ou pessoal à estimulação simultânea bilateral em uma das modalidades de sensibilidade. 2= Hemi-inatenção profunda ou hemi-inatenção a mais do que uma modalidade. Não reconhece sua própria mão ou	▫

lados, a pontuação é normal. A presença de negligencia espacial visual ou a anosognosia pode ser considerada como evidencia de anormalidade. Desde que a anormalidade é pontuada somente se presente, este item nunca é não testável.	orienta-se somente a um lado do espaço.	
→ NÃO UTILIZE O "9" PARA PONTUAÇÃO!	PONTUAÇÃO TOTAL NIHSS	▫

1.6.5 Protocolos Clínico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM

INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSSST) é a segunda principal causa de mortalidade no Brasil, e os pacientes que sobrevivem sem tratamento adequado apresentam grande morbidade devido à disfunção ventricular. A identificação precoce associada àinstituição do tratamento adequado reduz drasticamente a mortalidade e morbidade desta patologia.

OBJETIVO

O presente protocolo tem como objetivo de implementar linha de cuidado, padronizar o atendimento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do Segmento ST atendidos na SantaCasa de Belo Horizonte.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

1. Padronização no atendimento do paciente com IAMCSSST;
2. Aumentar a reperfusão coronariana;
3. Redução da mortalidade hospitalar;
4. Redução do tempo de internação hospitalar;

TAREFAS CRÍTICA

1. Confirmar identificação do paciente com prescrição médica;

2. Realização do ECG em 10 minutos;

3. Identificação do Supradesnível do Segmento ST no ECG (diagnóstico do IAM);

4. Identificação dos pacientes elegíveis para terapia de reperfusão coronariana;

5. Emprego no tempo recomendado pelas diretrizes da reperfusão coronariana;

6. Emprego de terapias que reduzam a morbidade e mortalidade;

7. Reabilitação cardíaca precoce;

8. Redução do tempo de permanência hospitalar;

9. Retorno no ambulatório da Cardiologia no Centro de Especialidade Médicas;

METODOLOGIA

Para confecção do protocolo de IAMCSSST foram utilizados o livro texto: Braunwald's Heart Disease 11th Edition (2018). Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2017, Diretriz da American College of Cardiology/American Heart Association de 2013, Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2015. Além dessas, artigos originais foram utilizados quando apropriados, para levantamento bibliográfico foi utilizado as ferramentas: Pubmed e Google acadêmico.

As recomendações classificadas utilizando a metodologia empregada pela American College of Cardiology/American Heart Association e Sociedade Europeia de Cardiologia, conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 1. Grau de Recomendação

Classe de recomendação	Definição	Palavras sugeridas para

		o uso
Classe I	Evidência e/ou acordo geral que um tratamento ou procedimento é benéfico, útil e efetivo.	É recomendado ou indicado
Classe II	Evidência conflitante e/ou uma divergência de opinião acerca da utilidade/eficácia de um tratamento ou procedimento.	
Classe IIa	Peso da evidência/opinião é a favor da utilidade/eficácia.	Deve ser considerado
Classe IIb	Eficácia/utilidade é menos estabelecida por evidência ou opinião.	Pode ser considerado
Classe III	Evidência ou acordo geral que o tratamento ou procedimento não é útil/eficaz, e alguns casos pode ser danoso.	Não é recomendado

687

Tabela 2. Níveis de evidência

Nível de evidência	
Nível A	Dados derivados de múltiplos estudos clínicos randomizados ou metanálises.
Nível B	Dados derivados de um estudo clínico randomizado ou um grande estudo não randomizado.
Nível C	Consenso de especialistas, estudos pequenos, estudo retrospectivo e registros.

DIAGNÓSTICO

RECOMENDA-SE que em todo paciente com dor torácica e/ou sintomas sugestivos de síndrome coronariana aguda, o ECG deva ser realizado dentro de no máximo 10 minutos. (GRAU DE

RECOMENDAÇÃO I, NÍVEL DE EVIDÊNCIA C) – (vide fluxograma 1)

O ECG deverá ser de 12 derivações. As derivações adicionais: V3R e V4R em casos de IAM de paredeinferior (supradesnivelamento de D2, D3 e AVF); V7 - V9 em caso de suspeita de IAM de parede posterior.

CRITÉRIO ELETROCARDIOGRÁFICO PARA DIAGNÓSTICO DE IAMCSSST - ECG COM CALIBRAÇÃO DE 1MV=10MM:

1. Supradesnível de ST em V2-V3:
   - Homens < 40 anos de idade: Supradesnível de ST ≥ 2,5 mm;
   - Homens ≥ 40 anos de idade: Supradesnível de ST ≥ 2 mm;
   - Mulheres: Supradesnível de ST ≥ 1,5 mm;

2. Supradesnível de ST ≥ 1,0 mm em derivações contíguas, exceto em caso de hipertrofia ventricular ou bloqueio de ramo direito.

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO EM PACIENTE COM BRE:

1. Supradesnível de ST concordante ≥ 1mm em derivações com QRS positivo;

2. Depressão de ST concordante ≥ 1 mm em V1-V2;

3. Supradesnível de ST discordante ≥ 5mm em derivações com complexo QRS negativo;

SUGESTIVO DE LESÃO DE TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA:

1. Depressão do segmento ST em mais de 8 derivações associado com elevação do segmento ST em AVR e/ou V1.

CRITÉRIOS DE WINTER PARA DIAGNÓSTICO DE OCLUSÃO DA

ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR:

1. Presença de infradesnível do ST no ponto J nas derivações precordiais;

2. O infradesnível é seguido de onda T positiva simétrica pontiaguda;

3. E na maioria dos casos acompanhado de supradesnível de ST em AVR;

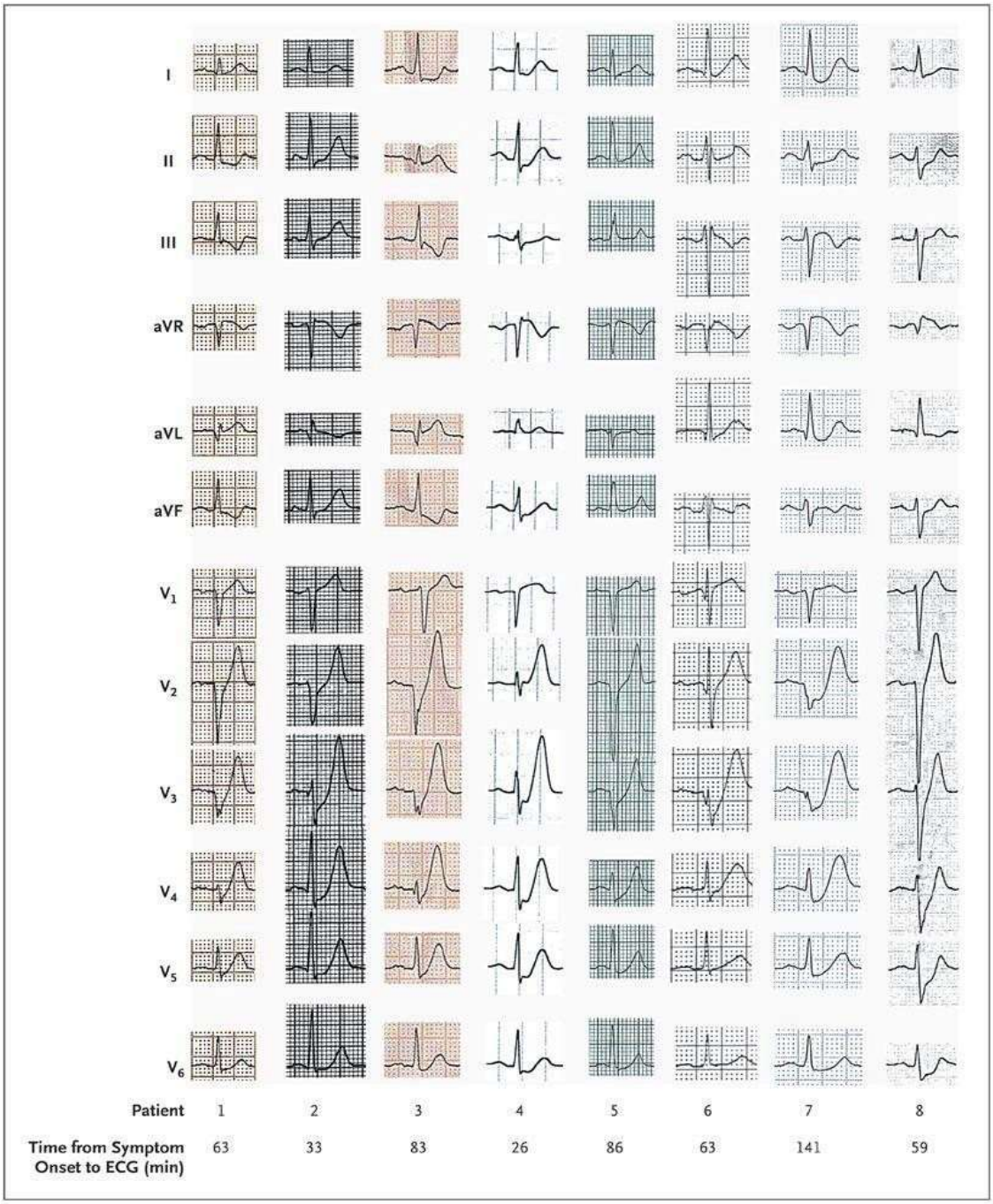


Figura copiada do artigo: Winter, RJ; Wellens, JJ; Wilde, AAM. NEJM 2008;359:2071-2073.

TERAPIA DE REPERFUSÃO

A angioplastia primária é superior a terapia fibrinolítica por conseguir maiores taxas de patência arterial.

INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA

ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA

além de diminuir recorrência dos sintomas, reinfarto, AVE hemorrágico e morte, mas desde que realizada dentro de 90 minutos de admissão hospitalar ou 120 minutos no caso de transferência de outro centro.

PACIENTE COM DIAGNÓSTICO REALIZADO DENTRO DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.

RECOMENDA-SE, na Santa Casa de Belo Horizonte, como terapia de reperfusão a angioplastia primária.

RECOMENDA-SE que logo após o diagnóstico, o médico deve entrar em contato com o plantão da hemodinâmica para realização da angioplastia primária. Concomitantemente, deverá ser prescrito e administrado os antiplaquetários e anticoagulantes se o mesmo não os estiver usando.

PACIENTE COM IAMCSSST DIAGNOSTICADO NA UPA SOLICITANDO TRANSFERÊNCIA PARA SANTA CASA DE BH AINDA NA JANELA TERAPÊUTICA.

RECOMENDA-SE seguir o protocolo da Secretaria de Saúde Municipal de Belo Horizonte para pacientes provenientes da UPA (Vide Fluxograma 3).

RECOMENDA-SE que os pacientes que tiverem indicação para angioplastia primária deverão dar entrada na instituição via serviço de hemodinâmica, e posteriormente serão admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (vide fluxo de paciente externo), com intuito de diminuir o tempo porta-balão.

FIBRINÓLISE

Na indisponibilidade do serviço de hemodinâmica:

- RECOMENDA-SE que o fibrinolítico deva ser adminstrado em até 10 minutos após o diagnóstico[2]. A droga de escolha é a alteplase no seguinte regime: 15 mg em bolus endovenoso, seguido de 0,75 mg/kg endovenoso em 30 minutos, e 0,5 mg/kg em 60 minutos. Dose máxima 100mg.

- RECOMENDA-SE estratificar o risco do paciente para sangramento, são considerados fatores de risco: idade avançada, baixo peso, sexo feminino, doença cerebrovascular prévia e hipertensão arterial sistólica ou diastólica na admissão.

- RECOMENDA-SE verificar as contraindicações para a fibrinólise antes da administração do fibrinolítico. Contraindicações para fibrinolíticos[2]:

Contraindicações Absolutas:

- Acidente Vascular Encefálico hemorrágico em qualquer tempo

- Acidente Vascular Encefálico isquêmico nos últimos 6 meses
- Dano do sistema nervoso central ou neoplasia ou malformação arteriovenosa
- Trauma/cirurgia/trauma craniano recente maior (no mês precedente)
- Sangramento gastrointestinal no último mês
- Distúrbio de coagulação (exceto menstruação)
- Dissecção Aórtica
- Punção não compressível nas últimas 24 horas (ex: biópsia de fígado, punção lombar)

Contraindicações Relativas:

- Ataque isquêmico transitório nos últimos 6 meses
- Terapia anticoagulante oral
- Gravidez ou Puerpério de 1 mês
- Hipertensão arterial refratária (PA sistólica > 180mmHg e/ou PA diastólica > 110mmHg
- Doença hepática avançada
- Endocardite infecciosa
- Úlcera péptica ativa

Ressuscitação traumática ou prolongada

CRITÉRIOS PARA O USO:

1. Dentro da instituição a preferência é para a angioplastia primária, a terapia fibrinolítica deverá ser realizada como contingência na indisponibilidade da hemodinâmica (ex: defeito no aparelho de hemodinâmica) ou tempo de retardo para a reperfusão for acima de 90 minutos (ex: paciente ocupando a máquina e com previsão de término do procedimento acima de 90 minutos).

2. Conforme o fluxo estabelecido da Secretaria Municipal de Saúde[6], pacientes admitidos na Unidade de Pronto Atendimento com menos de 3 horas de dor e sem contraindicação a terapia fibrinolítica, deverá ser submetido a reperfusão medicamentosa (vide fluxo de paciente com IAMCSSST).

ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RECOMENDA-SE para pacientes admitidos na Terapia Intensiva realização das seguintes etapas:

- Verificar a identificação do paciente;
- Monitorização eletrocardiográfica, oximetria de pulso;
- Verificação dos dados vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de O2, nível de consciência;
- Oxigenioterapia somente se saturação < 90% (grau de recomendação I/nível de evidência A);
- Eletrocardiograma de 12 derivações;
- Verificar a medicações que foram administradas em outros serviços/setores;
- Anamnese e exame físico;
- Exames complementares:
  - Troponina;
  - Hemograma;
  - Íons;
  - Prova de função renal;
  - Lipidograma;
  - Coagulograma (principalmente se for após fibrinólise ou estiver em uso de tirofibana);
  - Rx- tórax AP
  - Ecocardiograma transtorácico;
- Prescrição com antiplaquetários, anticoagulantes, estatina, e quando indicados: beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina/antagonista do receptor de angiotensina, espironolactona;
- Preencher o escore de risco TIMI para IAMCSSST;

MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DO IAMCSSST

ANTIPLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES

Medicamentos	Angioplastia Primária	Fibrinólise	Sem terapia de reperfusão
AAS	200mg dose de ataque 100mg dose de manutenção	A mesma dose	A mesma dose
Clopidogrel	600mg dose de ataque 75mg dose manutenção	300mg bolus (acima de 75 anos não tem bolus) 75mg dose manutenção	300mg bolus (acima de 75 anos não tem bolus) 75mg dose manutenção
Tirofiban	Bolus 25□g/kg EV seguido de 0,15□g/kg/min (metade da dose se DRC estágio IV, estágio V contraindicado)	Não tem indicação.	Não tem indicação
Fondaparinux	Não tem indicação	2,5mg/dia SC (contraindicado se clearence < 20 mL/min/1,73m²)	2,5mg/dia SC (contraindicado se clearence < 20 mL/min/1,73m²)
Enoxaparina	Não administrar devido ao protocolo da hemodinâmica	1mg/kg SC de 12/12h (dose de 0,75mg/kg se idade >75 anos) Clearence 15-30 mL/min/1,73m²: dose 1 mg/kg por dia.	1mg/kg SC de 12/12h (dose de 0,75mg/kg se idade >75 anos) Clearence 15-30 mL/min/1,73m²: dose 1 mg/kg por dia

Heparina não fracionada	Antes da coronariografia: Bolus de 60-70UI/kg EV (dose máxima 5.000UI) e infusão 12-15UI/kg/hora, máximo 1.000 UI/hora) TTPa alvo: 1,5 a 2,5 x ocontrole Durante a ICP: 70-100 UI/kg (se uso de tirofiban dose de 50-70UI/kg)	A mesma dose	A mesma dose

ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA

RECOMENDA-SE a heparina não fracionada, principalmente se a via for artéria Femoral, devido ao alto risco de sangramento no sítio de punção. (Grau de Recomendação I, Nível de evidência B)

RECOMENDA-SE a dose de ataque de AAS (200mg) e Clopidogrel (600mg) se possível antes de iniciar o procedimento. (Grau de Recomendação I, Nível de evidência A).

RECOMENDA-SE após a angioplastia primária com sucesso, a anticoagulação será somente na dose profilática para prevenção de tromboembolismo venoso, exceto situações de exceção: fibrilação atrial, trombo em ventrículo esquerdo, ou embolização distal coronariana.

ANGIOPLASTIA DE RESGATE:

RECOMENDA-SE verificar se o paciente recebeu a dose da

dupla antiagregação plaquetária (AAS e Clopidogrel).

RECOMENDA-SE a dose de ataque de 300mg de Clopidogrel, seguido de dose de manutenção de 75mg aodia. Pacientes acima de 75anos de idade, não realizar a dose de ataque, somente 75mg. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

RECOMENDA-SE bolus extra de Enoxaparina se a última dose for maior que 8 horas, dose adicional de 0,3mg/kg endovenoso. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B). Se for menos de 8 horas da últimadose, não há necessidade de dose adicional.

NÃO SE RECOMENDA fazer trocar de enoxaparina para heparina não fracionada devido ao aumento do risco de sangramento com essa manobra. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

FIBRINÓLISE

RECOMENDA-SE a Enoxaparina como anticoagulante de preferência, que deve ser iniciada concomitantemente a infusão do fibrinolítico. RECOMENDA-SE dose de ataque de AAS (200mg).

RECOMENDA-SE dose de ataque de clopidogrel (300mg), seguido de dose de manutenção de 75mg ao dia. Pacientes acima de 75anos de idade, não realizar a dose de ataque. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

* Inibidor de glicoproteína IIb/IIIa (tirofiban) deve ser restrito somente para pacientes submetidos a angiografia coronariana com alta carga de trombo e/ou sinais de embolização distal (grau de recomendação IIb/nível de evidência C). A medicação não deve ser iniciada antes da angiografia (grau de recomendação III)

ESTATINAS

RECOMENDA-SE que todos os pacientes devem ter seu colesterol dosado assim que possível e repetido em 4-6 semanas.

RECOMENDA-SE início das estatinas nas primeiras 24 horas e manutenção de forma indefinida. A evidência é favorável ao uso de estatinas na maior dose tolerada. (Grau I; Nível de evidência A).

Nome	Dose
Sinvastatina	40mg VO dose única à noite

BETABLOQUEADORES

NÃO SE RECOMENDA o uso de betabloqueador endovenoso rotineiro na fase aguda do IAM. (Classe III;Nível de evidência A). Quando indicado o beta bloqueador deve ser realizado por via oral.

RECOMENDA-SE observar as contraindicações para o uso de betabloqueadores.Contra indicação:

- Choque Cardiogênico;
- Sinais de Insuficiência Cardíaca;
- Doença reativa de vias aéreas;
- BAV de 1º grau com PR > 240ms, BAV 2º Grau, e BAVT.

RECOMENDA-SE usar com precaução nas seguintes situações: paciente com fator de risco para instabilização hemodinâmica com uso de betabloqueadores: idade > 70 anos, pressão sistólica < 120mmHg e frequência cardíaca >110 bpm.

NITRATO

RECOMENDA-SE o uso de nitrato para controle da hipertensão arterial e/ou sinais de insuficiência cardíaca. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C).

CONSIDERE o uso de nitrato para controle da dor. (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência C) Contraindicado:

- Hipotensão arterial;
- Infarto de ventrículo direito;
- Uso de inibidor de 5-fosfodiesterase nas últimas 24-48h.

OXIGÊNIO

NÃO SE RECOMENDA o uso rotineiro de oxigênio na fase aguda. (Grau de Recomendação III, Nível de Evidência A)

RECOMENDA-SE o uso de oxigenioterapia em pacientes com saturação O2 < 90%. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)

MORFINA

CONSIDERA-SE o seu uso para controle da dor com parcimônia, por diminuir a absorção de antiplaquetários e possível aumento de risco de reinfarto. (Grau de Recomendação IIa, Nível de Recomendação C)

TRATAMENTO APÓS A FASE AGUDA

Paciente com Disfunção Ventricular

Beta-Bloqueador

RECOMENDA-SE prescrição de Carvedilol ou Succinato de Metoprolol para pacientes com disfunção ventricular. O uso de betabloqueador reduz mortalidade, morbidade, internação hospitalar e melhora remodelamento ventricular após Infarto do Miocárdio.

RECOMENDA-SE que o beta-bloqueador seja iniciado dentro das primeiras 24 h para todos os pacientes que não apresentem contraindicações ao seu uso. (Grau I; Nível de evidência A) Beta bloqueadores recomendados:

Nome	**Via administração**	**Dose inicial**	**Dose Máxima**
Succinato de Metoprolol	Oral	12,5mg – dose única	200mg dose única

Carvedilol	Oral	3,125mg – 2 x dia	25mg – 2 x dia 50mg – 2 x dia (peso >85kg)

INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (IECA) / BLOQUEADORES DO RESCPTOR DE ANGIOTENSINA (BRA)

RECOMENDA-SE o uso de IECA/BRA para pacientes com disfunção ventricular. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A).

RECOMENDA-SE uso de IECA/BRA como primeira opção para controle de hipertensão arterial pós IAM. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C)

CONSIDERE uso de IECA/BRA para pacientes pós IAM, sem disfunção ventricular e/ou hipertensão arterial, devido ao efeito de remodelamento ventricular. (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência C)

OBS: Deve ser iniciado dentro das primeiras 24 h.

Nome	**Via administração**	**Dose inicial**	**Dose Máxima**
Captopril	Oral	6,25mg - 3x dia	50mg – 3x dia
Enalapril	Oral	2,5mg – 2x dia	20mg – 2x dia
Losartana	Oral	12,5mg – 1x dia	50 mg – 2x dia

ANTAGONISTAS DO RECEPTOR DE MINERALOCORTICÓIDE

RECOMENDA-SE o uso dos antagonistas do Receptor de Mineralocorticóide em pacientes com disfunção ventricular sintomático independente da fração de ejeção, e em pacientes assintomáticos com fração de ejeção < 40%, exceto em caso de contraindicação. (Classe I; Nível de evidência B).

Contraindicações:

- Creatinina > 2,5mg/dL;
- Clearence de creatinina < 30 mL/min;
- Potássio sérico > 5,5 mmol/L

Nome	**Via administração**	**Dose inicial**	**Dose Máxima**
Espironolactona	Oral	12,5 a 25mg – 1 x dia	50mg – 1 x dia

PACIENTE SEM DINSFUNÇÃO VENTRICULAR

CONSIDERE que o benefício com os betabloqueadores e IECA/BRA é questionável neste grupo de paciente, pois os estudos foram realizados no período em que a maioria dos pacientes não receberam nenhuma terapia de reperfusão. Devido a limitação destes estudos, é consenso entre os especialistas manter o tratamento com essas classes de medicamentos.

CHOQUE CARDIOGÊNICO E COMPLICAÇÃO MECÂNICA

RECOMENDA-SE realização de urgência de ecocardiograma transtorácico em todos os pacientes pós IAM que evoluem com choque cardiogênico (Classe I, Nível de evidência C). Com o objetivo de afastar Insuficiência Mitral Aguda, Comunicação Interventricular e Ruptura Livre da parede do Ventrículo secundários ao IAM, pois se apresentam com choque cardiogênico. As complicações mecânicas apresentam pouca resposta clínica ao tratamento farmacológico.

RECOMENDA-SE avaliar tratamento cirúrgico em pacientes com complicação mecânica. Solicitar avaliação da Cirurgia Cardíaca de Urgência logo após o diagnóstico.

NÃO SE RECOMENDA a utilização do Balão Intra-Aórtico de forma rotineira para tratamento do choque cardiogênico (Classe III; Nível de evidência B). Nos casos de complicação mecânica o uso do dispositivo deve ser realizado (Classe IIa, Nível de evidência C).

RECOMENDA-SE no choque cardiogênico uso de vasopressores. A noradrenalina é a droga de escolha.

RECOMENDA-SE no choque cardiogênico sem complicação mecânica, recomenda-se revascularização da lesão culpada, independente do tempo de início da dor ou do choque. (Classe I; Nível de recomendação B).

RECOMENDA-SE no choque cardiogênico o uso de suporte ventilatório invasivo.

ESTRATIFICAÇÃO

RECOMENDA-SE estratificar todos os pacientes com IAM. Para isso utilizaremos parâmetros clínicos e escores;

São dados clínicos relacionados com maior risco de eventos cardiovasculares:

- Disfunção ventricular pós IAM, com FE < 40%;
- Arritmias Ventriculares;
- Fibrilação/Flutter atrial;
- Bloqueio atrioventricular;
- Disfunção renal com clearence de creatinina < 30ml/min.

RECOMENDA-SE uso do escore de TIMI para avaliar o risco de eventos intra-hospitalares. Para avaliação a longo prazo utilizar o escore de GRACE e TIMI dinâmico.

CONSIDERE GRACE ≥ 119; TIMI ≥ 9; TIMI dinâmico ≥ 9, são pacientes de alto risco de morte, reinfarto, reinternação e internação prolongada.

Escore de TIMI para IAM com supradesnível do segmento ST

Variável	**Pontos**

Idade 65-74 anos ≥ 75 anos	 2 3
Pressão arterial sistólica < 100mmHg	3
Frequência cardíaca >100 bpm	2
Killip ≥ II	2
Supra de ST de parede anterior ou BRE	1
Diabetes, Hipertensão arterial ou angina	1
Peso < 67 kg	1
Tempo até o tratamento > 4 horas	1
Somatória	0 -14 pontos

Escore de TIMI dinâmico

Variável	**Pontos**
Idade 65-74 anos ≥ 75 anos	 2 3
Pressão arterial sistólica < 100mmHg	3
Frequência cardíaca >100 bpm	2
Killip ≥ II	2
Supra de ST de parede anterior ou BRE	1
Diabetes, Hipertensão arterial ou angina	1
Peso < 67 kg	1
Tempo até o tratamento > 4 horas	1
Recorrência do Infarto do Miocárdio	1

Acidente Vascular Encefálico	5
Sangramento Maior	1
ICC/Choque cardiogênico	3
Arritmias	2
Insuficiência Renal	3
Somatória	0 - 29 pontos

Escore de GRACE

Variável	**Pontos**
Idade (anos) < 29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 >90	 0 0 18 36 55 73 91 100
Frequência Cardíaca à admissão < 70 70 - 89,9 90 – 109,9 110 – 149,9 150 – 199,9	 0 5 10 17 26
> 200	34
Pressão sistólica à admissão ≤ 79,9 80 - 99,9 100 – 119,9 120 – 139,9 140 – 159,9 160 - 199,9 ≥ 200	 40 37 30 23 17 7 0

Depressão do Segmento ST	11
Creatinina à admissão 0 – 0,39 0,4 – 0,79 0,8 – 1,19 1,2 – 1,59 1,6 – 1,99 2 – 3,99 ≥ 4	 1 4 7 10 13 21 28
Elevação da troponina	13
Classe Killip I II III IV	 0 15 29 44
Parada Cardiorrespiratória	30
Desvio do Segmento ST	17
Somatório	

REVASCULARIZAÇÃO

DEFINIÇÃO

Angioplastia Primária	Recanalização mecânica do vaso com balão e implante de stent percutâneo, sem trombólise prévia, realizada nas primeira 12 horas do início da dor.
Angioplastia de Resgate	Recanalização com angioplastia após falha da reperfusão com terapia trombolítica.
Angioplastia facilitada	Realização de fármaco com a intenção de abrir o vaso antes da angioplastia facilitada.
Estratégia farmacoinvasiva	Estudo hemodinâmico 3 – 24 horas após a uma terapia fibrinolítica

	com sucesso de reperfusão.

NÃO SE RECOMENDA a angioplastia facilitada (Classe III/ Nível de evidência A).

RECOMENDA-SE estudo hemodinâmico de rotina nos pacientes submetidos a trombólise no período de 3a 24 horas após o início da dor. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)

RECOMENDA-SE que pacientes com sinais clínicos e complementares de isquemia: recorrência de dor, alteração dinâmica do segmento ST no eletrocardiograma, presença de isquemia no ecostress. Sejam submetidos a revascularização miocárdica (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C).

ARRITMIAS
BRADICARDIAS

CONSIDERE durante a fase aguda do IAM podem ocorrer vários graus de Bloqueio atrioventricular (BAV).

RECOMENDA-SE terapia de reperfusão coronariana para o tratamento da bradiarritmias.

NÃO SE RECOMENDA uso de marcapasso no BAV do primeiro grau e segundo grau Mobitz tipo I, em geral não tem repercussão hemodinâmica.

RECOMENDA-SE no IAM de parede inferior tratamento inicial com atropina (dose recomendada é de 0,5mg IV a cada 3-5 min, dose máxima 3mg) e marcapasso sequencial atrioventricular para bradiarritmias sintomáticas não responsivas à atropina.

RECOMENDA-SE no IAM de parede anterior além do tratamento com drogas vasoativas, recomenda-se passagem do marcapasso provisório.

TAQUICARDIA

RECOMENDA-SE controle de ritmo e anticoagulação na fibrilação atrial permanente. Na fibrilação atrial aguda considerar cardioversão elétrica nos casos instáveis e amiodarona venosa nos casos estáveis.

RECOMENDA-SE o uso de betabloqueadores nos casos de ritmo idioventricular e extra-sístole ventricular. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C). NÃO SE RECOMENDA o uso rotineiro de antiarrítmicos (principalmente do grupo I – ex: propafenona, quinidina) nesta situação (Grau de Recomendação III, Nívelde Evidência B).

RECOMENDA-SE cardioversão elétrica nos casos de taquicardia ventricular, e em casos refratários e recorrentes uso de amiodarona. (Grau de Recomendação I)

CRITÉRIOS DE ALTA

ALTA DA UNIDAE DE TERAPIA INTENSIVA

- Pacientes submetidos a angioplastia Primária ou pós trombólise:

•Fluxo TIMI III na artéria relacionada ao IAM;

•Ausência de Critério clínico de Alto Risco;

•Escore TIMI < 8;

Nesta situação a alta pode ser realizada 12 horas após a intervenção percutânea;

- Pacientes sem terapia de reperfusão:

•Ausência de critérios de alto risco;

•Submetidos a estratificação invasiva com proposta de tratamento clínico;

Se paciente assintomático, sem sinais de congestão ou baixo débito, devem ter alta em 48 horas pósevento e pelo menos 24 horas assintomático.

- Pacientes com anatomia cirúrgica, estáveis por pelo menos 48horas, devem esperar na enfermaria o tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR

Ausência de sem sinais clínicos que sugiram isquemia miocárdica;

- Controle adequado da pressão arterial e frequência cardíaca (de acordo as diretrizes de prevençãosecundária);

- Ausência de arritmias não controladas;
- Pacientes com disfunção ventricular:

•Após controle adequado da volemia;

•Otimização de medicamentos que modificam a história natural;

•Sinais clínicos de boa perfusão periférica;

CONTROLE AMBULATORIA (VIDE FLUXOGRAMA 5)

Objetivo:

- Verificar as metas lipídicas e de controle de pressão arterial;
- Controle do tabagismo;
- Verificar presença de isquemia miocárdica residual;

- Otimizar o tratamento da ICC em pacientes com disfunção ventricular pós IAM (verificar o protocolo de Insuficiência Cardíaca);

A marcação da consulta ambulatorial será realizada pela secretária da Cardiologia.

Pacientes estáveis com revascularização completa, e que atingiram as metas de prevenção secundária, serão encaminhados para o serviço de contra-referência (Unidade Básica de Saúde – UBS), com relatório médico de encaminhamento.

Pacientes com lesões residuais em artérias não relacionadas ao evento, deveram ser submetidos a avaliação funcional para determinar a necessidade de uma revascularização.

Paciente com sinais clínicos de ICC, medicação não otimizada ou que não alcançaram as metas de prevenção secundária, receberam novas consultas até a estabilização clínica.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES

MÉDICOS

- Seguir as orientações desse protocolo de SCA;
- Avaliar e diagnosticar pacientes com suspeita de SCA;
- Iniciar o tratamento precocemente e realizar a estratificação de risco; Realizar a propedêutica necessária ao paciente;
- Solicitar transferência para Terapia Intensiva/ Unidade Coronariana quando indicado; passar o caso pessoalmente ao plantonista do setor e fazer o relatório de transferência.
- Transportar o paciente para terapia intensiva e ou estudo hemodinâmico quando indicado. Solicitar avaliações das equipes multidisciplinares, quando necessário;
- Proceder registros em prontuário

ENFERMEIROS

- Comunicar ao médico assistente ou ao plantonista sobre pacientes com suspeita de síndrome
- coronariana;

- Priorizar o atendimento de pacientes com SCA Facilitar e auxiliar a busca de vaga de CTI/UCO
- Realizar procedimentos de monitorização e orientar o técnico de enfermagem (mensuração da pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria, monitoramento cardíaco, cateterismo vesical, débito urinário, glicemia capilar) quando solicitado;
- Transportar pacientes para CTI/UCO ou estudo hemodinâmico quando indicado
- Assegurar a boa transferência de cuidado bem como a transferência dos exames realizados principalmente os ECGs do paciente.
- Proceder registro em prontuário;

FARMACÊUTICOS

- Dispensar com prioridade as prescrições de pacientes com SCA

•Comunicar a equipe médica sobre prescrições com doses diferentes a desse protocolo

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

•Aferir sinais vitais na admissão, conforme prescrição médica, assim como diante alguma intercorrência

•clínica;

•Comunicar ao enfermeiro e/ou médico assistente e/ou plantonista sempre que estiver diante de um paciente com dor torácica ou dispneia e realizar ECG prontamente quando solicitado.

•Puncionar acesso periférico quando indicado e administrar medicações conforme prescrição médica. Priorizar o atendimento de pacientes com SCA.

FISIOTERAPIAS

•O programa de reabilitação cardíaca tem seus benefícios comprovados na taxa de sobrevida, na

•morbimortalidade, na aderência a terapia medicamentosa e na mudança nos hábitos de vida. A reabilitação cardíaca é recomendada pelos Guidelines internacionais para todos os pacientes após a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) (Infarto agudo do miocárdio ou angina instável), com angina estável e insuficiência cardíaca; pacientes elegíveis para tratamento cirúrgico de revascularização ou intervenção coronariana percutânea.

•Programa de reabilitação cardíaca será iniciado já na fase de internação na Unidade de Terapia Intensiva de 12 -24 horas após evento. Inicia-se após o paciente ter sido considerado compensado clinicamente, como decorrência da otimização do tratamento clínico e/ou utilização de procedimento intervencionista. Deve-se individualizar o processo de reabilitação cardíaca.

•A reabilitação cardíaca fase 1 (hospitalar) é dividida em STEPs sendo que a complexidade dos exercícios e consumo calórico (MET) aumentam gradativamente. As orientações específicas estão no POP (Protocolo de Reabilitação Cardíaca Fase 1 - POP FISIO ADUL 003).

• Outro papel do fisioterapeuta será na aplicação da ventilação não invasiva (VNI) que será indicada, seja em modo bilevel (PSV e PEEP) ou CPAP para pacientes com insuficiência respiratória aguda devido ao edema pulmonar cardiogênico. Grau de recomendação forte e moderado grau de evidência. O uso da VNI deve ser monitorado por profissional da saúde à beira leito de 30 minutos a 2 horas. Para ser considerado sucesso, deve ser observada diminuição na frequência respiratória, aumento do volume corrente, melhora do nível de consciência, diminuição ou cessação do uso de musculatura acessória, aumento da saturação de oxigênio e da PaO2 e diminuição da PaCO2 sem distensão abdominal significativa. O uso da VNI deve seguir o POP (Uso da Ventilação Mecânica Não Invasiva em Pacientes Adultos – POP FISIO ADUL018).

NUTRICIONISTA

• A equipe de nutrição é responsável por realizar a avaliação nutricional do paciente e identificar o

• diagnóstico nutricional. Para isso, é realizado a triagem nutricional Nutritional Risk Screening (NRS-2002),que tem como objetivo apontar o risco nutricional, caso a triagem aponte risco nutricional, o paciente deverá ser submetido á triagem Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG), que irá definir o diagnóstico nutricional. Esta triagem é realizada em até 48horas da internação e a cada 7 dias.

• Para aqueles pacientes que apresentam algum grau de desnutrição será instituído intervenção nutricionalvia oral ou enteral.

• A equipe também é responsável por orientar os pacientes com relação a dieta via oral de acordo com a patologia instituída e a terapia nutricional em domicílio.

PSICOLOGIA

• Acompanhamento à admissão:

• Se paciente acompanhado com família:

• Acolhimento e orientação a ambos sobre rotinas de Cuidados e funcionamento ao setor;

- Compreensão das reações emocionais a ambos e intervenções na crise;
- Acompanhamento de notícia médica inicial;
- Direcionamento, se necessário, para apoio social (Assistente Social);
- Conferência familiar;
- Psicoeducação.
- Se paciente desacompanhado de família:
- Acolhimento e orientação sobre rotinas de Cuidados e funcionamento ao setor;
- Compreensão das reações emocionais e intervenções na crise;
- Acompanhamento notícia médica inicial;
- Psicoeducação continuada;
- Localização da família, se necessário, acionar Assistente Social.

1) Acompanhamento durante internação (Paciente e família):

- Avaliação biopsicossocial;
- Acompanhamento notícias médicas e notícias difíceis;
- Suporte emocional ao paciente e família;
- Intervenções visando minimizar possíveis fontes estressores;
- Intervenções visando facilitar relação paciente-família- equipe;
- Trabalhar aspectos psicológicos de possíveis lutos. (Processo relacionados à morte e morrer).
- Psicoeducação continuada.

2) Acompanhamento para alta da UTI e transição para enfermaria:

- Orientações sobre alta do CTI e rotinas enfermaria;
- Passagem de caso, quando necessário, a Psicóloga do setor.

3) Acompanhamento na enfermaria de Cardiologia:

- Oferecer atendimento psicológico aos pacientes em situação de: exames invasivos, alterações de humore comportamento, dificuldades de aceitação de tratamento, processo cirúrgico, permanência e alta hospitalar, mediação de conflitos interpessoais, dentre outras necessidades conforme avaliação do psicólogo.

4) Acompanhamento ao Óbito

- Acompanhar a notícia médica;

- Oferecer atendimento Psicológico suportivo breve e focal para o óbito;

- Encaminhar a família ao setor responsável às orientações pertinentes ao momento.

Tabela. Escore de risco TIMI para IAMCSSST

Variável	Pontos
Idade 65-74 anos ≥ 75 anos	 2 3
Pressão arterial sistólica < 100mmHg	3
Frequência cardíaca >100 bpm	2
Killip ≥ II	2
Supra de ST de parede anterior ou BRE	1
Diabetes, Hipertensão arterial ou angina	1
Peso < 67 kg	1
Tempo até o tratamento > 4 horas	1

1.6.6 Protocolo Clínico de Sepse e Uso Racional de Antimicrobiano

INTRODUÇÃO

A Sepse é a principal causa de mortalidade em pacientes com infecção e pode ser definida como qualquer infecção que acarrete disfunção orgânica, colocando a vida dos pacientes sob risco. Em 2018 um novo consenso internacional foi estabelecido, considerando marcadores de processo inflamatório, variáveis de fácil aplicação e com maior acurácia na predição do óbito de pacientes infectados. A variável que melhor preencheu esses critérios foi a elevação do escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) em pelo menos dois pontos (vide tabela abaixo). Especialmente em ambientes fora da UTI, uma versão simplificada do SOFA (Quick SOFA) pode ser aplicada e a sepse pode ser presumida, antes mesmo que exames laboratoriais estejam disponíveis. Os critérios novos auxiliam a estratificar a gravidade e a direcionar a atenção e recursos a pacientes mais graves, com maior chance de mortalidade.

OBJETIVOS GERAIS

Este protocolo tem a finalidade de adotar medidas internas para a prevenção, tratamento e acompanhamento dos casos de sepse. O aumento da incidência da sepse exige a adoção de medidas emergenciais para seu enfrentamento em decorrências das

implicações que traz para os pacientes, de forma individual, e para a saúde pública, do ponto de vista coletivo. O crescimento da população idosa e do número de pacientes imunossuprimidos ou portadores de doenças crônicas está entre os fatores que facilitam o desenvolvimento de infecções graves. Este grupo merece cuidados especiais, por constituir um contingente mais vulnerável às complicações decorrentes deste agravo. Além disso, há aspectos que precisam ser considerados como o aumento da resistência de microorganismos, as dificuldades de atendimento em prontos-socorros e hospitais, o que facilita sua disseminação na comunidade. Estimativas apontam a existência de aproximadamente 600 mil novos casos de sepse a cada ano no Brasil. Este cenário tem impacto direto nos indicadores de morbi-mortalidade, sendo que as consequências da sepse são responsáveis pelas causas de 16,5% dos atestados de óbitos emitidos, ou seja, em torno de 250 mil casos. Trata-se de um grave desafio para a saúde pública.

JUSTIFICATIVAS

O reconhecimento e a identificação precoce dos casos e o manejo adequado podem promover melhores desfechos nas primeiras horas de atendimento, sendo a elaboração e discussão de protocolo, a ferramenta apropriada para o manejo da sepse em um cenário hospitalar

ABRANGÊNCIA

Deverá ser utilizado em todos os setores da UPA da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, onde ocorre atendimento e internação de pacientes, iniciando suas ações no quarto andar do hospital em função das peculiaridades do Serviço de Hematologia e por ser um local onde os casos de câncer são internados. A partir desse setor, após a análise de dados, será estendido cautelosamente a outras unidades de internação e terá continuidade da UTI geral.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes que apresentam suspeita clínica de infecção e que possuem disfunção orgânica associada à infecção definida como: Quick SOFA positivo: 2 ou mais dos seguintes critérios:

SOFA	0	1	2	3	4
Relação pO2/FiO2	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200 e em VM	≤ 100 e em VM
Plaquetas	> 150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Bilirrubina	< 1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	≥ 12
Hemodinâmico	PAm ≥ 70	PAm < 70	DP ≤ 5 ou DB	DP 5-10 NE ou EP < 0,1	NE ou EP > 0,1
Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Creatinina ou Diurese em 24h	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou diurese < 500	> 5 ou diurese < 200

DP: Dopamina; DB: Dobutamina; NE: Norepinefrina; EP: Epinefrina. Doses em mcg/kg/min

Alteração do estado mental, taquipneia (igual ou acima de 22 ipm) e hipotensão (pressão arterial sistólica igual ou menor que 100 mmHg). OU Incremento de ao menos dois pontos no escore Sequencial Organ. Failure Assessment – SOFA:

O SOFA basal de um paciente sadio é zero. Caso o paciente tenha disfunção orgânica ambulatorial (por exemplo, insuficiência renal em diálise), será considerado o incremento em pelo menos dois pontos do SOFA basal para diagnóstico de sepse. A suspeita de infecção com disfunção orgânica presumida, é estabelecida de acordo com o julgamento do médico que atende o paciente.Citando como exemplo de disfunções orgânicas presumidas: Disfunção neurológica, Hipoxemia Hipotensão, Icterícia, Oligúria, Sangramento Espontâneo. Importante notar que sinais clínicos de hipoperfusão periférica (tempo de enchimento capilar prolongada, livedo reticular (o livedo reticular é um achado dermatológico comum constituído por uma aparência malhada e rendilhada da pele) também devem ser interpretados pelo médico como sinal de alarme e potencialdisfunção orgânica ainda não manifesta.

CRITERIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes < 18 anos

EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS:

- Hemocultura periférica (2 pares) e de cada via dos acessos centrais do paciente antesdo início do antibiótico (em caso de atraso, priorizar o antibiótico)
- Hemograma;
- Glicose;
- Ureia;

- Creatinina;
- Sódio;
- Potássio;
- Bilirrubinas;
- Proteína C Reativa
- Lactato arterial
- Gasometria arterial

TRATAMENTO INDICADO

O diagnóstico de sepse, configura-se uma urgência médica, portanto há uma necessidade de estabelecer metas para serem cumpridas em caráter emergencial:

1. Reposição volêmica precoce (mínimo de 1000 ml de cristaloides) na presença de: Hipotensão Arterial ou Sinais Clínicos e/ou Laboratoriais de hipoperfusão tecidual.

2. Coleta de exames para avaliação do SOFA (creatinina, bilirrubinas, plaquetas, gasometria arterial), lactato arterial e culturas antes do início da terapia antimicrobiana, desde que não ocasione atraso significativo da mesma

3. Início imediato da terapia antimicrobiana intravenosa de largo espectro, em até 1 hora do diagnóstico

4. Início de noradrenalina para manter Pressão Arterial Média acima de 65 mmHg se persistir hipotensão, durante ou após expansão volêmica.

5. Investigar fonte provável de infecção e programar tratamento de focos que necessitam controle cirúrgico ou mecânico (cirurgia, retirada de dispositivos)

INDICAÇÕES DE ACESSO VENOSO CENTRAL

Recomenda-se o acesso venoso central no presente protocolo quando houver indicação médica para o início de vasopressores, falência de acesso venoso periférico, mensuração de Svo2 a critério do julgamento médico em casos selecionados.

COLETA DE LACTATO ESTÁ INDICADA NESTA FASE DA RESSUSCITAÇÃO PARA:

- Identificar pacientes de maior gravidade que necessitam de reanimação hemodinâmica mais efetiva - A elevação do lactato faz parte da definição atual de choque séptico lactato > 2 mmol/L (18 mg/dL) após reanimação volêmica associado a hipotensão e necessidade de vasopressor;

- Culturas devem ser coletadas idealmente antes do início dos antimicrobianos pois podem esterilizar-se minutos após dose de antimicrobianos;

- Caso haja previsão de atraso nessa coleta, a administração de antimicrobiano não deve ser postergada. O benefício da administração precoce de antimicrobianos em pacientes com sepse e choque séptico é tempo-dependente. Assim, está recomendada administração de antimicrobianos assim que possível após o diagnóstico de sepse ou choque séptico, idealmente em até 1h do 1° atendimento;

- O início de vasopressor pode ser necessário já durante a Reanimação Volêmica nos casos de Choque Séptico em que há hipotensão grave com risco imediato de vida. Após a reanimação volêmica proposta pela equipe médica, o vasopressor deve ser iniciado se hipotensão persistir. A meta é manter a Pressão Arterial Média acima de 65 mm Hg;

- Os demais cuidados referentes ao cuidado integral do doente grave devem ser seguidos então conforme rotinas institucionais (ventilação mecânica, controle glicêmico, nutrição etc.);

- O diagnóstico de choque séptico pode ser estabelecido em pacientes com hipotensão refratária a volume, necessidade de vasopressor e hiperlactatemia (acima de 18 mg/dL). Pacientes que preenchem esses critérios apresentam mortalidade superior a 50% . Nos casosem que há hipotensão com necessidade de vasopressor, porém sem hiperlactatemia, o termo “sepse com disfunção hemodinâmica” deve ser utilizado.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

• Todos os pacientes que apresentem, em algum momento da internação hospitalar, ou na sua admissão, quadro compatível com sepse ou choqueséptico;

• Idade ≥ 18 anos;

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO/CONTRAINDICAÇÕES
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

• Pacientes em cuidados paliativos, portanto sem indicação de medidas agressivas para sepse ou choque séptico;

• Idade < 18 anos;

• Recusa do paciente.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

• Pacientes sépticos (sem disfunção orgânica);

• Pacientes com sepse que REVERTEM à disfunção orgânica após tratamentoinicial (pacote de 6 horas).

CRITÉRIOS DE ALTA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (ALTA HOSPITALAR):

• Melhora ou cura clínica.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTI:

• Pacientes com sepse que REVERTEM PARCIALMENTE à disfunção orgânica após tratamento inicial (pacote de 6 horas);

• Pacientes com sepse que NÃO REVERTEM à disfunção orgânica apóstratamento inicial (pacote de 6 horas);

• Pacientes com choque séptico;

• Pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SARA) induzido pela sepse;

CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI:

• Melhora clínica, estabilidade hemodinâmica e respiratória, sem dependência de medidas de suporte hemodinâmico ou respiratório.

• Após serem resolvidas as disfunções orgânicas do paciente, deverá ser elaborado um relatório de alta contendo sumariamente os dados do internamento, com a proposta de seguimento ambulatorial pós alta.

A ANÁLISE FINAL COMPREENDE:

• Aderência aos pacotes de 3, 6 e 24 horas;

• Mortalidade por sepse e choque séptico;

• Mortalidade na UTI, hospitalar e geral.

EFETIVIDADE DAS AÇÕES DO PROTOCOLO: DEPENDE DA ATUAÇÃO CONJUNTA DE DIFERENTES SETORES HOSPITALARES

- Setor de microbiologia: deve reportar em tempo hábil, a identificação e o perfil desensibilidade aos antimicrobianos;

- Coordenadores médicos dos setores : supervisionar as boas praticas para detecção precoce da Sepse;

- Envolver efetivamente a equipe de prescritores do UPA;

- Setor de Rádio imagem: funcionando efetivamente 24 horas;

- Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS): deve fornecer dados relacionados à etiologia das infecções e vigilância de microrganismos multirresistentes;

- Enfermagem e a farmácia: devem encaminhar e dispensar os medicamentos prescritos com urgencia ;

- Equipe de tecnologia da informação: deve oferecer recursos que integrem sistemas para qualificar e facilitar a prescrição, a dispensação do medicamento , além da análise dos resultados;

- A SCIRAS e a CFT: são importantes para a padronização e a avaliação da qualidade dos antimicrobianos a serem adquiridos, incluindo a qualificação dos fornecedores.

EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- A educação é um componente essencial para o sucesso da aplicação do protocolo de sepse e perpassa por quase todas as suas estratégias e deve ser instituído sob forma de treinamento continuado para toda a instituição sobre as ações estratégicas para setores específicos envolvidos;

- As prioridades educacionais deverão estar de acordo com as principais dificuldades detectadas e os problemas mais prevalentes;

- A educação profissional permanente visa aumentar a conscientização sobre as ações de reconhecimento precoce do quadro clinico da sepse , por meio de aulas, discussões in loco,visitas interdisciplinares à beira do leito, ferramentas de educação à distância, seminários etreinamentos adaptados às equipes as quais se dirigem e devem abordar tópicos sobre antimicrobianos, microbiologia , boas práticas de preparo e administração de antimicrobianos epidemiologia das infecções hospitalares, mecanismos de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, reações adversas, interações medicamentosas, entre outros.

AÇÕES COMPLEMENTARES

Revisão pelos médicos das prescrições em 48-72 horas - a estratégia envolve os médicos prescritores de todas as unidades de hospitalização, fortalecendo o conceito de gerenciar o uso de antimicrobianos e das demais medidas adotadas. A revisão da prescrição para três dias de tratamento, quando houver mais informações clínicas e microbiológicas disponíveis. É importante que esses profissionais incluam formalmente as seguintes informações no registro médico:

- Esquema antimicrobiano em progresso;
- Diagnóstico atualizado;
- Resultados laboratoriais;
- Avaliação das possibilidades de redução do espectro (descalonamento), de acordo com osachados microbiológicos;
- Possibilidade de passagem do antimicrobiano para via oral.

Observação:

Em situações onde não existe recursos humanos suficientes para execução de tais atividades**,** podem ser priorizados grupos de pacientes com maior risco de desenvolver eventos adversos (neonatos, crianças, idosos, gestantes, nefropatas, hepatopatas, ou pacientes em estado crítico), vinculando, ou não, este critério de inclusão a um perfil de uso de antimicrobianos específicos (ex.: os de uso restrito, os utilizados para bactérias multirresistentes relevantes para a instituição ou os que demandam ajuste de dose conforme concentração plasmática).

Uma atividade recomendada aos laboratórios clínicos seria o monitoramento sérico de biomarcadores. Uma meta-análise *Cochrane* sugere que o uso de pró-calcitonina para guiar a duração do tratamento poderia reduzir em 51% o consumo de antibióticos em pacientes hospitalizados com infecções bacterianas em diversos sítios anatômicos.

Os níveis de pró-calcitonina refletem a replicação bacteriana e foram amplamente testados para orientar as decisões de quando usar ou interromper o uso de antibióticos. Uma meta-análise de 7 ensaios clínicos randomizados com 1458 pacientes mostrou que as decisões guiadas por pró- calcitonina reduziram o uso total de antibióticos em 51% sem alterar o desfecho clinico.

RECOMENDAÇÕES DO PROTOCOLO PELO INSTITUTO LATINO AMERICANO DA SEPSE (ILAS)

- Registrar em prontuário o diagnóstico/suspeita (dá-se início ao pacote de 1 hora);
- Iniciar imediatamente pacote de 1 hora*. Todo paciente com sepse deve ser priorizado;
- Anamnese e exame físico dirigidos, com atenção para sinais de disfunção orgânica;
- Disfunção orgânica grave ou choque é indicação de terapia intensiva;

A ficha do protocolo deve acompanhá-lo durante todo o atendimento por todos os membros da Equipe multiprofissional.

PROCEDIMENTOS

TRIAGEM E INCLUSÃO NO PROTOCOLO

Diagnóstico da sepse

Sepse deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso.

A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos critérios de respostainflamatória sistêmica, que definem a presença de infecção.

- Temperatura central > 38,3° C ou < 36°C;
- Frequência cardíaca > 90bpm;

• Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg;

• Leucócitos totais > 12.000/mm³ ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens.

Atenção: Para melhorar a especificidade da triagem dos pacientes no HCor, os critérios de SIRS foram definidos como:

Temperatura central > 38° C ou < 35°C;
Frequência

Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de sepse. As principais disfunções orgânicas são:

• Hipotensão

• Oligúria (≤0,5ml/Kg/h)

• Relação PaO2/FiO2 < 300mmHg

• Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias

• Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato > 2vezes o valor normal

• Rebaixamento do nível de consciência

• Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência)

Lembre-se: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais.

Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes.

Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de

A triagem inicial será baseada nos critérios de SIRS e de disfunção orgânica. Qualquer colaborador que identificar pelo menos 2 critérios

de SIRS e/ou 1 critério de disfunção orgânica, deverá comunicar o enfermeiro do setor, que deverá iniciar o processo com a abertura da ficha do protocolo e acionar a equipe médica imediatamente.

O médico deverá avaliar o paciente e definir se há foco infeccioso (presumido ou confirmado). Se não houver suspeita clínica de infecção, o paciente não será incluído no protocolo.

Se houver suspeita de infecção, o médico deverá definir se o diagnóstico é de sepse ou choque séptico. Se o médico afastar o diagnóstico de sepse ou

choque séptico, o paciente não será incluído no protocolo. O mesmo ocorrerá se o paciente, independente do diagnóstico, estiver em cuidados paliativos.

Uma vez o médico confirmando que há sepse ou choque séptico, o paciente será incluído no protocolo, e a partir deste momento, se inicia a contagem de tempo para as metas terapêuticas:

• Colher o Kit Sepse* e 2 amostras de hemoculturas periféricas (além de outras culturas conforme o caso), em até 30 minutos;

• Prescrever a antibioticoterapia em até 30 minutos, no máximo;

• Administrar os antibióticos, após coleta de culturas, em até 30 min após a prescrição médica (no máximo 1h após o diagnóstico);

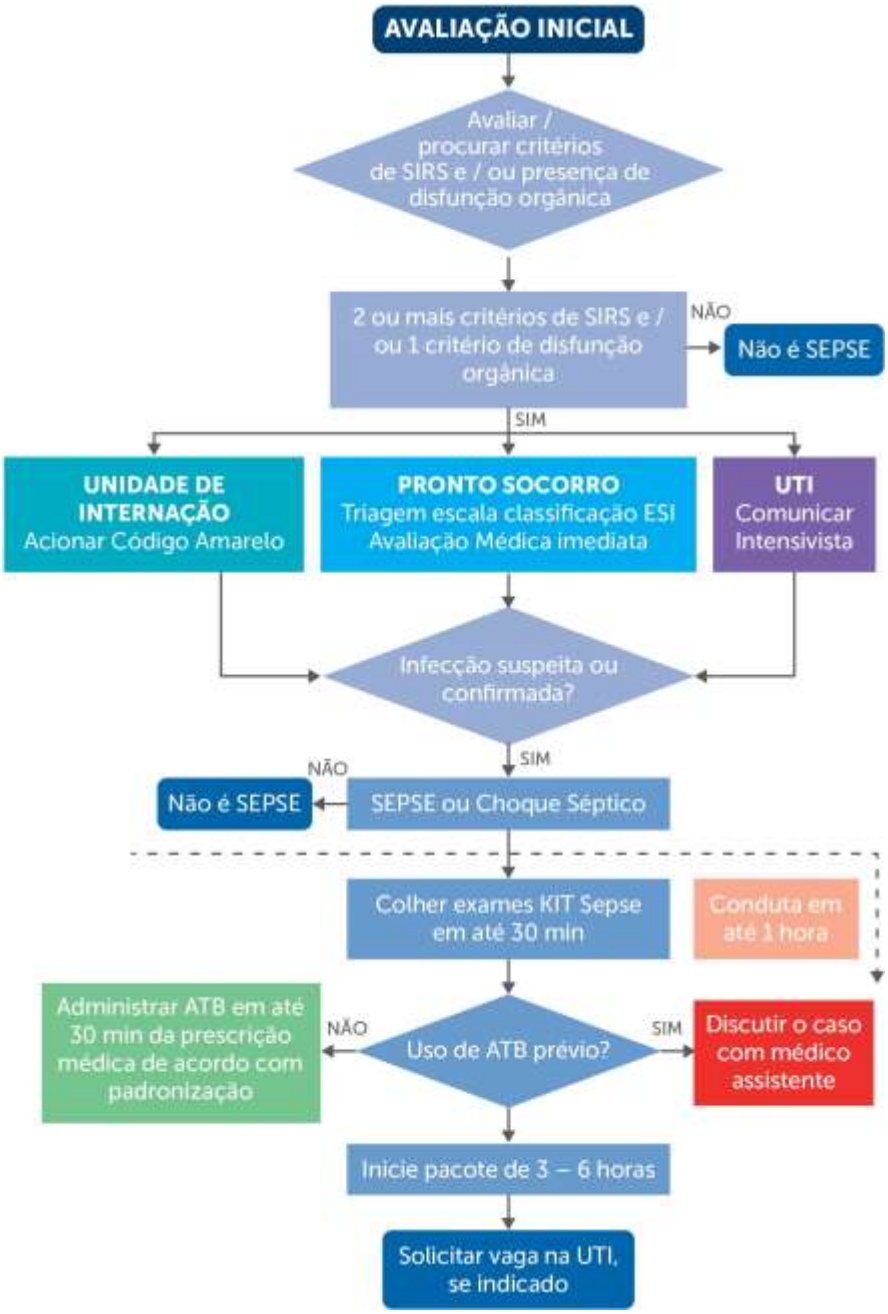
• Reposição volêmica agressiva precoce em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 20 mg/dL.

* Kit Sepse: Hemocultura periférica 2 amostras, Hemograma, Ureia, Creatinina, Glicemia, Sódio, Potássio, Cálcio iônico, Magnésio, Coagulograma, TGO, TGP, PCR, Bilirrubinas totais e frações, Troponina e Gasometria arterial e Lactato arterial

Após o resultado dos exames laboratoriais, o médico reavalia a presença de disfunção orgânica (clínica ou laboratorial), dando prosseguimento aos pacotes de 3 e de 6h (terapia precoce guiada por metas).

OBS: Na abertura do protocolo pelo médico assistente, o médico plantonista deverá ser comunicado para acompanhamento/reavaliação do caso. No caso das unidades de internação, o código amarelo deverá

ser acionado em todos os casos de SIRS após abertura do protocolo pelo enfermeiro.



Após o resultado dos exames laboratoriais, o médico reavalia a presença de disfunção orgânica (clínica ou laboratorial), dando prosseguimento aos pacotes de 3 e de 6h (terapia precoce guiada por metas).

Pacote de 3 horas

1. Colher lactato sérico.

Obs: O lactato (e SvO2 nos pacientes que já tem acesso central) deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório por quem estiver imediatamente disponível. **O objetivo é obter esse resultado em menos que 30 minutos.**

2. Colher duas amostras de hemoculturas, urocultura e cultura de todos os outros sítios pertinentes. Prescreva essa coleta, colocando horário, pois o momento da mesma deve ficar registrado no prontuário. Coloque sempre a observação: colher hemocultura antes da administração de antibióticos do item 5.

3. Prescreva antibioticoterapia de amplo espectro. Coloque o horário em que a mesma foi prescrita. Entregue na mão da enfermeira do leito, que tem 30 minutos para administrar a medicação.

4. Pacientes com lactato alterado (acima de 20mg/dL) ou hipotensos (pressão arterial sistólica abaixo de 90mmHg, pressão arterial média <65 mmHg

ou redução da pressão sistólica em 40 mmHg da pressão habitual) devem receber ressucitação hemodinâmica, conforme fluxograma em anexo.

5. Nesses pacientes, iniciar imediatamente reposição volêmica agressiva **(pelo menos 30 ml/kg de cristalóides)**. Colóides protêicos (soro albuminado) podem também ser usados. Coloides não proteicos de baixo peso molecular constituem opção terapêutica em casos selecionados, após infusão inicial de cristaloides. **Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, idealmente em 30 a 60 minutos.**

Pacientes cardiopatas podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente

Pacote de 6 horas

Caso a pressão arterial média (PAM) permaneça **abaixo de 65** (após a infusão de volume inicial), iniciar vasopressores. Não se deve tolerar

pressõesabaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia com urgência oacesso central. A droga de escolha é a noradrenalina.

Os pacientes com choque séptico (enquanto em uso de vasopressor) devemser monitorados com pressão arterial invasiva.

O objetivo é atingir essas metas:

- PVC: 8-12 mmHg ou 12-15 mmHg em pacientes em VM

- PAM ≥ 65 mmHg

Continuar reposição volêmica, orientado por pressão venosa central (PVC) visando atingir o alvo terapêutico. O paciente hipotenso, a despeito da otimização da reposição volêmica, e/ou com hiperlactatemia inicial, tem indicação de reavaliação do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais pela equipe médica, dentro das primeiras 6 horas de tratamento. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

- Mensuração de PVC
- Variação de pressão de pulso
- Variação de distensibilidade de cava
- Elevação passiva de membros inferiores
- Qualquer outra forma de responsividade a fluídos
- Mensuração de SvO2
- Tempo de enchimento capilar
- Intensidade de livedo
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presençade diurese)

• A SvO2 deve estar acima de 70 dentro de seis horas do diagnóstico. Utilizar toda a estratégia de otimização descrita no fluxograma em anexo.Dela fazem parte à reposição volêmica, noradrenalina, dobutamina e, eventualmente, concentrado de hemácias. Todos os pacientes com hemoglobina < 7,0 g/dl devem receber transfusão.

Pacientes com hemoglobina < 9,0 devem receber dobutamina. Caso a SvO2 continue abaixo de 70% após inicio de dobutamina, pacientes comhemoglobina <9,0 g/dL devem receber transfusão.

Deve ser administrada uma unidade de cada vez com novo controle de SvO2. Caso a SvO2 não atinja 70% após essas manobras, considerar

intubação e sedação para redução do consumo de oxigênio. A temperaturacorporal deve ser normalizada.

• Nos pacientes com lactato alterado, uma meta terapêutica adicional é o clareamento do mesmo. Assim, após duas horas de ressuscitação, nova dosagem deve ser solicitada. O objetivo é obter clareamento de 10 a 20%em relação aos níveis anteriores, visando a normalização do mesmo.

• Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada

oferta de oxigênio. Não se devem usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos são preferíveis.

• **Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose lática em pacientes com pH > 7,15**, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixodesse valor ela pode ser avaliada.

Outras recomendações:

• Somente em paciente com choque séptico refratário, pode-se avaliar aprescrição de hidrocortisona 50 mg 6/6 hs.

• Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devemser feitos para manter a **pressão de platô abaixo de 30 cmH2O**.

• Deve-se usar estratégia para controle glicêmico de acordo com os protocolos institucionais, objetivando glicemias entre 110 – 140mg/dL.

• Protocolo I – Choque séptico

• Protocolo II – Sepse

1.7 Manual para atuação em protocolos assistenciais

A **AHBB|Rede Santa Casa** se balizará nas normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizadas atualmente para que, de comum acordo entre a **AHBB|Rede Santa Casa** e a direção da Unidade, possam ser elaboradas, em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Educação Permanente, a fim de estabelecer novas diretrizes/protocolos e Procedimento Operacional Padrão para o serviço **de UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS** entendendo como importante ferramenta para tornar as condutas de assistência aos usuários mais homogênea e de melhor qualidade científica.

A **AHBB|Rede Santa Casa** irá dispor do seu acervo documental afim de ser adaptado com a realidade da unidade local, e submetidos à aprovação e assinados pelos Responsáveis Técnicos – Médico, de Enfermagem e Multiprofissional da **AHBB|Rede Santa Casa**, e serão

incorporados à lista mestre de documentos de qualidade com periodicidade de revisão mínima anual.

A **AHBB|Rede Santa Casa** se preparará para sofrer avaliações de Acreditação toda vez que a unidade se disponibilizar a buscar tal credenciamento.

A equipe Assistencial sem suporte teórico e padronização adequada tem o risco de favorecer o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade.

A construção de protocolos assistenciais deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde será utilizado.

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos.

Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado. Desvantagens também são apontadas sobre o uso de protocolos de assistência, mas a maior parte é decorrente do não atendimento às recomendações de construção de protocolos ou do desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências.

A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios, adotadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**: trabalhar com as melhores evidências

disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente. Assim, não é alienada das condições da realidade, mas propõe que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado.

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claro as razões para não o fazer, quais evidências científicas dão suporte à essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Ao construir um protocolo institucional o profissional continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso tem o endosso da **AHBB|Rede Santa Casa** para fazê-lo.

Protocolos de assistência orientam o cuidado, não orientam questões relacionadas à gestão administrativa ou política

Definições operacionais

Esses documentos podem ser de natureza assistencial ou de gestão. Este guia trata exclusivamente dos de natureza assistencial.

Procedimentos/Rotinas São descrições minuciosas da execução de um cuidado assistencial direto ou indireto. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências.

Protocolos: é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de

intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes da equipe multiprofissional ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos. O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais e também são instrumentos legais.

A **AHBB|Rede Santa Casa** utiliza de princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados.

Guia de Condutas ou Guideline: É um conjunto de protocolos sobre determinada área de conhecimento. Deve ser construído dentro dos princípios da prática baseada em evidências. Pode se referir a ações independentes da equipe multiprofissional ou compartilhadas entre profissionais.

O monitoramento de indicadores deve ser atividade planificada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias. O monitoramento e divulgação de resultados torna a atenção à saúde mais transparente aos profissionais, pacientes e órgãos gestores públicos e privados, auxiliando os usuários na escolha dos serviços e os gestores na alocação de recursos. O plano de implantação deve prever treinamento de todos que utilizarão o protocolo. A divulgação deve ser feita nos sites oficiais, fazer parte dos livros de divulgação, cursos, seminários e disponibilizadas eletronicamente.

Avaliação dos desfechos: desfechos são os resultados que se quer alcançar, e mensurar o quanto se conseguiu alcança-los é o modo de identificar a efetividade de uma intervenção, avaliar sua adequação e verificar a necessidade de mudanças. ou não.

A **AHBB|Rede Santa Casa**, organiza a construção dos documentos conforme Norma Zero (Norma das normas).

A definição da implantação dos protocolos, terá como estudo preliminar o perfil da Unidade, considerando as patologias que mais são atendidas, de modo a ser construindo por etapas, abrangendo os maiores grupos e sucessivamente os menores grupos de patologias. A fim de exemplificar, como este estudo será realizado, consideramos os dados do Tabwin, disponível para consulta pública no DataSus, com as principais morbidades que geraram internação no período de novembro 2020 a novembro de 2021.

O grupo consolidado de CID's apresenta-se na seguinte ordem de prioridade de criação de protocolos, segundo o Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

I. Doenças do Aparelho Circulatório
II. Neoplasias (tumores)
III. Causas externas de Morbidade e Mortalidade
IV. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
V. Doenças do Aparelho Respiratório
VI. Doenças do Aparelho Digestivo
VII. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
VIII. Doenças do Aparelho Geniturinário
IX. Doenças do Sistema Nervoso

X. Algumas Afecções originárias no período Perinatal

XI. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais

XII. Transtornos mentais e comportamentais

XIII. Mal formação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas

XIV. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo

XV. Doenças da pele e tecido subcutâneo

XVI. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtorno imunitários

A perspectiva é que a implementação dos protocolos, sem prejuízo do bom senso na prática clínica e regulatória no âmbito dos diferentes componentes da rede assistencial possa agilizar a ampliar o acesso Protocolos assistenciais e reduzir as oportunidades perdidas na interface entre os usuários e serviços de Saúde e construíram a rede assistencial mais cooperativa e mais centrada nas necessidades dos seus usuários.

Os protocolos a serem sugeridos para Unidade estarão em conformidade com seu perfil com base histórica de cenários clínicos e para garantir a segurança na assistência prestada eles deverão ser validados em conformidade com os respectivos responsáveis técnicos da área clínica após o diagnóstico da unidade:

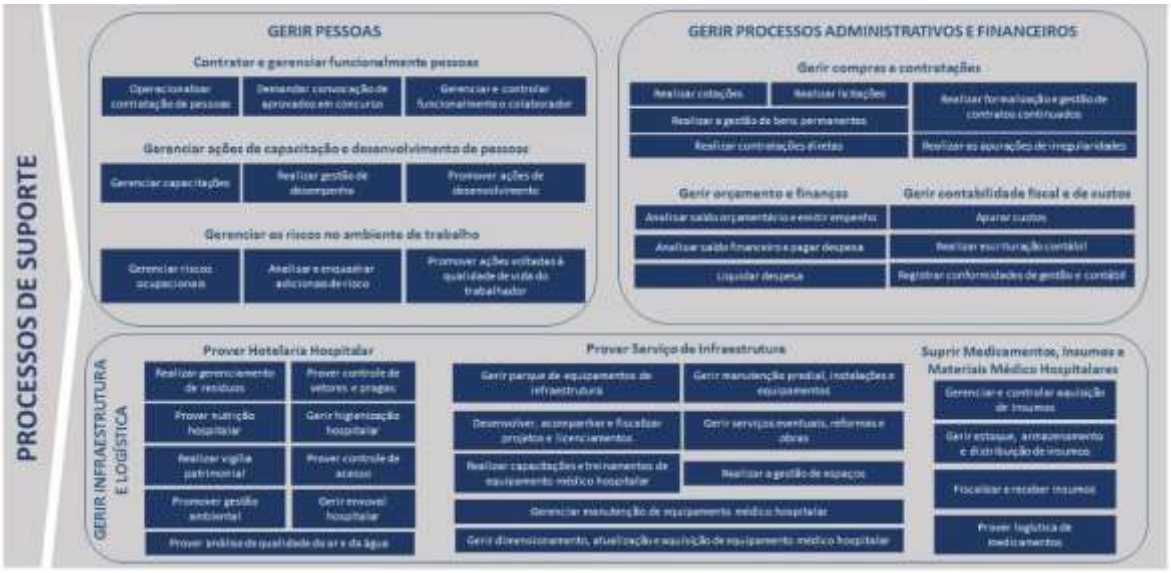
- Protocolo de identificação dos pacientes,
- Protocolo de administração Segura de Medicação, envolvendo também a interação medicamentosa,
- Protocolo de Classificação de Risco – Segundo Manual de Atenção Integral as Urgências e Emergências e Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (Protocolo de Manchester),
- Protocolo de higienização das mãos,
- Protocolo de flebite,
- Protocolo de Queda,
- Protocolo de contenção física,
- Protocolo de Dor torácica,
- Protocolo do SEPSE E Risco de Sepse,
- Protocolo de notificação de incidentes,
- Protocolo de atendimento PCR,
- Protocolo de atendimento a urgências,
- Protocolo de evasão,
- Programa de controle de infecção,

Consideram-se Procedimentos Técnicos Básicos:

- Fluxo assistencial
- Manual de enfermagem
- Sistematização da assistência de enfermagem
- Manual de aplicação medicamentosa
- Manual de assistência nutricional

1.8 Proposta de Cadeia de Valor para Operacionalização e Execução das Ações de Saúde

A cadeia de valor é uma ferramenta para gerenciar processos e revela todas as atividades que a organização faz para gerar valor aos clientes e indica os elos entre elas. Ao fortalecer as ligações entre essas atividades será possível criar uma cultura de valor em melhoria contínua e processos que visem atingir as metas de produção e qualidade operacional, com vistas ao objetivo proposto neste edital.



1.9 Programas de Qualidade

a) Implantação da Acreditação ONA Nível 1 (Segurança do Paciente)

1. Objetivo Geral

Alcançar a certificação **ONA Nível 1** em até 12 meses, assegurando estrutura segura, processos padronizados e cultura de segurança do paciente em todas as unidades assistenciais sob gestão da OSS concorrente à AHBB.

2. Alcance

Dimensão	Abrangência
Unidades	Pronto-atendimento, clínica médica, centro cirúrgico, CME, laboratório, diagnóstico por imagem, farmácia, hotelaria, manutenção e nutrição
Profissionais	Diretoria, corpo clínico, enfermagem, equipes multidisciplinares, áreas administrativas e serviços terceirizados
Processos	100 % dos processos assistenciais críticos (admissão, medicação, procedimentos invasivos, liberação de exames, alta) e de apoio ligados à segurança do paciente

3. Metodologia de Implantação

1. **Autoavaliação ONA (100 padrões)** – checklist oficial aplicado por Núcleo de Qualidade.
2. **Análise de Lacunas + Plano 5W2H** – definição do que fazer, por quem, quando, onde, como e por quê.
3. **Padronização de Processos** – revisão/criação de POPs e protocolos (BLS, ACLS, ATLS, IAM, Sepse, COVID-19 etc.).
4. **Capacitação Contínua** – treinamentos presenciais, EAD e simulações realísticas, envolvendo todo o quadro.
5. **Implantação de Barreiras de Segurança** – dupla checagem de medicação, time-out cirúrgico, identificação segura.
6. **Monitoramento de Indicadores-chave** – IRAS, quedas, úlcera por pressão, tempo porta-agulha, retornos ≤ 72 h.
7. **Auditorias Internas Trimestrais** – *pair audit* com times cruzados e planos corretivos em 30 dias.
8. **Mock Audit** – simulação completa no Mês 10 para validação de evidências.
9. **Auditoria Oficial ONA** – missão avaliadora no Mês 12 para certificação.

4. Cronograma de Implantação (12 meses)

Macro-etapa / Atividade-chave	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Constituição do Comitê ONA	●											
Autoavaliação & *gap analysis*	●	●										
Plano de ação 5W2H		●	●									

Revisão/Criação de POPs & Protocolos		●	●	●	●							
Capacitação Multiprofissional			●	●	●	●		●		●		
Implantação de Barreiras de Segurança				●	●	●	●					
Monitoramento Mensal de Indicadores			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Auditorias Internas (*pair audit*)				●		●		●				
Mock Audit (simulação completa)										●		
Ajustes Finais e Consolidação de Evidências										●	●	
Auditoria Oficial ONA Nível 1												●

● *= atividade programada para o mês indicado.*

5. Resultados Esperados

- Certificação **ONA Nível 1** obtida no 12.º mês de contrato.
- Redução ≥ 15 % de eventos adversos notificáveis em 12 meses.
- Aumento ≥ 20 % no índice de satisfação de pacientes e familiares.
- Fundamentos estabelecidos para evolução ao **ONA Nível 2** a partir do 3.º ano de gestão.

b) Lean nas Emergências – Descrição Detalhada das Ferramentas e Resultados

Visão Geral

A OSS implantará, já no **primeiro mês de gestão**, um pacote de ferramentas Lean voltado especificamente para o Pronto-Atendimento (PA). Todas as metodologias descritas abaixo são de **custo incremental zero**, pois utilizam sistemas, planilhas e treinamentos internos que a AHBB | Rede Santa Casa já possui. O objetivo é reduzir desperdícios, padronizar fluxos e elevar a segurança do paciente, produzindo evidências contínuas para a auditoria ONA Nível 1 ao final do 12.º mês.

1. Mapa de Fluxo de Valor (Value Stream Mapping – VSM)

Logo nas primeiras semanas será realizada uma **oficina Kaizen** com equipe multiprofissional para desenhar o percurso completo do paciente do momento em que chega ao PA até a alta ou transferência. Esse "mapa estado A" revela tempos de espera, retrabalho e gargalos. Em seguida, o grupo define um **"mapa futuro" (estado B)** e um plano de ação 5W2H para cada ponto crítico. Quick wins – como reordenar o layout da triagem, padronizar formulários ou liberar exames ponto-a-ponto – são implantados nos meses 2 e 3. No semestre seguinte ocorre uma nova rodada de VSM para consolidar ganhos e, entre os meses 9 e 12, um terceiro mapeamento demonstra a maturidade do fluxo para a auditoria externa.

Resultados esperados: corte de pelo menos **25 %** nos tempos de espera observados entre etapas críticas e a eliminação de, no mínimo, três gargalos sem valor agregado.

2. Safety Huddle

O **Safety Huddle** é uma reunião rápida e multidisciplinar (5 a 10 min) realizada duas vezes ao dia – às 7 h e às 19 h. Segue um roteiro fixo: situação do serviço, disponibilidade de pessoal, recursos/equipamentos, previsões de pico e barreiras de segurança necessárias. As pendências ficam registradas num quadro visual atualizado em tempo real. A capacitação acontece no mês 1; no mês 2 o huddle vira rotina de todos os turnos; a partir do mês 3 a aderência é monitorada com meta mínima de 90 % de cumprimento.

Resultados esperados: **redução de 15 %** em incidentes atribuídos a falha de comunicação e cultura de segurança reforçada diariamente.

3. PCP – Plano de Capacidade Plena

O **PCP** é um documento dinâmico que define quantos leitos, profissionais e equipamentos adicionais serão ativados em cenários de sobrecarga (epidemias, acidentes de múltiplas vítimas). No mês 1 são levantados os limites físicos e de RH; em seguida, no mês 2, realiza-se um exercício de mesa para validar a matriz de capacidade. O plano passa a ser testado trimestralmente, sempre integrado ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) e à Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados esperados: tempo de ativação do PCP inferior a 30 min e cobertura de 100 % das demandas simuladas de leitos críticos.

4. NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Score)

O **NEDOCS** combina sete variáveis (número de pacientes, leitos disponíveis, tempo de permanência, ocupação de respiradores, entre

outras) e gera um índice atualizado a cada quatro horas. Já no mês 1 o indicador é parametrizado nas planilhas/sistema corporativo; do mês 2 em diante ele alimenta um painel semafórico (verde < 60, amarelo 60 – 80, vermelho > 80). Quando o score atinge 100, disparam-se as contra-medidas Lean e, se necessário, ativa-se o PCP.

Resultados esperados: **score médio ≤ 80** e redução de 20 % dos casos que permanecem mais de seis horas no PA.

5. Kaizens Rápidos Lean

Os **Kaizens Rápidos** são eventos de melhoria intensiva, de um a três dias, focados em processos-chave. O primeiro, entre os meses 1 e 2, trata da triagem; nos meses 3 a 5, o foco vai para laboratório e liberação de exames; de 6 a 9, aborda-se o fluxo de alta e devolução de prontuário. Revisões e padronização final ocorrem de 10 a 12. Ferramentas como 5S, trabalho padronizado e balanceamento de linha sustentam cada mudança.

Resultados esperados: tempo porta-médico ≤ 15 min, tempo total de permanência de casos ambulatoriais ≤ 3 h30 e índice de satisfação do paciente ≥ 90 %.

Governança e Monitoramento

- **Sponsor executivo**: diretor médico da unidade.
- **Time Lean Core**: engenheiro de processos, enfermeiro de qualidade, médico emergencista (líder clínico) e analista de dados.
- **Dashboards**: indicadores exibidos em tempo real na sala de Safety Huddle e relatórios mensais enviados ao Comitê de Qualidade Corporativa.

- **Auditorias internas trimestrais**: conferem aderência aos padrões e produzem evidências para a auditoria ONA no mês 12.

1.9.1 Convênios de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino para Desenvolvimento de Estágios Curriculares

A AHBB | Rede Santa Casa busca ativamente firmar convênios e termos de cooperação técnica com instituições de ensino, promovendo o desenvolvimento de estágios curriculares e residências. Essas parcerias são fundamentais para formar profissionais qualificados e comprometidos, garantindo que o aprendizado prático ocorra em um ambiente estruturado e alinhado com as melhores práticas de saúde.

Entretanto, tais convênios são cuidadosamente planejados, considerando a logística, os fluxos administrativos e a viabilidade técnica, com o objetivo de assegurar que o território seja um campo de

ensino de alta qualidade, sem comprometer a assistência, a segurança das equipes e, principalmente, o bem-estar do paciente. Esses esforços refletem o compromisso ético com a qualidade do cuidado e com o respeito aos princípios do trabalho em saúde.

Por que isso é importante para o paciente?

Os pacientes são diretamente beneficiados porque:

- **Cuidado de Excelência:** Os estágios oferecem aos futuros profissionais de saúde uma experiência prática supervisionada, o que contribui para formar profissionais mais preparados e capacitados para oferecer atendimento de qualidade.
- **Atualização Contínua:** A presença de estudantes e residentes promove o uso de práticas baseadas em evidências e novas abordagens, elevando os padrões de cuidado.
- **Fortalecimento da Rede de Saúde:** A integração entre ensino e assistência melhora o planejamento, a organização e a eficiência dos serviços, impactando positivamente a experiência do paciente.
- **Supervisão Especializada:** Durante os estágios, os alunos são acompanhados por preceptores e docentes qualificados, garantindo que o paciente receba um atendimento supervisionado e seguro.

Normativas e Diretrizes para os Convênios

Os convênios obedecem a normativas específicas, assegurando um equilíbrio entre o aprendizado dos alunos e a segurança no atendimento aos pacientes. As principais diretrizes incluem:

1. **Base Legal:**
    - Aplicação da **Portaria 1900/2012 – SMS.G** e da **Lei Federal nº 11.788/08**, que regulamentam os estágios obrigatórios e não obrigatórios no sistema público de saúde.
2. **Fluxo de Solicitações:**

- As instituições de ensino devem encaminhar solicitações de campos de estágio à Secretaria de Saúde, acompanhadas de projeto técnico e administrativo.
- Após a aprovação preliminar pela Secretaria de Saúde, a OSS (Organização Social de Saúde) e a Comissão de Ensino & Pesquisa da SMS avaliam a viabilidade técnica e operacional do projeto.

3. **Prioridade dos Estágios:**
   - Alunos de instituições públicas têm prioridade, seguidos por alunos de instituições particulares.
   - São priorizados estágios de residência médica e multiprofissional, especializações e outros treinamentos.
4. **Responsabilidades da Instituição de Ensino:**
   - Garantir a presença de um preceptor ou docente para acompanhamento direto dos alunos durante todo o estágio.
   - Reportar continuamente o andamento das atividades aos responsáveis indicados pelo convênio.
5. **Cadastro e Supervisão:**
   - Todos os alunos inseridos nas atividades devem ser formalmente cadastrados, garantindo controle e segurança no ambiente de trabalho.

1.9.2 Parcerias com Instituições para Desenvolvimento de Projetos de Pesquisa na Área da Saúde Pública

A AHBB | Rede Santa Casa incentiva o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da saúde pública. Tais parcerias são cuidadosamente avaliadas quanto à logística, fluxos administrativos e viabilidade técnica, assegurando que as atividades de pesquisa contribuam para a evolução do

conhecimento sem comprometer a qualidade da assistência, a segurança das equipes e o bem-estar dos pacientes. A ética e os valores que regem o trabalho em saúde são priorizados em todas as etapas.

Por que isso é importante para o paciente e a comunidade?

- **Avanços na Qualidade do Atendimento:** Pesquisas realizadas no campo da saúde pública permitem identificar problemas, desenvolver soluções inovadoras e implementar práticas baseadas em evidências que resultam em melhorias diretas na assistência aos pacientes.
- **Acesso a Tecnologias e Abordagens Inovadoras:** Projetos de pesquisa frequentemente trazem tecnologias, métodos e tratamentos mais avançados, proporcionando aos pacientes oportunidades de acesso a recursos modernos e efetivos.
- **Fortalecimento da Saúde Comunitária:** Ao investigar e compreender melhor os determinantes de saúde locais, as pesquisas ajudam a desenvolver intervenções mais eficazes, alinhadas às necessidades específicas da comunidade.
- **Capacitação Profissional Contínua:** A integração de pesquisadores e projetos promove a atualização constante das equipes de saúde, contribuindo para uma assistência mais qualificada e humanizada.

Normativas e Diretrizes para as Parcerias

As parcerias seguem diretrizes rigorosas para garantir sua execução ética, segura e eficiente, sem prejudicar as operações do serviço de saúde. As principais diretrizes incluem:

1. **Prioridade das Instituições:**
    - Primeiramente para instituições de ensino públicas, seguidas de instituições privadas.
2. **Solicitação e Avaliação do Projeto:**
    - As solicitações devem ser apresentadas à Secretaria de Saúde, que, após análise, encaminha o projeto técnico e

administrativo à AHBB e à Comissão de Ensino e Pesquisa para avaliação de viabilidade.

3. **Critérios de Execução:**
    - Análise administrativa, operacional e ética para compatibilizar o projeto com a capacidade da unidade.
    - Aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa antes da implementação.
    - Uso dos espaços da unidade apenas conforme acordado, respeitando a infraestrutura e os fluxos operacionais.
4. **Sustentabilidade e Contrapartidas:**
    - Os projetos devem ser autossustentáveis, com cobertura financeira para todas as atividades relacionadas, incluindo taxas por procedimentos e exames.
    - Pesquisadores devem contribuir para treinamentos e palestras, beneficiando as equipes de saúde.
5. **Responsabilidades das Instituições Proponentes:**
    - Designar um responsável técnico para supervisionar as atividades de pesquisa.
    - Monitorar e relatar continuamente o progresso do projeto aos gestores locais.
    - Garantir que todas as ações relacionadas aos pacientes sejam registradas no prontuário institucional.
6. **Segurança e Infraestrutura:**
    - Garantia de que os cronogramas e espaços de pesquisa não interferirão na rotina do serviço nem na segurança de pacientes e equipes.

Parcerias Existentes

A AHBB | Rede Santa Casa mantém um convênio de cooperação técnica com a Universidade Brasil, envolvendo ensino, pesquisa e extensão, incluindo o internato do curso de medicina na unidade de Garça – SP.

1.10 Proposição de Projetos Assistenciais e Sociais

AHBBIRede Santa Casa propõe uma série de iniciativas assistenciais e sociais com foco no fortalecimento da saúde comunitária, promoção da educação em saúde e integração com a rede de atenção primária e demais atores sociais. Estas iniciativas têm como objetivo principal humanizar o cuidado, ampliar o impacto na qualidade de vida dos usuários e prevenir agravos à saúde. As ações estão estruturadas da seguinte forma:

1. Integração com a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS):

- **Estabelecimento de Fluxos de Referência e Contrarreferência:**
  - Implementação de protocolos para encaminhamento eficiente entre o pronto-socorro e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), assegurando a continuidade do cuidado.
- **Reuniões de Alinhamento Periódicas:**
  - Encontros trimestrais com as equipes de saúde da APS para análise de casos frequentes, discussão de melhorias e capacitação conjunta.

2. Educação em Saúde e Campanhas Preventivas:

- **Programas Educativos Continuados:**
  - Realização de palestras temáticas, como prevenção de doenças cardiovasculares, cuidados na infância e saúde do idoso, com ênfase em linguagem acessível.
- **Campanhas de Saúde Pública:**
  - Ações regulares de conscientização, incluindo campanhas sazonais como "Outubro Rosa" e "Novembro Azul", além de orientações sobre vacinação e saúde mental.
- **Divulgação de Conteúdo Informativo:**

- Desenvolvimento de materiais educativos (panfletos, cartazes e vídeos) para distribuição na unidade e na comunidade, reforçando práticas de autocuidado.

3. Projetos Comunitários e Inclusivos:

- **Grupos de Apoio e Educação em Saúde:**
  - Criação de grupos de apoio voltados a pacientes crônicos (diabetes, hipertensão) e familiares, com orientações sobre manejo e estilo de vida saudável.
- **Ações Itinerantes:**
  - Promoção de eventos comunitários, como feiras de saúde e mutirões de atendimentos preventivos em bairros de maior vulnerabilidade.
- **Visitas Domiciliares Integradas:**
  - Parceria com a assistência social para atendimento de pacientes em situação de risco social, reforçando a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

4. Fortalecimento do Relacionamento com a Comunidade:

- **Capacitação de Usuários e Acompanhantes:**
  - Oficinas práticas no pronto-socorro sobre primeiros socorros, prevenção de quedas, cuidados paliativos e manejo de doenças comuns no ambiente domiciliar.

5. Parcerias Estratégicas e Colaborações:

- **Acordos de Cooperação:**
  - Estabelecimento de parcerias com empresas, ONGs e instituições de ensino para potencializar recursos e ampliar o alcance das ações.
- **Captação de Recursos:**
  - Busca ativa por financiamento público e privado para sustentar campanhas e projetos sociais.

- **Integração com o Poder Público:**
    - Articulação com a Secretaria de Saúde e outras instâncias governamentais para alinhamento de políticas públicas locais.

Esses projetos visam consolidar a UPA como uma referência em cuidado integral e humanizado, promovendo a saúde de maneira preventiva e colaborativa, com foco na transformação positiva da comunidade.

Dentro dos programas assistenciais complementares às atividades das unidades de urgência e emergência, a AHBB|Rede Santa Casa apresenta projetos (dentro outros que poderão ser implantados de acordo com a vivência e rotina local da unidade) que serão implantados com o objetivo de qualificação à atenção para os pacientes e acompanhantes.

Projeto "PS Dentro da Comunidade"

Estabelecer cronograma de atividades socioeducativas, levando ações sociais e de saúde para moradores diretamente no bairro, utilizando-se de estrutura de igrejas, escolas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e instituições interessadas. Além de atuar como agente transformador da comunidade onde está inserida, os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento fortalecem o laço de confiança com os moradores da comunidade, fator essencial para a qualificação e humanização do atendimento na unidade.

Projeto" Gestação Segura"

Projeto Gestante Segura tem por finalidade promover atuando em matriciamento com a Atenção Básica, um curso às gestantes, com duração de oito aulas, tratando de assuntos como amamentação, tipos de parto e incentivo ao parto normal, sinais de trabalho de parto,

importância do pré-natal, planejamento familiar, puericultura, vínculo mãe-bebê e depressão pós-parto, sendo essa temática, desenvolvida pela nossa equipe multiprofissional. O objetivo é auxiliar as gestantes a aliviarem preocupações, dúvidas, inseguranças e medos. Cumpridas as oito aulas, como incentivo e atenção às gestantes, será fornecido um kit maternidade. Para ser uma das beneficiadas, é preciso participar de todas as aulas e realizar corretamente o pré-natal. Esse curso ocorrerá periodicamente para as mamães que cadastraremos, através de busca ativa, através de nosso Setor de Serviço Social, visto que temos espaço para ministrar as aulas.

Projeto em datas festivas infantis: Serão arrecadados brinquedos e roupas entre funcionários da unidade de saúde para crianças carentes do bairro e serão entregues anualmente.

Observação: Para facilitar a impressão, a proposta será dividida em partes; todas manterá a sequência de páginas e seguirá exatamente a ordem dos tópicos da matriz de avaliação.

Sumário

PARTE 3 DA PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO DA AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 752
2. QUALIDADE SUBJETIVA 753
2.1 Estrutura de Informação aos Usuários e Familiares – UPA 24 h 753
2.2 Acolhimento – Instrução com Indicação das Formas de Acolhimento, Portaria, Segurança, Recepção, Enfermagem, Serviço Social e Apoio Psicossocial aos usuários e familiares. Instrução para Recepção do Usuário 755
2.3 Instrução para Orientação e Apoio Social a usuários e familiares na emergência 757
2.4 Proposta de fluxo para Atendimento Social: primeiro atendimento, orientação e apoio para pessoas em risco social, pessoa com deficiência, crianças e adolescentes, idosos e mulheres vítima de violência. 760
2.5 Instrução para Definição de formas de acomodação e Conduta de Acompanhantes de usuários Idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência conforme legislação vigente 762
2.6 Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU 765
2.6.1 Proposta para a Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário 767
2.6.2 Proposta de Regimento do Serviço de Atendimento ao Usuário 769
2.7 Pesquisa de Satisfação do Usuário 774
2.8 Proposta de Pesquisa de Satisfação do Colaborador 779
2.9 Políticas de Humanização 782

PARTE 3 DA PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO DA AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

2. QUALIDADE SUBJETIVA

2.1 Estrutura de Informação aos Usuários e Familiares – UPA 24 h

1. Aspectos prévios - Consentimento Informado

1. **Política corporativa:** todo procedimento invasivo ou de risco consentimento eletrônico padronizado (modelo AHBB).
2. **Serviços contemplados (com consentimento informado):**
    - Sala de Procedimentos (suturas, drenagens, sedação).
    - Sala Vermelha / Reanimação (intubação, cardioversão, trombólise).
    - Centro de Diagnóstico.
    - Farmácia Clínica (dispensa de Medicamentos de Alta Vigilância— opioides, insulina IV).
    - Transporte inter-hospitalar (remoção terrestre ou aérea).
3. **Fluxo:** enfermagem entrega formulário impresso ou tablet, profissional assistente explica em linguagem simples; familiar assina digitalmente; cópia automática arquivada no prontuário.

2. Informação contínua durante o processo assistencial

Momento / Local	Responsável principal	Conteúdo	Frequência
Recepção / Triagem	Enfermeiro	• Tempo estimado de espera • Explicação da Classificação de Risco Manchester • Folder com direitos e deveres	Imediato, antes da anamnese

Sala de Emergência / Observação	Médico plantonista + Enfermeiro referência	• Plano terapêutico inicial • Previsão de exames • Alerta sobre possíveis agravos	Até 30 min após admissão
Espera de Exames (coleta/laboratório/imagem)	Técnico responsável	• Finalidade do exame • Tempo médio de resultado • Orientações de preparo	No ato da solicitação
Mudança de Turno (Safety Huddle ampliado)	Enfermeiro líder do turno	• Situação clínica atual • Resultados pendentes • Novas condutas	07 h e 19 h – usuários/familiares convidados
Comunicação de Resultado Crítico	Médico assistente	• Explicação do achado • Opções terapêuticas • Próximos passos	Assim que laudo crítico é liberado
Alta ou Transferência	Médico + Enfermeiro	• Diagnóstico final • Prescrições e orientações de uso • Sinais de alerta para retorno • Pesquisa de	Até 15 min antes da saída

		Satisfação (NPS)	

Recursos de apoio

- **Painel eletrônico na recepção** com tempo médio de espera atualizado a cada 15 min.
- **Cartazes QR-Code** levam a vídeos de 1 min explicando Manchester, uso correto de antibiótico, sinais de IAM e AVC.
- **WhatsApp Business** da UPA: mensagem automática com FAQ, horário de visita e canais de ouvidoria.

3. Papel do Núcleo de Humanização

- **Rondas de Experiência** duas vezes ao dia para avaliar compreensão dos usuários sobre o serviço prestado.

4. Indicadores de Acompanhamento

- **Taxa de entrega de consentimento digital arquivado:** meta ≥ 95 %.
- **Satisfação sobre clareza de informação** (item específico da pesquisa NPS): aumentar de baseline 82 % para ≥ 90 % em 12 meses.
- **Reclamações formais por falta de informação:** redução de 30 % em 12 meses.

5. Custo

Nenhum desembolso adicional: formulários eletrônicos, painéis e totens já fazem parte da intranet AHBB;.

2.2 Acolhimento – Instrução com Indicação das Formas de Acolhimento, Portaria, Segurança, Recepção, Enfermagem, Serviço Social e Apoio Psicossocial aos usuários e familiares. Instrução para Recepção do Usuário

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para a recepção eficiente e acolhedora de usuários, visando proporcionar um atendimento humanizado e de qualidade.

1. Acolhimento ao Usuário:

1.1. A equipe de recepção deve cumprimentar os usuários de forma cortês e empática, transmitindo confiança e segurança desde o primeiro contato.

2. Identificação e Cadastro:

2.1. Ao chegar, todos os usuários devem ser prontamente identificados e cadastrados no sistema, utilizando informações básicas como nome, data de nascimento, endereço e número do cartão do SUS, se disponível.

3. Orientações Iniciais:

3.1. A equipe de recepção deve fornecer informações claras e objetivas sobre os procedimentos de atendimento, tempos de espera estimados e documentação necessária.

3.2. Destacar a importância da triagem inicial para priorizar casos mais urgentes.

4. Triagem Inicial:

4.1. Encaminhar o usuário para a área de triagem, onde a equipe de enfermagem realizará uma avaliação inicial da gravidade do caso com base no protocolo de Classificação de Risco Manchester.

4.2. Garantir que os casos mais graves sejam priorizados, conforme protocolos estabelecidos.

5. Portaria e Segurança:

5.1. A equipe de portaria deve monitorar a entrada e saída de pessoas, garantindo um ambiente seguro para todos.

5.2. Trabalhar em conjunto com a segurança para prevenir e resolver situações de conflito ou risco dentro da unidade.

5.3. Garantir que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às áreas restritas, conforme as normas internas.

6. Atualização de Cadastro:

6.1. Periodicamente, revisar e atualizar as informações cadastrais dos usuários para garantir a precisão e atualização dos dados.

7. Comunicação Ativa:

7.1. Manter uma comunicação ativa com os usuários, informando sobre eventuais atrasos, mudanças nos procedimentos e oferecendo esclarecimentos quando necessário.

7.2. Utilizar linguagem acessível e evitar jargões técnicos ao se comunicar com os usuários.

8. Controle de Fluxo:

8.1. Gerenciar o fluxo de entrada e saída de usuários na recepção para evitar aglomerações.

8.2. Garantir a organização das filas e a disponibilidade de assentos para os usuários que aguardam atendimento.

9. Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais:

9.1. Oferecer suporte especializado para usuários com necessidades especiais, garantindo acessibilidade e conforto durante todo o processo de atendimento.

10. Treinamento da Equipe de Recepcionistas:

10.1. Realizar treinamentos regulares com a equipe de recepção, abordando técnicas de atendimento ao público, resolução de conflitos e atualização sobre os procedimentos da UPA, incluindo a aplicação do protocolo Manchester.

11. Feedback e Melhoria Contínua:

11.1. Estabelecer mecanismos para coletar feedback dos usuários, identificando pontos de melhoria e implementando ações corretivas quando necessário.

2.3 **Instrução para Orientação e Apoio Social a usuários e familiares na emergência**

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para fornecer orientação e apoio social aos usuários e seus familiares durante o

atendimento de emergência. A ênfase está em promover um ambiente acolhedor e atencioso, considerando as necessidades sociais dos indivíduos em situações de urgência médica.

1. Identificação de Necessidades Sociais:

1.1. A equipe de saúde, em colaboração com os profissionais de serviço social, deve identificar as necessidades sociais dos usuários e de seus familiares durante o atendimento de emergência.

2. Comunicação Empática:

2.1. Estabelecer uma comunicação empática e sensível ao abordar questões sociais, considerando o estado emocional dos usuários e familiares.

3. Prestação de Informações Claras:

3.1. Fornecer informações claras sobre o estado de saúde do paciente, procedimentos médicos, e outros aspectos relevantes, adaptando a linguagem conforme necessário.

4. Acolhimento Familiar:

4.1. Permitir a presença de familiares próximos sempre que possível, respeitando as normas e protocolos de segurança e privacidade.

5. Identificação de Redes de Apoio:

5.1. Auxiliar na identificação de redes de apoio social, como familiares, amigos e recursos comunitários, para fornecer suporte adicional aos usuários e familiares.

6. Encaminhamento a Serviços Sociais:

6.1. Encaminhar os casos identificados para profissionais de serviço social quando necessário, visando orientação mais especializada sobre recursos disponíveis na comunidade.

7. Atendimento Sensível a Questões Culturais:

7.1. Respeitar e compreender as diversidades culturais dos usuários, adaptando o atendimento para garantir sensibilidade e respeito às diferenças.

8. Apoio em Situações de Crise:

8.1. Oferecer apoio emocional e psicossocial em situações de crise, assegurando que os usuários e seus familiares tenham recursos para lidar com o estresse e a ansiedade.

9. Registro Adequado de Informações:

9.1. Garantir o registro adequado das informações sociais relevantes nos prontuários médicos, respeitando a privacidade e confidencialidade dos dados.

10. Capacitação da Equipe:

10.1. Proporcionar treinamentos regulares à equipe de saúde e aos profissionais de serviço social sobre abordagens eficazes na orientação e apoio social em situações de emergência.

11. Avaliação Contínua:

11.1. Realizar avaliações regulares dos serviços sociais prestados, buscando feedback dos usuários para identificar áreas de melhoria.

Este documento deve ser revisado periodicamente para garantir a eficácia das

práticas e a contínua melhoria do suporte social oferecido aos usuários e familiares no PS 24 horas.

Instrução para Visitas aos pacientes em observação

2.4 **Proposta de fluxo para Atendimento Social: primeiro atendimento, orientação e apoio para pessoas em risco social, pessoa com deficiência, crianças e adolescentes, idosos e mulheres vítima de violência.**

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer um fluxo de atendimento social no Pronto Socorro, visando oferecer suporte especializado para pessoas em risco social, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes, idosos e mulheres vítimas de violência, com foco na promoção da dignidade e respeito aos direitos humanos.

1. Primeiro Atendimento:

1.1. A equipe de recepção identificará casos que necessitam de atendimento social, considerando indicadores de risco social, presença de deficiência, idade (crianças, adolescentes, idosos) e histórico de violência.

2. Triagem Social:

2.1. A equipe de enfermagem realizará uma triagem social, identificando necessidades específicas e avaliando o grau de urgência para encaminhamento.

2.2. Em casos urgentes, priorizar o atendimento imediato.

3. Encaminhamento para Profissionais Especializados:

3.1. Encaminhar os casos identificados para profissionais de serviço social, psicologia e outros especialistas, conforme necessário.

3.2. Garantir a disponibilidade de uma sala reservada para atendimentos mais

privativos.

4. Orientação e Apoio:

4.1. Profissionais especializados realizarão orientação e apoio social, considerando as características específicas de cada grupo.

4.2. Estabelecer um ambiente acolhedor e confidencial para facilitar a comunicação.

5. Acompanhamento Contínuo:

5.1. Oferecer acompanhamento contínuo para os casos identificados, garantindo o suporte necessário ao longo do processo de atendimento.

5.2. Manter registros detalhados para facilitar a continuidade do cuidado.

6. Rede de Apoio:

6.1. Identificar e acionar a rede de apoio externa, incluindo órgãos governamentais, organizações não governamentais e outros serviços sociais disponíveis na comunidade.

6.2. Estabelecer parcerias para encaminhamentos eficazes.

7. Capacitação da Equipe:

7.1. Proporcionar treinamentos regulares à equipe de saúde sobre a abordagem adequada para atendimento social, incluindo questões de gênero, diversidade, e direitos humanos.

7.2. Atualizar a equipe sobre mudanças na legislação e políticas de atendimento social.

8. Protocolos de Atendimento Específicos:

8.1. Desenvolver protocolos específicos para casos de violência contra mulheres, abuso infantil, idosos em situação de vulnerabilidade, entre outros.

8.2. Garantir o cumprimento rigoroso de protocolos de sigilo e confidencialidade.

9. Avaliação de Resultados:

9.1. Realizar avaliações periódicas dos resultados do atendimento social, coletando feedback dos usuários e identificando áreas de melhoria.

9.2. Ajustar procedimentos conforme necessário para otimizar a eficácia do serviço.

10. Comunicação Clara e Empática:

10.1. Assegurar uma comunicação clara e empática durante todo o processo de atendimento social, respeitando a diversidade e promovendo a participação ativa dos usuários.

Este documento será revisado regularmente para garantir a aderência às melhores práticas, atualizações legislativas e aprimoramento contínuo do atendimento social no PS 24 horas.

2.5 **Instrução para Definição de formas de acomodação e Conduta de Acompanhantes de usuários Idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência conforme legislação vigente**

Objetivo:

Este documento tem como objetivo estabelecer procedimentos operacionais para garantir a adequada acomodação e conduta de acompanhantes de usuários considerando as necessidades específicas de idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência no Pronto Socorro, em conformidade com a legislação

vigente.

1. Acomodação de Idosos:

1.1. Disponibilizar espaços de espera confortáveis e acessíveis para idosos.

1.2. Garantir assentos prioritários e condições adequadas para usuários idosos, considerando a mobilidade reduzida e outras necessidades específicas.

2. Acomodação de Crianças e Adolescentes:

2.1. Providenciar áreas de espera adaptadas para crianças, com brinquedos, livros e ambiente lúdico.

2.2. Assegurar a presença de acompanhantes para crianças e adolescentes em casos apropriados, respeitando as normas de segurança.

3. Acomodação de Pessoas com Deficiência:

3.1. Oferecer espaços acessíveis para pessoas com deficiência, incluindo rampas, banheiros adaptados e sinalização adequada.

3.2. Priorizar o atendimento e acomodação em locais adequados, considerando as necessidades específicas de cada caso.

4. Acompanhantes:

4.1. Permitir a presença de acompanhantes para usuários idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, sempre que necessário e permitido pela legislação.

4.2. Fornecer informações claras aos acompanhantes sobre normas e direitos, garantindo seu entendimento sobre o processo de atendimento.

5. Conduta de Acompanhantes:

5.1. Orientar os acompanhantes sobre a importância de respeitar as normas internas da UPA, incluindo horários de visita e áreas restritas.

5.2. Incentivar a participação ativa dos acompanhantes no suporte emocional e prático aos usuários, sem interferir no trabalho da equipe de saúde.

6. Respeito à Legislação Vigente:

6.1. Cumprir rigorosamente as normas e regulamentações vigentes relacionadas aos direitos dos idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, assegurando um atendimento inclusivo e respeitoso.

7. Treinamento da Equipe:

7.1. Capacitar a equipe da UPA em relação aos direitos e necessidades específicas de cada grupo (idosos, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência), garantindo um atendimento sensível e eficaz.

8. Avaliação Contínua:

8.1. Realizar avaliações periódicas para identificar áreas de melhoria nos serviços oferecidos aos usuários com necessidades específicas e seus acompanhantes.

9. Comunicação Clara e Acessível:

9.1. Garantir que a comunicação com usuários e acompanhantes seja clara, acessível e adaptada conforme necessário, incluindo informações sobre direitos, procedimentos e cuidados.

Este documento deve ser revisado regularmente para garantir sua conformidade com a legislação atualizada e assegurar a contínua adequação dos serviços da UPA às necessidades específicas de usuários e acompanhantes.

2.6 Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU

Descrição dos Serviços

O Serviço de Atendimento ao Usuário tem por finalidade obter a opinião dos usuários sobre o atendimento oferecido pela Unidade de Saúde. Sua missão é ouvir usuários, acompanhantes, visitantes e familiares, conhecendo suas insatisfações, anseios elogios, além de colher sugestões relacionadas ao atendimento. Ouvindo o que o cidadão tem a dizer podemos saber qual a sua percepção sobre a qualidade dos serviços prestados.

Características e Diretrizes

Será adotado pelas Unidade de Saúde, para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários e canais diretos de comunicação como telefone, e-mail e atendimento direto.

A metodologia a seguir apresentada será adaptada aos modelos e formulários posteriormente definidos pelo Contrato, conforme necessidade.

Pesquisa Direta: visita aos pacientes em atendimento e busca ativa por meio de formulários.

Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada pós-atendimento e formulários para manifestações espontâneas.

Atendimento direto: recebia pessoalmente no SAU, por telefone ou e-mail. Os formulários de pesquisa de satisfação deverão passar pelo critério de avaliação da Contratada e será composto por: unidade de atendimento; a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato, e a avaliação do grau de satisfação conforme os temas seguintes

- Disponibilidade e interesse dos profissionais da Unidade de Saúde
- Clareza das orientações
- Agilidade do atendimento

- Limpeza das instalações físicas
- Recomendações da Unidade de Saúde

<u>Tratativa das Ocorrências e Manifestações</u>

As ocorrências e manifestações registradas no SAU, por meio de formulário, serão analisadas e quando cabível serão retornadas aos usuários para finalização do processo.

- Manifestações Críticas – até 12 horas para resposta: Originada de mídia ou quando envolva risco direto ao paciente.
- Manifestações semicríticas – até 2 dias para resposta: Reclamações gerais como demora, limpeza que não envolva risco direto ao paciente.
- Manifestações não críticas – até 5 dias para resposta: Reclamações gerais recebidas por meio do formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente.

<u>Uso das informações das Pesquisas e demais Canais do SAU:</u>

Pesquisas: serão tabuladas e apresentadas em reuniões ordinárias da diretoria e liderança. Serão usadas para definir diretrizes de melhoria dos serviços prestados através de planos de ação multiprofissionais.

Reclamações: serão apreciadas e encaminhadas aos líderes responsáveis para providências, com cópia para a Gerência de Qualidade Corporativa. Serão tratadas através de ferramentas da qualidade visando análise de causa raiz, identificando dos fatores que contribuíram para o episódio, bem como o plano de ação corretivo.

Elogios: serão divulgados à toda equipe de colaboradores através de murais e outros recursos da Comunicação, a fim de reforçar o reconhecimento individual.

Orientação a Acompanhantes

Para garantir o bem-estar dos pacientes e o bom funcionamento da Unidade de Saúde é recomendável observar as seguintes orientações:

- Lavar/higienizar sempre as mãos antes de qualquer contato com o paciente;
- Pessoas portadoras de doenças transmissíveis, como gripe, conjuntivite, ou febre de qualquer natureza não devem acompanhar o paciente em consulta ou exames;
- Não fumar nas dependências da Unidade de Saúde;
- A Unidade de Saúde não se responsabiliza por valores ou objetos de uso pessoal de pacientes e acompanhantes. Para segurança, recomendamos que os mesmos sejam mantidos sob a guarda de acompanhante;
- Não portar ou consumir bebidas alcoólicas, em hipótese alguma, nas dependências da Unidade de Saúde;
- Falar em voz baixa.

Achados e Perdidos

Cabe ao SAU catalogar os achados e perdidos em livro de protocolo próprio conforme formulário próprio. Anotar todos os dados necessários (nome do Usuário e ou colaborador e local onde foi encontrado o objeto) bem como identificar o usuário.

Objeto de valor deve ser registrado em livro de protocolo e encaminhado ao setor administrativa para ser guardado no cofre.

E de responsabilidade do SAU devolver o objeto, colher a assinatura do usuário e/ou colaborador em livro do protocolo.

2.6.1 Proposta para a Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário (pacientes, familiares, comunidade).

Trata-se de um serviço que facilita a comunicação na PRONTO SOCORRO 24 HORAS, gerenciada pela **AHBB**, o usuário e sociedade. Através deste serviço a singularidade das necessidades dos clientes é respeitada e uma nova imagem de organização voltada para humanização é destacada, como forma de se obter também excelência em serviços. Essa estratégia se baseia na premissa de que a qualidade de atenção e do cuidado, assim como o acolhimento e atenção personalizada pode fazer muito pelos pacientes, no sentido de se sentirem humanos num ambiente onde a tecnologia aumenta a cada dia.

Os elogios, queixas, sugestão e agradecimentos poderão ser realizados por meio de contato pessoal, internet, telefone, pesquisa de satisfação do usuário preenchido no término do atendimento e formulário eletrônico através do QRCODE, que deveram ser colocados nas caixas de sugestão que ficaram espalhadas em locais visíveis e de fácil acesso.

- O SAU deverá abrir um canal de resposta ao cliente através do atendimento pessoal e sistema de mala direta. Devendo registrar e arquivar todas estas informações que deverá gerar número de protocolo.
- As respostas deverão ser encaminhadas num prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para o usuário, desta maneira as chefias deverão enviar os retornos para a ouvidoria em até 5 (cinco) dias úteis a contar da data do registro.
- As respostas só poderão ser fornecidas aos usuários que se identificarem e fornecerem endereço ou telefone para contato.
- Para obtermos informação contínua de satisfação do usuário serão estabelecidas pesquisas de satisfação anuais com os pacientes.
- As caixas de sugestão e demais meios de pesquisa ficarão espalhadas, em locais visíveis com formulário menor e mais objetivo. Estes formulários serão recolhidos diariamente, analisados e respondidos aos clientes que se identificarem.

- Diariamente (exceto sábados, domingos e feriados) os pacientes que estiverem de alta receberão visita do profissional do SAU para realização de satisfação e avaliação, neste momento o paciente e/ou o acompanhante poderá expressar suas opiniões em relação ao serviço o qual necessitou. Sobre estes formulários será analisada, ao término do mês, a satisfação do usuário em relação ao serviço.

A Instituição oferecerá o serviço de atendimento ao usuário que terá como horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 08h00 às 17h48.

2.6.2 Proposta de Regimento do Serviço de Atendimento ao Usuário

CAPÍTULO I - Da finalidade

Art. 1º- O SAU desta unidade de atendimento existe para estabelecer um canal ágil e direto entre o cliente externo e a unidade, visando humanizar e estreitar a relação com o cliente. Buscando soluções práticas e efetivas para os principais problemas da organização sob a ótica do cliente, identificar nas críticas as oportunidades de melhoria, inovando constantemente seus serviços. Identificar as necessidades dos usuários, manterem a maior credibilidade e fortalecimento da imagem da organização junto à população.

29.1.1 CAPÍTULO II - Da organização

Art. 2º - O SAU será constituído por auxiliares administrativos.

29.1.2 CAPÍTULO III - Da competência

Art. 3º - Compete ao SAU:

- Receber a queixa, elogios, sugestões e agradecimentos, documentar em protocolo próprio e encaminhar as solicitações para os responsáveis de cada área.
- Checar as informações e responder ao usuário que se identificar ou a um representante da comunidade beneficiada pelo atendimento.

- Acompanhar as providências adotadas, garantindo o direito de resolutividade e manter o requerente informado do processo.
- Atender sempre o manifestante com cortesia e respeito, sem discriminação ou pré-julgamento, dando-lhe uma resposta à questão apresentada, no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

CAPÍTULO IV - De pessoal e suas atribuições

Art. 4º- São atribuições do auxiliar administrativo:

- Receber com solicitude as críticas, sugestões, elogios e agradecimentos do público e encaminhá-las aos setores competentes para averiguação. Devendo o setor retornar com solução do caso para o SAU no prazo máximo de2 (dois) dias úteis.
- Responder ao usuário que se identificar no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis.
- Agir com ética, integridade, transparência, imparcialidade e justiça.
- Exercer suas funções com independência, autonomia, seguindo o Regimento Interno com objetivo de garantir o direito e o respeito à pessoa humana.
- Registrar todos os atendimentos e arquivá-los.
- Gerar número de protocolo de atendimento e informá-lo ao usuário.
- Recolher diariamente os formulários da caixa de sugestão e os questionários de satisfação das pastas setoriais e enviar as respostas para o cliente.

Art. 5º- Todas as investigações serão conduzidas de forma sigilosa.

CAPÍTULO V - Das disposições gerais

Art. 6º - Não é permitido receber qualquer gratificação.

Art. 7º - O colaborador do SAU não poderá se utilizar das prerrogativas do cargo que ocupa para obter vantagens de ordem pessoal.

Art.8º - Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.9º - O atendimento será sempre de forma cortes e atenciosa por parte do colaborador.

Art.10º - O atendimento não sofrerá qualquer restrição relativa a sexo, raça, religião, opção sexual, condição socioeconômica.

Art.11º- Cabe ao responsável pelo serviço manter este regimento devidamente atualizado.

Art.12º - Todos cumprirão horário de trabalho estabelecido.

Art.13º- Não será permitida a permanência de estranhos à seção, sem autorização da chefia.

Art.14º- Todos os colaboradores seguirão as instruções contidas neste regimento.

Art.15º- Toda e qualquer saída de colaborador da seção deverá ser autorizada, por escrito, pela chefia.

Art.16º- Este regimento deverá ser observado na íntegra por todos os colaboradores da unidade.

Art.17º- O presente regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalações de autoridade, devendo ser aplicado a todos sem qualquer exceção.

Art.18º- Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Diretoria Executiva.

Art.19º - O presente regimento entra em vigor a partir da data de implantação do mesmo e a devida assinatura da Diretoria e Responsável pelo setor.

Atribuições:

- Orientar e Informar os usuários acerca das normas e rotinas institucionais;

- Oferecer o instrumento de Avaliação do Atendimento aos usuários dos serviços prestados, como forma de obter um retorno a respeito dos usuários em tempo real, objetivando requalificar os serviços prestados à população, atuando em parceria e sintonia com a equipe da unidade de qualidade;
- Encaminhar os usuários que se apresentarem com dúvidas acerca dos serviços existentes;
- Encaminhar para acompanhamento social, usuários que requeiram abordagem minuciosa e apreciativa do Serviço Social;
- Receber as críticas e dúvidas, seja pessoalmente, formalmente ou e-mail, respondendo a todas as demandas;
- Emitir relatório mensal.

29.1.3 Proposta de pesquisa periódica/ contínua de satisfação do usuário, com definição de uso das informações.

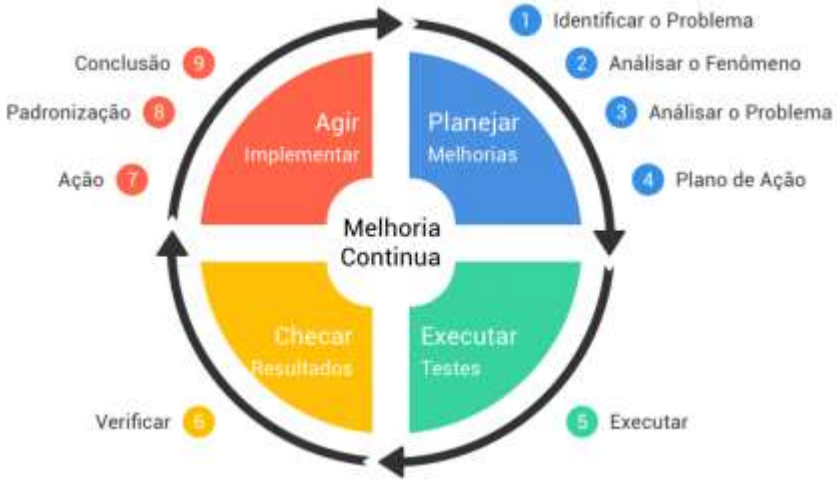
A proposta de pesquisa periódica está devidamente descrita conforme abaixo:

1. Realizar medição da satisfação do usuário	SAU	Pesquisa de Satisfação dos usuários	Uma vez ao ano é disponibilizada a pesquisa de satisfação dos usuários nas Unidades de Internação. A ferramenta questionário é elaborada por meios próprios em conjunto com SAU, Qualidade e Equipe Multidisciplinar

2. Consolidar relatório	Supervisão	Pesquisa de Satisfação dos Usuários	Analisar dados da pesquisa de satisfação dos usuários para a consolidação dos usuários
3. Encaminhar consolidado para os processos envolvidos	SAU	Relatório consolidado	Encaminhar relatório consolidado da pesquisa de satisfação para diretoria e gerentes.
4. Elaborar e dar andamento a Plano de Ação	Coordenadores dos processos e Alta Direção	Relatório Consolidado	Esses dados também são avaliados nas análises de objetivos estratégicos.
5. Abrir Não conformidade Real (NRC) para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação inferior a 85% e abrir Sugestão de Melhoria para os itens/processos que obtiveram nível de satisfação superior a esse índice.	SAU	Tratamento de Não Conformidade Real ou Potencial e Sugestão de Melhoria	Encaminhar NCR aos gestores para elaboração dos planos de ação

6. Divulgar resultado na intranet	Qualidade	Intranet	Divulgar resultados na Intranet

As reclamações ou sugestões formalizadas nas pesquisas de satisfação de clientes seguem o fluxo apresentado abaixo:



2.7 Pesquisa de Satisfação do Usuário

- Objetivo

A Pesquisa de Satisfação do Cliente tem por finalidades:

- ✓ Mensurar a opinião dos Usuários sobre todos os serviços prestados pela Instituição, subsidiando a Direção/Coordenação no aprimoramento e monitoramento da imagem e das atividades frente à comunidade;
- ✓ Fortalecer a relação Usuário/Instituição, disponibilizando um canal de comunicação aberto para sugestões;

Formulário de Pesquisa

Serviço de atendimento ao usuário – SAU e pesquisa de satisfação

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um canal democrático de estímulo participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de

mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelas unidades e humaniza o atendimento. Constitui-se em um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com o ambiente interno e externo da instituição.

O objetivo mediante as estratégias propostas é estimular a participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços; registrar e tratar das manifestações dos cidadãos relativas aos serviços prestados; apresentar aos gestores as informações decorrentes da avaliação da população; apoiar e fortalecer a participação social no SUS.

A responsabilidade deste processo será de um administrativo, que receberá todas as manifestações e as distribuirá conforme a procedência, em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, e o setor terá profissional assistente administrativo cujas atribuições estão descritas a seguir:

<u>Funcionamento do serviço:</u>

O SAU capta dados através de um único documento estruturado que avalia a satisfação dos usuários referente os serviços prestados e, no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores, para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências tomadas para solução do problema.

As manifestações são classificadas em suas especificidades e após análise serão encaminhadas as áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o SAU, encaminha devolutiva da manifestação ao usuário.

A prioridade é responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, controlar os prazos de soluções. Acompanhar em tempo real o fluxo da reclamação. Buscar proatividade nas soluções dos problemas, fazendo de uma ouvidoria passiva para uma ativa.

Será destinado, a medida do possível, sala exclusiva para o desenvolvimento das atividades do serviço de atenção ao usuário, local também destinado a receber os usuários para atendimento aos usuários.

As manifestações oriundas do Sistema de Ouvidoria Geral do Estado de RS serão acessadas pelo Gestor do AME para conhecimento da manifestação e a inserção dos encaminhamentos e providências tomadas no sistema.

Na apuração dos fatos o gestor local deve observar todos os aspectos contidos na manifestação do usuário, considerando as várias situações apontadas pela mesma, apurando cada uma dessas situações e identificando todos os elementos envolvidos. A resposta ao manifestante sempre que possível deve ocorrer pessoalmente, quando não possível deve ocorrer por telefone, e-mail ou correspondência.

O objetivo da pesquisa de satisfação é avaliar em como o usuário percebe a oferta dos serviços em relação ao funcionamento e qualidade, sendo a informação obtida através de pesquisas enviadas pelo celular (ferramenta WhatsApp) do paciente ou do familiar responsável, que passaram em atendimento na unidade, seja em consulta médica ou exame diagnóstico. A periodicidade de fechamento desse indicador será mensal.

Os resultados da pesquisa de satisfação serão monitorados buscando sempre a satisfação máxima dos usuários. Caberá ao NQSP apresentar o consolidado dos

resultados obtidos, que também se manterá a par dos planos de ação desenvolvidos por cada unidade.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da unidade, gerenciadas pela **AHBB** destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes/familiares. Em cada mês será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que serão aplicados mensalmente em pacientes internados ou acompanhantes/familiares.

A **AHBB|Rede Santa Casa** implantará a Pesquisa de Satisfação do Usuário através de QRCODE, prática já adotada em unidades de saúde por ela gerenciadas.

O funcionamento do SAU será de segunda a sexta, em horário comercial. Fora deste horário o usuário ou familiar que queira manifestar-se, pode solicitar na recepção o formulário, preenchê-lo e depositar na urna. A abertura desta e os devidos encaminhamentos da manifestação serão diários.

Os dados obtidos na pesquisa de satisfação permitirão identificar as variações encontradas nos diversos setores, para que ações corretivas ou de melhoria possam ser traçadas, buscando um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional, de modo a disponibilizar serviços assistenciais centrados na qualidade e humanização do atendimento.

O telefone da Ouvidoria Geral do Estado de SP ou municipal, bem como o link para manifestação via internet, será disponibilizado em cartaz ou outra forma de comunicação visual na unidade, juntamente com as informações sobre a ouvidoria local, para conhecimento dos usuários do serviço.

O objetivo da pesquisa de satisfação é avaliar em como o usuário percebe a oferta dos serviços em relação ao funcionamento e qualidade, sendo a informação obtida através de pesquisas enviadas pelo celular (ferramenta WhatsApp) do paciente ou do familiar responsável, que passaram em atendimento na unidade, gerenciada **AHBBIRede Santa Casa**, seja em consulta médica ou retorno. A periodicidade de fechamento desse indicador será mensal.

<u>Indicadores SAU</u>

São instrumentos gerenciais sem os quais não seria possível realizar uma avaliação rigorosa de produtividade ou qualidade numa instituição de saúde. Os indicadores utilizados são os seguintes:

- Taxa de Pesquisas Respondidas:

$$Representatividade\ das\ Pesquisas\ respondidas = \sum \frac{Pesquisas\ respondidas}{Pacientes\ atendidos\ no\ período} \times 100$$

O resultado será o percentual de pesquisas respondidas sobre os atendimentos prestados.

- Grau de Satisfação do Usuário:

$$Grau\ de\ Satisfação\ do\ Usuário = \frac{Nº\ de\ Respostas\ Satisfatórias\ (ótimo\ e\ bom)}{Nº\ de\ Pesquisas\ respondidas\ \times\ Nº\ de\ Itens\ da\ Pesquisa} \times 100$$

O resultado será o percentual de usuários satisfeitos.

2.8 Proposta de Pesquisa de Satisfação do Colaborador

Objetivo

Criar um processo contínuo de pesquisa de satisfação para compreender as percepções e necessidades dos colaboradores, identificar oportunidades de melhoria e fortalecer o clima organizacional, contribuindo para o alinhamento estratégico da AHBB com os princípios da qualidade.

Periodicidade

- **Mensal (Microclima)**: Aplicação breve para medir aspectos pontuais e emergenciais.
- **Trimestral (Clima Organizacional)**: Pesquisa mais ampla para capturar a percepção geral.
- **Anual (Avaliação Estratégica)**: Análise profunda para planejamento estratégico.

Metodologia

- **Ferramenta**: Plataforma integrada ao portal da Ouvidoria Interna.
- **Formato de coleta**:
  - Online, acessível por computador e dispositivos móveis.
  - Utilização de QR Codes para facilitar o acesso.
- **Análise de dados**: Sistema automatizado para compilar relatórios e gerar gráficos comparativos.

Estrutura do Questionário

1. Ambiente de Trabalho

- Você sente que a organização promove um ambiente inclusivo e respeitoso?
- As condições físicas do ambiente de trabalho são adequadas?

2. Liderança

- Como você avalia o suporte e a comunicação da sua liderança imediata?
- Você se sente motivado(a) pela gestão para atingir suas metas?

3. Desenvolvimento e Reconhecimento

- Você percebe oportunidades claras de crescimento profissional na organização?
- A empresa reconhece adequadamente o desempenho dos colaboradores?

4. Recursos e Ferramentas

- Os materiais, equipamentos e tecnologias disponíveis são adequados para o desempenho do seu trabalho?
- Há agilidade no atendimento às solicitações relacionadas a recursos?

5. Bem-estar e Qualidade de Vida

- Como você avalia o equilíbrio entre vida profissional e pessoal?
- A empresa promove iniciativas voltadas ao bem-estar e saúde dos colaboradores?

6. Comunicação Interna

- As informações importantes são transmitidas de forma clara e no tempo adequado?
- Você sente que sua voz é ouvida e considerada nos processos organizacionais?

7. Feedback Aberto

- O que você acredita que poderia melhorar na organização?

Confidencialidade

- **Garantias**:

- Respostas 100% anônimas e criptografadas.
- Cada colaborador receberá um código único para consultar o status e desdobramentos da pesquisa.
- Transparência no uso das informações e retorno direto dos resultados.

Processo de Uso das Informações

1. **Análise de Resultados**:
   - Elaboração de relatórios trimestrais, destacando pontos fortes e melhorias necessárias.
   - Uso de ferramentas Lean para mapear fluxos críticos e implementar melhorias.
2. **Planejamento e Ação**:
   - Implementação de um plano de ação baseado no método 5W2H.
   - Definição de responsáveis e prazos para execução das melhorias apontadas.
3. **Comunicação Transparente**:
   - Apresentação dos resultados aos colaboradores, destacando melhorias implementadas.
   - Canal exclusivo na intranet para acompanhar as ações realizadas.
4. **Indicadores de Satisfação**:
   - Taxa de Engajamento (% de respostas coletadas).
   - Nível de Satisfação Geral (média das respostas quantitativas).
   - Taxa de Conclusão de Planos de Ação (% de ações concluídas no prazo).

Benefícios Esperados

- Maior engajamento e motivação dos colaboradores.
- Redução de turnover por meio de ações preventivas.
- Melhoria contínua no ambiente organizacional.
- Fortalecimento da cultura de escuta ativa e inovação.

Plano de Implantação

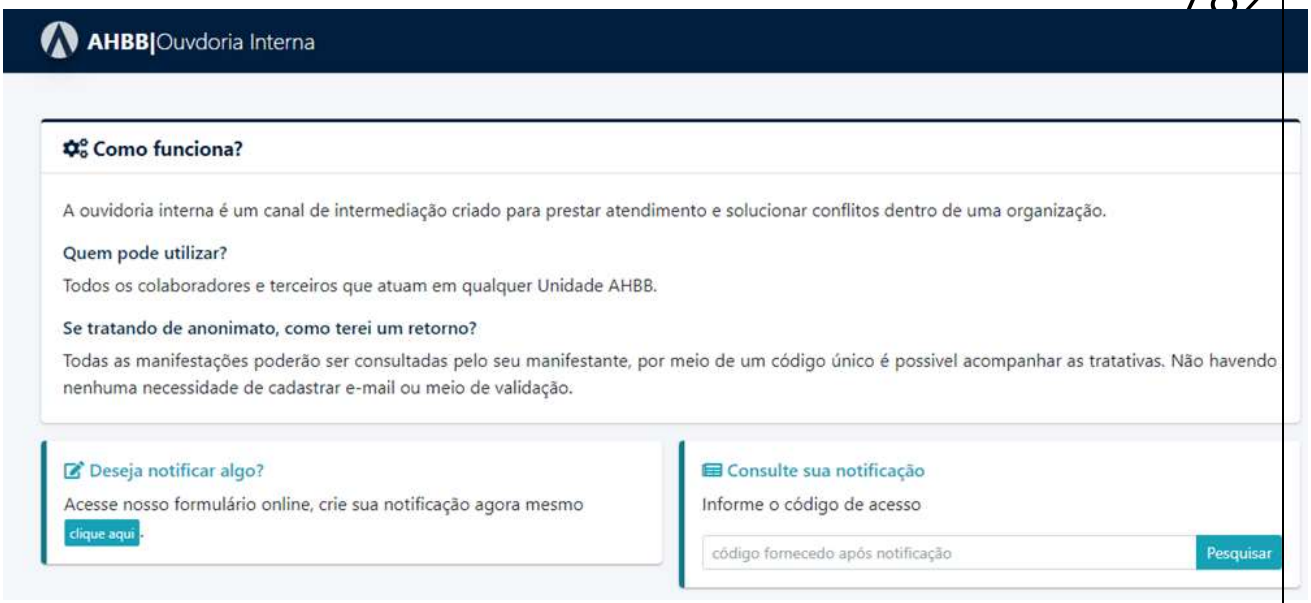
1. Lançamento Geral:

- Divulgação oficial por e-mail, intranet, cartazes e QR Codes.

2. Monitoramento Contínuo:

- Reuniões periódicas para revisar os dados e alinhar estratégias.

Com essa proposta, a pesquisa se torna mais robusta, prática e alinhada às melhores práticas de gestão da qualidade e do clima organizacional



Sistema Intranet **AHBBIRede Santa Casa**

2.9 Políticas de Humanização

Diretriz AHBB|Rede Santa Casa de Humanização

O presente documento tem como objetivo recomendar rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem implementadas, executadas, monitoradas e avaliadas na **AHBB|Rede Santa Casa**, a fim de que possibilite um trabalho coeso em rede. A escolha de rol mínimo de atividades para a humanização nas unidades gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, assim como já realizado com a vigilância em saúde e a segurança do paciente, faz-se necessária para que sejam harmonizadas as práticas de uma mesma rede, o que tende a potencializar os resultados. Esta diretriz contém elementos básicos e com ela são esperados avanços práticos de tal forma que possibilite a publicação de novas diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade e, assim, possam gradativamente implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar.

Vale salientar que diversos hospitais que compõem a **AHBB|Rede Santa Casa** já possuem trabalhos em humanização, o que favorece a implementação de ações nos demais hospitais com as trocas de experiências em rede. Por outro lado, definiu-se como necessária a adição de um documento formal a essas ricas experiências, a fim de harmonizar conceitos, definir prioridades e elevar essas instituições a uma condição mínima de adequação aos principais requisitos da PNH, promovendo ciclos virtuosos de melhoria contínua para a humanização da assistência prestada aos usuários.

A ampliação das atividades para além das aqui propostas são incentivadas. As unidades têm autonomia para implementar novas ações. Desta forma, esperamos que este documento, seja orientador e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado, quando estiverem prestando seus atendimentos nas Unidades de Saúde gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**.

A **AHBB|Rede Santa Casa** se inspira na Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) que busca a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam nossas políticas são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos

ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A desumanização da gestão e do cuidado em saúde representada por inúmeras filas, isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante o período de internação, práticas de gestão autoritárias e trabalhadores tratados como recursos e insumos, tem levado à perda significativa do sentido do cuidado. A PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

A Humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo movimento.

A humanização deve ser abrangente, deve atingir todos os setores das Unidades de Saúde. No entanto, é oportuno escolher as primeiras áreas a serem trabalhadas, assegurando ao processo um resultado impactante e sustentável. A **AHBB|Rede Santa Casa** trabalha com a identificação dos problemas mais emergenciais, os quais devem ser objeto de priorização na elaboração dos planos de ação.

Ressalta-se que as ações pontuais de unidades específicas têm o tratamento adequado, a fim de propiciar um ambiente favorável à humanização em toda a instituição.

Todas nossas ações buscam estar em consonância com os princípios da PNH: transversalidade; indissolubilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Propõe como método a gestão participativa e cogestão, que se apresenta como um "tríplice inclusão", incluindo sujeitos, coletivos para produzir mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão, as quais decorreriam da "produção de plano e ação comum" entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

A partir destes pressupostos, as ações da **AHBB|Rede Santa Casa** são centradas no trabalho em equipe, na construção coletiva que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

Os profissionais de saúde são orientados a trabalhar em conjunto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa, auxiliando assim os

usuários a desenvolverem conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. A assistência é coordenada e adaptada às necessidades do indivíduo.

Ações e dispositivos preconizados pela PNH adotados pela **AHBB|Rede Santa Casa**:

1. Grupo de Trabalho de Humanização
2. Visita aberta e direito ao acompanhante
3. Sistemas de escuta qualificada
4. Desospitalização
5. Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco
6. Carta de direitos dos usuários do SUS
7. Ambiência
8. Valorização dos trabalhadores
9. Brinquedoteca
10. Grupo de Trabalho de Humanização – GTH

Um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é constituído nos hospitais gerenciados pela **AHBB|Rede Santa Casa**, que realiza trabalho pautado nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, na presente Diretriz e deve ser regulamentado por Regimento Interno Próprio.

O GTH é um "espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a ser uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde".

A composição do GTH é multidisciplinar e multiprofissional, com participantes envolvidos com a ideia de humanização, considerando a sensibilidade e o comprometimento com a dignidade do ser humano, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

O engajamento dos gestores nos GTHs revela que a humanização está sendo priorizada nos processos de construção coletiva de saúde. O grupo é conhecimento por todos os colaboradores, terceiros e fornecedores, bem como o pelo público. É preparado por treinamentos e cursos a fim de fomentar discussões específicas e

transversais, além de incentivar pactuações que visem estimular os processos humanísticos na Unidade de Saúde, por meio de reuniões que permitam a participação de toda comunidade hospitalar, com atuação da gestão e trabalhadores interessados.

Em suas reuniões, estão sempre abertos a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais. As reuniões são mensais e possuem caráter aberto, ou seja, além dos membros efetivos, podem participar das reuniões quaisquer outros atores envolvidos com os processos da unidade, e deverão ser registradas em ata, incluindo os temas em pauta e as decisões tomadas. O GTH reporta-se diretamente à Diretoria da Unidade. Subgrupos podem ser constituídos temporariamente, com intuito de elaborar propostas específicas de intervenção em algum setor, além de preparar temas para serem apresentados ou divulgar trabalhos na instituição.

Ações desenvolvidas pelo GTH podem se caracterizar na realização de diagnósticos da situação hospitalar quanto aos serviços humanizados, na investigação dos principais pontos críticos para o funcionamento de cada um deles e no desenvolvimento e implantação de projetos operacionais de atividades de humanização.

Essas intervenções são significativas para possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura democrática, solidária e crítica, pondo em vista a avaliação dos projetos da unidade, de acordo com a Política Nacional de Humanização, além de difundir os princípios norteadores da PNH.

Alguns dos objetivos do GTH visam dar apoio e estímulo as ações humanitárias dentro do hospital, fomentando a gestão de participação no quesito educação permanente dos trabalhadores, o que contribui para a melhoria do atendimento e do acolhimento.

Além disso, o GTH amplia a comunicação entre a unidade, os grupos e a comunidade para que exista uma evolução nos debates, buscando o aprimoramento dos serviços prestados, incentivando o trabalho em grupo e a qualidade na produção de saúde.

Esse incentivo gera a divulgação sobre o direito que os usuários possuem nas diversas fases dos cuidados, desde a recepção até a alta, dispondo também a respeito dos acompanhantes, oferecendo-lhes um ambiente adequado.

A intervenção para a melhora dos processos de trabalho oferece o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão para promover o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. Dessa forma, auxilia na diminuição das filas e do tempo de espera e, por fim, viabiliza reflexões sobre a dinâmica das equipes de trabalho acerca de todo o processo de humanização.

Além disso, oferecemos e realizamos a implantação de novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar gestores, profissionais de saúde e usuários. É primordial, portanto, que seja promovida a horizontalização da gestão a fim de criar alternativas e soluções que auxiliem na melhoria do atendimento oferecido pelos serviços, incentivando a troca de experiências, conhecimentos e pesquisas.

Visita Aberta e Direito ao Acompanhante

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz. Na Portaria GM/MS n° 3.39012, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como: "o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio".

A PNOSP ainda coloca que:

"Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência."

Já o acompanhante é descrito no documento humaniza SUS como

"um representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde"

Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde.

Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação. Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e

interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional. Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 da lei n° 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente. O direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 da lei n° 10.741/03 - Estatuto do idoso. Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05, de 07 de abril de 20/05/16.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós parto e a utilização de analgésicos.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei 13.146, de 06 de julho de 2017. Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na lei n° 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

A Unidade de Saúde como um espaço de construção da autonomia do autocuidado: O espaço hospitalar conduzido por profissionais que valorizam o cuidado centrado

no paciente, tem o potencial de induzir o usuário e, assim como a seus familiares, a reproduzirem as atitudes e os comportamentos recomendados pela equipe de saúde. Essa atitude também orienta a família a transformar a residência em um ambiente ajustado à situação do usuário.

As necessidades apresentadas reforçam a importância da rede social para a recuperação e continuidade da saúde do indivíduo. Com a inserção da família e do grupo social no cuidado, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao usuário.

A volta para casa, em muitos casos, acontecerá naturalmente, em alguns casos pode até mesmo tornar desnecessárias as medidas de "reinserção social".

Visitantes e Acompanhantes

A demanda de visitantes e de acompanhantes não será estimada apenas pela equipe de saúde. Quando exequível, a autorização de visitas e acompanhantes irá respeitar o desejo do usuário e seguir as necessidades específicas de cada contexto familiar.

Usuários inconscientes também sentem a presença de amigos e familiares, sendo assim, convidamos as nossas lideranças e equipes de saúde para que reflitam a respeito dos horários de visita estabelecidos em unidades de cuidados a pacientes críticos.

Indígenas hospitalizados, com frequência, necessitam de ser acompanhados por um número maior de parentes, por motivos culturais, que envolvem significados etnomédicos e também religiosos. Para os usuários em condições de locomoção deve ser verificada a possibilidade de receber os visitantes fora do leito, assim como, conferida a adequação do espaço para a inclusão do acompanhante.

Cabe ressaltar que, no momento da visita, um integrante da equipe responsável pelo usuário deve estar presente, visto que a presença de visitantes e acompanhantes não pode comprometer a segurança do paciente e nem mesmo atravessar os limites éticos ou legais. Sendo assim, o processo de implantação e implementação desse dispositivo exige planejamento e monitoramento, para que os profissionais estejam preparados para receber e orientar os visitantes e acompanhantes.

Escuta Qualificada

As unidades da **AHBB|Rede Santa Casa** possuem sistemas de escuta qualificada para seus usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados.

A Ouvidoria é uma forma de sistema escuta qualificada, visto que Ouvidoria em Saúde se constitui em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), relativos aos serviços prestados.

Essa visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do SUS. É fundamental que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando garantir aos usuários a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Para isso, faz-se necessário possuir esse sistema com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos, sendo eficaz na busca de soluções, preservando a imagem da unidade e reduzindo a exposição ao litígio.

Outra forma de sistema de escuta qualificada é a pesquisa de satisfação, amplamente utilizada pela **AHBB|Rede Santa Casa** em unidades por ela gerenciadas. A satisfação do usuário é uma avaliação positiva individual, que considera as percepções do sujeito em relação às suas expectativas, valores e desejos.

Com vistas a avaliar a qualidade em saúde e contribuir na implementação da Política Nacional de Humanização, faz-se necessário realizar o levantamento do nível de satisfação no trabalho, a partir da percepção do usuário interno e externo, por meio da pesquisa e análise de aspectos significativos, tais como: seu posicionamento em relação às condições de trabalho, qualidade do atendimento e o nível de satisfação do usuário interno e externo.

O período de coleta de dados acontece periodicamente, com o objetivo de garantir a participação dos usuários na elaboração e implementação de ações que visem a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e que estejam em conformidade com o que preconiza os princípios do SUS e, sobretudo, avaliar sistematicamente de forma organizada o nível de satisfação dessa população em relação aos serviços prestados e as condições de trabalho.

A pesquisa de satisfação, bem como as denúncias e elogios recebidos pela Ouvidoria revelam falhas nos processos da Unidade que se caracterizem como risco à segurança do paciente. Um trabalho coeso e complementar entre a Ouvidoria e o

Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente permite implementar ações para a melhoria da qualidade assistencial de forma mais efetiva e eficiente.

Desospitalização

A Política Nacional de Humanização preconiza o acesso e a atenção integral à população. A integralidade da assistência é conceituada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade implica em ações realizadas de forma pactuada entre os pontos de atenção à saúde e com integração multiprofissional exigindo, portanto, estruturação de linha de cuidado.

A transferência do cuidado é uma ferramenta da linha de cuidado, que estabelece fluxograma, procedimentos e orientações no período de internação, alta hospitalar e retorno ao domicílio, por meio de referência e contrarreferência. Instituímos um canal de comunicação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de favorecer o acesso do usuário ao serviço e a continuidade dos cuidados.

É importante desenvolver na Unidade de Saúde, um protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

O projeto terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir da avaliação das condições de saúde do usuário e da definição das linhas de intervenção dos profissionais envolvidos no cuidado, com base na discussão da equipe multiprofissional.

Para a elaboração do projeto terapêutico singular, procedemos a uma avaliação física, psicológica e social, que possibilite um diagnóstico dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Após a etapa de diagnóstico, são definidas metas de curto, médio e longo prazo, que são acordadas com o usuário, estabelecendo-se responsáveis por cada tarefa.

O projeto deve ser reavaliado periodicamente, com discussão da evolução do usuário pela equipe multiprofissional e averiguação da necessidade de correções de rumo. Por este motivo, implantamos e mantemos a visita multidisciplinar integrada as reuniões de equipe para planejamento. É necessário que cada usuário tenha sua equipe de referência na unidade.

Para o bom andamento dessas ações, é fundamental que o prontuário integrado (único), conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).

É importante também divulgar o projeto de integração com a rede básica, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo acompanhamento do usuário, além de articular vínculo com o sistema de urgência/emergência loco-regional.

Idealmente, o usuário deve ter alta do hospital com consulta de seguimento já agendada na rede, assim como os procedimentos e exames que forem necessários após a saída do hospital. Os projetos terapêuticos são conduzidos em parceria com a atenção básica, para assegurar a continuidade do cuidado.

Acolhimento em Função de Vulnerabilidade/Risco

Acolhimento é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados, com o objetivo de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

É uma forma de realizar os processos de trabalho em saúde, com prestação de atendimento eficiente, com uma escuta ativa e com respostas apropriadas para as questões do cidadão. A escuta permite o acesso oportuno dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Ela assegura que todos sejam atendidos com prioridades estabelecidas a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. É fundamental que haja acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso – pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia.

É elaborado projeto terapêutico individual e, idealmente, coletivo com horizontalização por linhas de cuidado, e quando for o caso, o usuário deve ser encaminhado para a continuidade da assistência em outros serviços, o que requer a articulação da rede para garantir o seguimento.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e

fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços de urgência e emergência sob gestão da **AHBB|Rede Santa Casa** implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde da **AHBB|Rede Santa Casa** são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as "portas de entrada", podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; e estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento. Os hospitais devem elaborar um protocolo de classificação de risco. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Recomendamos que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul).

Carta De Direitos dos Usuários do Sus

As discussões em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) são amplas e crescentes, envolvendo gestores, trabalhadores, assim como a necessidade de articular a sociedade e os usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas.

Um SUS humanizado convoca a todos para que, em todas as suas instâncias, programas e projetos, exista o comprometimento com a humanização, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. A Carta é regida pelos seguintes princípios:

a. 1° Princípio: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, isto é, acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovidos pelo Sistema Único de Saúde;

b. 2° Princípio: todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário;

c. 3° Princípio: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência;

d. 4° Princípio: todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

e. 5° Princípio: todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;

f. 6° Princípio: todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos, portanto, todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses diretos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado. Sendo assim, é imprescindível que as unidades de saúde definam e divulguem as diretrizes que protegem e asseguram os direitos e responsabilidades dos usuários e de seus familiares.

Ambiência

De acordo com o Ministério da Saúde a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. Visando isso, a **AHBB|Rede Santa Casa** obedece a legislação e considera necessário dispor de estratégias como: assegurar a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, propiciando um ambiente de privacidade.

Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas. É interessante providenciar de um espaço que possibilite o encontro entre os profissionais e os acompanhantes, podendo ser um ambiente pequeno, desde que calmo, restrito, com boa aparência, no qual o profissional terá a oportunidade de fornecer informações sobre os usuários, aos seus familiares/acompanhantes, sem interrupções e de maneira singular.

Vale ressaltar que, ao construir ambiências, cuidamos em conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando para assim contribuir na promoção do bem-estar e desfazer o mito de que o espaço hospitalar é frio e hostil.

Se o espaço em questão for o de pediatria, a criança, além de lidar com o mal-estar provocado pela enfermidade, encontra-se afastada de seu ambiente familiar, escolar, do seu cotidiano como um todo e, por isso é importante proporcionar um ambiente mais favorável, com intuito de não oferecer uma experiência de hospitalização traumatizante. Alguns pontos a serem observados são:

- Condições de infraestrutura necessárias ao funcionamento dos equipamentos médicos hospitalares de forma adequada;
- A quantidade e a qualidade da iluminação dentro dos diversos ambientes hospitalares;
- A temperatura: adaptação das pessoas às condições climáticas nos locais nos quais estão inseridos;
- A cor dos revestimentos dos ambientes e a sensação provocada por estes.

É importante destacar que, ao se desenvolver projetos de ambiência, estes devem estar alinhados com as áreas afins, como infraestrutura e segurança do paciente. O espaço deve ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Valorização dos Trabalhadores

De acordo com a Cartilha da PNH "Trabalho e Redes de saúde", o processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaços de valorização do potencial de seus trabalhadores.

A **AHBB|Rede Santa Casa** considera fundamental promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, dando visibilidade às experiências dos trabalhadores e incluindo-os na tomada de decisão, acreditando na capacidade desses de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Os trabalhadores potencializados facilitam a interlocução com os gestores e usuários, desfazendo a divisão técnica e social do trabalho em suas especialidades, propiciando um ambiente mais equilibrado. Uma forma de valorização do trabalhador é promover a educação permanente.

A instituição deve dispor de um Plano de Educação Permanente para os trabalhadores com base nos princípios da humanização, que deve ser alinhado com a Divisão de Gestão de Pessoas. No Plano de Educação Permanente voltado para os

trabalhadores é importante que esteja presente o levantamento atualizado sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos, assim como a agenda de educação permanente da instituição.

Ressalta-se a relevância da existência de uma biblioteca (virtual ou física), com material científico atualizado e relacionado ao contexto do serviço. Destaca-se também a relevância da realização de eventos e atividades de educação permanente internas e externas.

Cabe realçar que o favorecimento de oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade hospitalar, favorece a autoestima dos profissionais.

Além disso, destaca-se a necessidade da existência de estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias. É importante criar estratégias de forma a reconhecer o trabalho, o empenho, a dedicação dos profissionais, como a iniciativa de oferecimento de placas de menção honrosa, demonstrando a significância do trabalhador para a Instituição.

Devem ser desenvolvidas ações com enfoque na Saúde do Trabalhador, direcionadas para a promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, como a ação "Cuidando do Cuidador", que objetiva o cuidado dos profissionais de saúde nas instituições nas quais atuam.

Brinquedoteca

A importância do brincar, como direito de qualquer criança independe do ambiente onde ela se encontre. De acordo com a Resolução nº 41, de outubro de 1995, do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente:

"Toda criança e adolescente hospitalizado tem direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação *para saúde e acompanhamento de currículo escolar, durante a sua permanência no ambiente hospitalar"*

Aliada a essa Resolução, está a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que torna obrigatória a existência de brinquedotecas hospitalares, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança.

Partindo desse princípio e buscando minimizar as intercorrências do processo de hospitalização no desenvolvimento da criança, a **AHBB|Rede Santa Casa** atrae da manutenção do lúdico em seu cotidiano. A criança se encontra submetida a uma situação em que tudo é diferente, desde as rotinas até as pessoas com as quais passa a conviver, estando, ao mesmo tempo, afastada de seus brinquedos e de sua rede social. Nesse sentido, a **AHBB|Rede Santa Casa** deverão desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde.

Cabe ressaltar que, os hospitais que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação devem, obrigatoriamente, contar com brinquedoteca em suas dependências. Ademais, o trabalho das brinquedotecas será tema de documento específico será tratado com maior detalhamento em documentos futuros.

Monitoramento e Avaliação

No âmbito da gestão dos serviços de saúde, a informação estratégica, que abrange as diferentes dimensões da qualidade, é capaz de apoiar a tomada de decisão. Os dados que emergem da estrutura, do processo e do resultado na produção de saúde têm o potencial de mobilizar as equipes em torno das metas e objetivos traçados, levando os funcionários a refletirem sobre o fazer cotidiano, norteando a prática do trabalho, fomentando autonomia e protagonismo coletivos.

O ideal é que ocorram reuniões de diferentes profissionais, com diferentes saberes, durante a análise dos dados, em uma configuração multiprofissional, atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado, propiciando aprendizagens coletivas. A avaliação como dispositivo da Política Nacional de Humanização engloba a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidade primordial a prestação de serviços e a produção de sujeitos.

Os indicadores escolhidos para monitoramento das ações sobre humanização devem estar relacionados às dimensões da saúde e à satisfação dos usuários. A presença de indicadores que representem a realidade do trabalho em saúde, demonstra o princípio de indissolubilidade entre atenção e gestão.

Observa-se que a avalição impulsiona as mudanças nos serviços, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos nos processos. O monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de ações, tomando-se como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação.

Refere-se ao acompanhamento do alcance de objetivos e metas por meio de uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É realizado cotidianamente nas unidades gerenciadas pela **AHBB|Rede Santa Casa**, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Os indicadores representam medidas que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho dos serviços.

São instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas, variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obtendo uma medida inicial para a avaliação, no momento da mensuração ou em uma comparação posterior. Ressalta-se que "uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo".

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, com isso, destaca-se a complexidade do monitoramento e avaliação da Humanização, levando à necessidade de incorporação de indicadores capazes de quantificar mudanças não somente no quadro saúde doença, mas também de representações e realizações dos sujeitos.

Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos instalados e/ou produtos obtidos. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. A **AHBB|Rede Santa Casa** trabalhará os indicadores presentes no documento emitido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização intitulado "Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência" .

Diante do grande número de indicadores apresentados nesse documento e da complexidade do monitoramento dos dispositivos de humanização, os quais alcançam diferentes níveis de organização nas instituições, seguindo o princípio da transversalidade da Política de Humanização, foi construído um indicador composto ou índice.

Esse Índice tem o intuito de acompanhar a implantação e implementação dos dispositivos presentes na Política Nacional de Humanização, sobretudo os explicitados por essa Diretriz, sendo composto por 7 variáveis:

1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, com regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes;

2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH;

3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento;

4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos;

5. Realização de Campanhas em Prol da Humanização;

6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz **AHBB|Rede Santa Casa** de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento;

7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados na Unidade de Saúde. Além do Índice **AHBB|Rede Santa Casa** sobre Humanização, recomenda-se que sejam monitorados, em todos os HUF, nos casos aplicáveis, os seguintes indicadores:

I. Protocolo de acompanhamento de doentes terminais elaborado e implementado na instituição; Diretriz (Externo)

II. Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização;

III. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços, para divulgação da Carta de Direitos dos Usuário do SUS;

IV. Casa da gestante, bebê e puérpera em funcionamento;

V. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço;

VI. Acompanhante permitido para todas as gestantes na sala de parto;

I. Presença de espaço que garanta a privacidade da usuária durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Política de Humanização – Plano de Implantação na UPA 24 h

O Programa Nacional de Humanização (PNH) orienta-se por três grandes eixos – **acolhimento**, **clínica ampliada** e **gestão participativa/ambiência**. A OSS adotará todos os dispositivos do PNH adequando-os à realidade de uma UPA, sem custo adicional, aproveitando recursos e rotinas já vigentes na AHBB | Rede Santa Casa.

1. Gestão de Leitos e Fluxo Humanizado

1. **Reunião diária de leitos (Bed Meeting)** às 10 h: equipe multiprofissional define prioridades de alta/transferência, evitando permanências desnecessárias em observação.
2. **Critérios de internação/alta transparentes** afixados na sala de observação; familiar participa da discussão quando possível.
3. **Regulação inter-hospitalar humanizada**: checklist de segurança antes da remoção, telefone de contato do hospital de destino entregue ao familiar.
4. **Mapeamento de vulnerabilidades** (gestantes, idosos frágeis, pessoas com deficiência) para priorização de leitos monitorizados.

2. Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)

- **Recepção única e acolhedora**: agente "host" identifica o paciente, explica o fluxo Manchester e fornece senha com tempo de espera estimado.
- **Classificação Manchester** realizada por enfermeiro capacitado em menos de cinco minutos; casos laranja/vermelho vão direto à sala de emergência.

- **Espaço Kid-Friendly** separado na sala de espera pediátrica, com ambientação lúdica e monitor de chamada sonoro/visual.
- **Totem de autoatendimento** permite consultar posição na fila; evita ansiedade e perguntas repetidas.

3. Clínica Ampliada e Participação Usuário–Família

- **Plano Terapêutico Compartilhado**: médico ou enfermeiro discute conduta, riscos e sinais de alerta antes da alta; entregue em texto claro (grau de leitura Flesch 70+).
- **Consulta telefônica em 48 h** para pacientes de condição crônica ou alta precoce (IAM, sepse, DPOC aguda).
- **Painel "Voz do Usuário"**: QR Code na receita permite avaliar acolhimento, tempo de espera e clareza das informações. Resultados expostos em mural transparente.

4. Ambiência e Comunicação Afetiva

- **Corredores de cores quentes**, iluminação suave, sinalização bilíngue (PT/ES) e pictogramas inclusivos.
- **Mural de orientações rápidas** (IAM, AVC, sepse, dengue) com infográficos de 30 s.
- **Dispositivo de "chamada silenciosa"** na sala de medicação para usuários com TEA ou hipersensibilidade auditiva.

5. Gestão Participativa e Cuidado de Quem Cuida

- **Rodas de Conversa mensais** com usuários e conselho local de saúde para co-construir melhorias (metodologia roda de diálogo PNH).
- **Espaço de descompressão** para equipes – 15 min de pausa a cada plantão de 6 h, música ambiente e exercícios de alongamento guiados (ginástica laboral).
- **Fala Aberta**: canal intranet onde colaboradores registram ideias de humanização; melhores propostas premiadas trimestralmente.

6. Monitoramento de Indicadores de Humanização

- **Tempo para primeira informação** ao familiar após chegada: meta ≤ 15 min.
- **Tempo porta-classificação**: meta ≤ 5 min (Manchester).
- **Índice de satisfação "Acolhimento/Informação"** (NPS): meta ≥ 90 %.
- **Reclamações formais sobre ambiente e comunicação**: redução ≥ 30 % em 12 meses.
- **Turn-over de leitos de observação**: ≥ 2,2/dia sem aumento de readmissão ≤ 72 h.

7. Capacitação e Sustentação

- **Oficina PNH** no Mês 1: 8 h presenciais focadas em acolhimento, escuta qualificada e clínica ampliada.
- **Microaulas EAD** trimestrais (15 min) sobre empatia, comunicação de más notícias e cultura justa.

- **Feedback positivo** em mural para equipes citadas pelos usuários.

8. Sem Impacto Orçamentário

Todo material educativo (folders, infográficos, roteiros SBAR), sistema de senhas e totem de consulta já existem na estrutura da AHBB. Capacitações utilizam a plataforma EAD interna e horas previstas de educação permanente.

Síntese: a Política de Humanização adotará **acolhimento estruturado**, **gestão transparente de leitos**, **ambiência amigável** e **participação ativa de usuários/familiares**, garantindo experiência digna mesmo em ambiente de urgência e fortalecendo os pilares do PNH dentro da UPA 24 h.

<u>Acolhimento com Classificação De Risco</u>

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não é um local, um espaço ou profissional específico para fazê-lo, mas uma postura ética, não pressupõe hora, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias. Desse modo, é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Esta diretriz traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Diante disto, é necessária a qualificação de toda a equipe ligada ao acolhimento ao usuário (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança etc). É importante salientar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; porém, nas "portas de entrada" dos serviços de saúde, podem

demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde, visando promover o primeiro contato com o usuário. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, quem acolhe toma para si a responsabilidade de "abrigar e abraçar" outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. A classificação de risco como ferramenta da diretriz de acolhimento é um procedimento técnico privativo do enfermeiro, conforme resolução COFEN 423/2012, sendo um instrumento de tomada de decisão baseada em protocolo, aliada à capacidade de julgamento crítico e experiências do enfermeiro. Tem como objetivo organizar o fluxo e garantir o acesso adequado aos pacientes, que procuram atendimento de urgência ou emergência.

Objetivos do ACCR

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM, entre outros);
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

Com isso, utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho, tendo como proposta os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência – Adulto e Pediátrico.

FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTOS

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

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

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE ACCR

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

Além disso, todos os profissionais devem estar capacitados tecnicamente - incluindo suporte básico e suporte avançado de vida, aqueles que não são profissionais de saúde (administrativos, porteiros e outros) deverão estar capacitados em suporte básico de vida.

A) Enfermeiro:

• Realizar acolhimento e acompanhar atuação dos técnicos de enfermagem;

• Realizar a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário, em conformidade com a Resolução COFEN 423/2012;

• Realizar a Classificação de Risco, segundo o protocolo institucional e baseado no Protocolo de Manchester / MS;

• Orientar usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

• Determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação;

• Garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco;

• Esclarecer e orientar ao usuário a importância de acompanhamento em UBS tradicional ou ESF, para continuidade do tratamento e/ou prevenção de doenças;

• Ficará responsável em acionar equipe multiprofissional para atendimento às vítimas de violência;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS para sala do serviço social.

B) Técnicos de Enfermagem:

• Realizar o acolhimento;

• Registrar os dados do usuário no sistema;

• Orientar aos usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco;

• Priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes);

• Orientar fluxos de atendimento, conforme perfil da unidade;

• Orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

C) Recepcionistas:

• Realizar o registro de informações do usuário no sistema;

• Orientar sobre a dinâmica de atendimento na unidade;

• Realizar encaminhamentos internos de usuários, acompanhantes ou visitantes;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social, caso não tenha sido realizado pelo Acolhimento.

D) Controlador de Acesso:

• Controlar a entrada das unidades, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela Gerência Administrativa;

• Coibir o ingresso de indivíduos de comportamento inadequado ou que estejam conduzindo objetos que ameacem à integridade física da equipe multiprofissional e de terceiros;

• Fiscalizar o fluxo de entrada e saída de pessoas e materiais;

• Encaminhar o familiar ou visitante para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico, nos Hospitais para o NAF e nas UPAS na recepção/sala do serviço social.

Obs: Fica proibido o primeiro contato do usuário ser realizado pelo Controlador de acesso.

E) Assistente Social:

• Acolher e orientar os usuários sobre seus direitos sociais: vítimas de violência urbana (acidente de trânsito e atropelamento); Acidentes de trabalho/direito trabalhista; Violência contra idosos, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, adolescente e LGBTQI+;

• Referenciar população de rua para rede de proteção social (abrigos no município e/ou outras instituições da rede de proteção social pública ou não);

• Acionar a rede social e familiar em situações que o serviço social entenda necessário: Crianças e adolescentes em condições de risco e desacompanhadas; idosos e deficientes sem referência familiar;

• Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (Sala de espera ou através das ligações em casos específicos);

• Realizar acolhimento de familiares em relação à expectativa do atendimento e orientações sobre a unidade;

• Fornecer apoio matricial a equipe do NAF (em Hospitais), nos casos de notícias difíceis;

• Encaminhar o familiar ou visitante que compareça ao NAF (no caso de hospitais) para a aquisição de informações a respeito do usuário que se encontra em atendimento médico na emergência.;

• Participar do atendimento multiprofissional a pacientes vítimas de violência em qualquer equipamento de saúde.

F) Médico (clínicos, socorristas e/ou pediatras):

• Realizar o atendimento conforme a priorização das cores da classificação de risco - protocolo institucional;

• Orientar o usuário sobre condutas a serem adotadas e sobre a utilização correta de medicamentos prescritos;

• Identificar os usuários portadores de doenças crônicas, que não realizam acompanhamento em unidades básicas de saúde, orientá-los e encaminhá-los à rede de atenção básica, para o início do acompanhamento;

• Realizar o redirecionamento do paciente classificado como azul, por escrito (modelo de documento em anexo), para o acolhimento da Unidade Básica de Saúde de Referência; • Comunicar Notícias Difíceis de forma acolhedora;

OBS: Nos hospitais de emergência realizar o redirecionamento do paciente ADULTO classificado como VERDE, por escrito para as UPAS 24 horas.

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADE DE RISCO

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

Prioridade: informa que há na espera usuários que apresentam vulnerabilidades, porém NÃO apresentam risco de agravamento ou de morte (gestante, idosos, portadores de necessidades especiais, presos sob custódia, vítimas de violência, pacientes psiquiátricos em surto, militar em serviço e pacientes que apresentam sintomas de SRAG, pessoas com Hemoglobinopatias, casos suspeitos e ou confirmados de COVID-19).

Avaliação inicial

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

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

Grave esforço respiratório: Quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória. Ausência de pulso central entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR). Hemorragia exanguinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

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

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

Ainda sobre a Classificação de Risco podemos definir os seguintes níveis para organização do atendimento:

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

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

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

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

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

1ª ETAPA: Ao chegar à unidade, o usuário e seu acompanhante devem ser imediatamente recebidos por um profissional de enfermagem no Acolhimento. Podem chegar de forma espontânea, trazido por ambulância ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde. Os casos com risco iminente ou potencial

iminente de morte deverão ser acompanhados até a sala vermelha, demais usuários deverão seguir o fluxo de atendimento. Após informar, o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/ queixa), o usuário deve ser registrado no sistema informatizado. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade. Sinalizar no sistema informatizado e ao enfermeiro da classificação – RISCO OU PRIORIDADE. (Lembrando que o fluxo de atendimento RISCO se sobrepõe ao da PRIORIDADE).

2ª ETAPA: O usuário irá para o Registro/Recepção complementar seus dados cadastrais e posteriormente para sala da Classificação de Risco, por ordem de chegada ou priorizados, conforme critérios de risco e vulnerabilidades.

3ª ETAPA: O enfermeiro da classificação de risco deverá classificar o risco do usuário no sistema informatizado, comunicá-lo a cor da classificação de risco e orientá-lo acerca da dinâmica do atendimento na unidade.

4ª ETAPA: - O usuário classificado na cor vermelha deverá ser acompanhado até a sala vermelha. - Classificado na cor laranja deverá ser priorizado e acompanhado para o atendimento na sala amarela

- Classificado na cor amarela deverá ser direcionado para atendimento em consultório médico com prioridade;

- Classificado na cor verde/ cor azul deverá ser orientada sobre a dinâmica de atendimentos e direcionados para os consultórios médicos.

5ª ETAPA: Os médicos deverão obrigatoriamente atender os usuários seguindo a ordem prioritária da cor de classificação de risco, conforme preconizado neste protocolo, respeitando os tempos de atendimento.

Observações importantes

• Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação, porém deve ser realizada pelo profissional enfermeiro;

• O protocolo constitui um guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada;

• O protocolo constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;

• O protocolo não se constitui como instrumento de diagnóstico médico;

• O protocolo é baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco iminente de morte;

• O protocolo determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido e quem pode aguardar atendimento com segurança, além daqueles casos que poderão ser redirecionados às unidades de menor complexidade;

• Devem ser considerados a subjetividade dos pacientes e seus familiares.

Observação: Para facilitar a impressão, a proposta será dividida em partes; todas manterá a sequência de páginas e seguirá exatamente a ordem dos tópicos da matriz de avaliação.

PARTE 4 DA PROPOSTA DO PLANO DE TRABALHO DA AHBB

813

QUALIDADE TÉCNICA

814

Sumário

1. Contrato de gestão com o poder público de unidades hospitalares 818

HOSPITAL DE GARÇA/SP (Documento comprobatório no anexo I) 818

HOSPITAL E MATERNIDADE DE TIMÓTEO/MG (Documento comprobatório no anexo I) 821

Apresentação dos Contratos de Gestão Ativos da AHBB 824

2. Experiência prévia na condição de mantenedora de hospital filantrópico, em conformidade com a Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para hospitais integrantes da rede filantrópica do SUS – Documentos no anexo II 825

3. Experiência na gestão de UPA – Unidade de Pronto Atendimento – Documentos no anexo III 829

Estrutura Diretiva da Unidade 833

4.1. Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva 834

5. Apresentação de organograma com definição de cada membro do corpo diretivo 838

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS 844

1. Descrição da Organização das Diferentes Clínicas 845

1. Estrutura de Chefia e Número de Pessoas de Cada Clínica, Assim Como o Tipo de Vínculo com a Unidade 845

2. Horários de Atividade de Urgências, Distinguindo Entre Presença Física de Médico Especialista e Médico Geral e Médicos que Atendem Chamadas (Sobreaviso) 850

3. Descrição das Unidades de Salas de Cirurgia, Urgências e Ambulatórios 854

4. Descrição da Organização das Unidades de Internação (Enfermaria) 861

5. Compatibilização da Proposta de Trabalho com as Diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde 867

6. Descrição de Como o Proponente Estabelecerá a Contrarreferência com a Atenção Primária e com Outros Hospitais 878

RESPONSABILIDADE SOCIAL 896

1. Ações de responsabilidade social 897

Organização dos serviços administrativos 910

Descrição Dissertativa dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais 911
Unidade de Pronto Atendimento 24h Dr. B. Mitidieri 911
Organização dos Recursos Humanos 937
1. Regulamentos de contratação de pessoal 938
REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL - Nº 02/2024 938
AHBB| REDE SANTA CASA 938
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 938
A Política de Gestão de Pessoas da AHBB 944
ANEXO DA PARTE 4 DA PROPOSTA DO PLANO DE TRABALHO 999

1. Contrato de gestão com o poder público de unidades hospitalares

HOSPITAL DE GARÇA/SP (Documento comprobatório no anexo I)

A **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB)** é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, especializada na **gestão de unidades de saúde públicas** por meio de Contratos de Gestão firmados com municípios, estados e a União.

Nossa missão consiste em **integrar excelência assistencial, sustentabilidade econômico-financeira e compromisso social**, assegurando cuidados resolutivos e humanizados à população SUS.

2. Capacidade técnica comprovada

O **Atestado de Capacidade Técnica – Hospital Municipal de Garça (90 leitos)** confirma que a AHBB **planejou, executou e operacionalizou** toda a rotina assistencial, administrativa e de apoio do hospital, incluindo:

Área	**Principais responsabilidades executadas**
Assistencial	Gestão clínica 24 h, prontuário eletrônico, ACCR, protocolos de segurança
Apoio diagnóstico	Farmácia, laboratório, banco de sangue, imagem digital
Logística & Suprimentos	Almoxarifado, patrimônio, cadeia fria, contratos
Pessoas	Recrutamento, plano de cargos e salários, educação permanente
Qualidade	Núcleo de Segurança do Paciente, indicadores ONA, auditoria interna
Governança	Relatórios mensais de produção e finanças, transparência ativa

Este atestado chancela nossa **experiência na administração de 90 leitos de internação** sob regime SUS, atingindo metas assistenciais e financeiras pactuadas, com regularidade de contas e plena conformidade legal.

3. Diferenciais estratégicos da AHBB

1. **Modelo de Contrato de Gestão maduro**
    - Integra **planejamento estratégico**, gestão matricial de indicadores (assistenciais, financeiros e de satisfação) e governança multi-stakeholder.
2. **Ferramentas de modernização gerencial**
    - **ERP e prontuário eletrônico** interoperáveis com SIH/SIA e e-SUS.
    - **BI on-line**: dashboards em tempo real para gestores públicos.
3. **Eficiência econômico-financeira**
    - Matriz de custos ABC, compras centralizadas e gestão de estoques por curva-ABC/XYZ → redução média de **12 % no custo global** em contratos semelhantes.
4. **Qualidade e acreditação**
    - Metodologia ONA – todos os processos alinhados à certificação Nível I (Segurança).
5. **Capital humano**
    - **Universidade Corporativa AHBB**: trilhas de capacitação contínua, onboarding padronizado e avaliação de desempenho 180°.

4. Estrutura de governança da AHBB para o contrato

- **Conselho de Administração** – instância máxima de decisão.
- **Diretoria-Executiva** – Diretoria Geral, Administrativa-Financeira e Técnico-Assistencial.
- **Comitê de Monitoramento** – representantes da contratante e da AHBB; aprova indicadores, analisa relatórios e delibera planos de ação.

- **Núcleo de Qualidade & Segurança do Paciente** – garante aderência a protocolos e certificações.

5. Resultados alcançados (Hospital de Garça)

- **Taxa média de ocupação**: 83 %
- **Redução do tempo médio de permanência (TMP)**: –1,2 dia em 12 meses
- **Índice de satisfação dos usuários**: 92 %
- **Equilíbrio financeiro**: execução dentro do teto orçamentário, sem glosas significativas
- **Auditorias externas**: 0 não-conformidades graves

6. Conformidade jurídica e transparência

- Execução pautada na **Lei Municipal de Contrato de Gestão**, na **Lei Complementar 141/2012** e na **Lei 13.019/2014** (quando aplicável).
- Prestação de contas trimestral e portal de transparência dedicado, com publicização de balancetes, indicadores, atas e pareceres.

Hospital São Lucas - Garça/SP

HOSPITAL E MATERNIDADE DE TIMÓTEO/MG (Documento comprobatório no anexo I)

Descrição Sintética do Contrato de Gestão Emergencial nº 001/2025 – Município de Timóteo × AHBB

1. Identificação e fundamento legal

Partes: Município de Timóteo/MG (CNPJ 19.875.020/0001-34) e a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB (CNPJ 45.349.461/0025-80).

Natureza: Contrato de Gestão emergencial regido pela Lei Municipal 3.122/2010, Decreto 6.127/2025 e Lei 8.080/1990 (SUS).

Data de assinatura: 26 de março de 2025. Vigência de 12 meses a contar da assinatura, com publicação obrigatória do extrato em órgão oficial e íntegra nos portais do contratante e da contratada.

2. Objeto

Gerenciamento, operacionalização e execução de todas as ações e serviços de saúde do Hospital e Maternidade de Timóteo (CNES 2140217), assegurando assistência universal e gratuita no âmbito do SUS. A AHBB deve apresentar, até 30 dias após a assinatura, um Plano de Metas Quantitativo e de Qualidade contendo indicadores, metas e parâmetros de avaliação.

3. Valor e estrutura de financiamento

Valor global: R$ 45.380.854,83 (anual), equivalentes a R$ 3.781.737,90 mensais.

Fontes:

Municipal (Fonte 1): R$ 18.398.806,92/ano – 90 % pré-fixado (IAC Municipal) e 10 % pós-fixado (OPME, tomografia, consultas).

Federal (Fonte 2): R$ 18.555.567,96/ano – combinação de blocos pré-fixados (pré-fixado hospitalar, UTIs, IGH, Integrasus) e pós-fixados (Programa de Redução de Filas, Piso da Enfermagem).

Estadual (Fonte 3): R$ 8.426.479,95/ano – programas Valora Minas (pré e pós-fixado).

Repasses mensais até o dia 15, com parte variável condicionada ao cumprimento de metas e sujeito a glosas dos fundos estadual e federal.

4. Principais obrigações da AHBB (Contratada)

Gestão integral do hospital: administração, manutenção predial e engenharia clínica.

Recursos humanos: contratação, responsabilização trabalhista e educação permanente.

Serviços de apoio: esterilização, cadeia de suprimentos, Núcleo Interno de Regulação, segurança do trabalho (NR-32).

Transparência: relatórios mensais, extratos bancários, comprovantes de encargos e portal de prestação de contas.

Responsabilidade civil: sigilo de dados e reparação de danos a usuários ou patrimônio público.

5. Obrigações do Município (Contratante)

Disponibilizar estrutura física, servidores quando necessário e efetuar os repasses financeiros nas condições pactuadas.

Fiscalizar a execução por meio de Comissão de Acompanhamento designada pela Secretaria de Saúde.

6. Mecanismos de revisão contratual

Repactuação de preços (intervalo mínimo de um ano) para variações previsíveis de custos.

Reequilíbrio econômico-financeiro em eventos extraordinários imprevisíveis que alterem significativamente as premissas iniciais.

Levantamento econômico-financeiro em até 90 dias para eventual repactuação.

7. Rescisão e penalidades

Rescisão por inadimplemento, interesse público, atrasos nos repasses (> 90 dias) ou mudanças que inviabilizem a execução; aviso prévio de 60 ou 90 dias conforme o caso.

Penalidades: advertência; multa de até 5 % do valor do contrato (dobrada em reincidências, até 10 %); multa moratória diária de 0,5 % sobre o repasse; suspensão de participar de novos certames; declaração de inidoneidade.

8. Disposições gerais

Subcontratação permitida apenas de atividades inerentes, vedada a cessão do objeto.

Despesas de rateio limitadas a 3 % do valor mensal, proibida a inclusão de aluguel.

Foro eleito: Comarca de Timóteo/MG.

Em síntese, o contrato formaliza a transferência temporária da gestão do Hospital e Maternidade de Timóteo à AHBB, definindo metas assistenciais rigorosas, um modelo de financiamento tripartite com componente variável atrelado a desempenho e protocolos claros de prestação de contas, penalidades e rescisão – assegurando, em caráter emergencial, a continuidade e a qualidade do atendimento hospitalar à população do SUS no município.

Hospital de Timóteo - Timóteo/MG

Apresentação dos Contratos de Gestão Ativos da AHBB

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) mantém, neste momento, nove contratos de gestão ativos que demonstram sua abrangência e robustez operacional em diferentes regiões do país. Cada unidade sob responsabilidade da AHBB conta com equipes multiprofissionais capacitadas, alinhadas aos princípios de qualidade, eficiência e humanização preconizados pela instituição.

Unidades e efetivos atuais

- **Taboão da Serra – SP:** 288 colaboradores
- **Garça – SP:** 377 colaboradores
- **Amparo – SP:** 86 colaboradores
- **Louveira – SP:** 110 colaboradores
- **Santa Cruz das Palmeiras – SP:** 54 colaboradores
- **Bilac – SP:** 44 colaboradores
- **Itápolis – SP:** 30 colaboradores
- **Timóteo – MG:** 256 colaboradores
- **Araguari – MG:** 143 colaboradores

Força de trabalho consolidada

Somando as equipes de todas as unidades, a AHBB administra **1.388 colaboradores** distribuídos entre assistência direta, apoio diagnóstico, serviços administrativos e gestão.

Esse contingente expressivo evidencia a capacidade da AHBB de operar estruturas complexas, garantir continuidade assistencial e promover resultados sustentáveis nos contratos de gestão que lhe foram confiados.

Alguns contratos estarão no Anexo I desta proposta de Plano de Trabalho.

2. Experiência prévia na condição de mantenedora de hospital filantrópico, em conformidade com a Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para hospitais integrantes da rede filantrópica do SUS – Documentos no anexo II

O que é um hospital filantrópico particular que atende ao SUS de forma complementar

1. **Natureza jurídica**
    - **Particular (privado)** → O hospital pertence a uma entidade de direito privado – normalmente uma associação ou fundação sem fins lucrativos, com CNPJ próprio e patrimônio próprio.
    - **Filantrópico** → Possui finalidade pública declarada. Para isso, mantém certificado CEBAS-Saúde e reinveste todo eventual superávit na própria atividade assistencial, sem distribuição de lucros.

2. **Papel na rede SUS – atendimento "complementar"**
    - A Constituição (art. 199, § 1º) e a Lei 8.080/1990 preveem que, quando a oferta pública direta é insuficiente, o SUS pode **contratar entidades privadas sem fins lucrativos, em caráter complementar**.
    - A Portaria MS nº 2.567/2016 (hoje no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017) detalha como se formaliza essa contratação: instrumento jurídico, metas assistenciais, indicadores, prestações de contas e controle social.
3. **Modelo assistencial na prática**
    - **Dupla porta (ou porta mista)**: o hospital pode receber tantos pacientes SUS (mediante contrato) quanto pacientes particulares ou de convênios, desde que cumpra os percentuais mínimos de atendimento gratuito estabelecidos pelo CEBAS e pelas metas pactuadas.

- **Financiamento**: para o atendimento SUS, recebe repasses oriundos de Fundos de Saúde (Fundo a Fundo) ou contratos de gestão; para o atendimento privado, gera receitas próprias – o saldo é reinvestido na missão filantrópica.

4. **Responsabilidades da mantenedora** (ex.: AHBB)
   - **Patrimônio e gestão**: a AHBB é proprietária ou arrendatária dos bens, responde por todos os contratos de trabalho, impostos, manutenção predial e equipamentos.
   - **Governança clínica e administrativa**: define políticas de segurança do paciente, controle de infecção, faturamento SUS, contabilidade filantrópica e auditoria independente.
   - **Compliance filantrópico**: garante o cumprimento das exigências do CEBAS-Saúde, da Portaria 2.567/2016 e das fiscalizações do SUS (CGU, TCU, Controladorias estaduais/municipais).
5. **Vantagens para o sistema de saúde**

Aspecto	**Benefício para o SUS**	**Benefício para a comunidade**
Capacidade instalada imediata	Amplia leitos e serviços sem construir novo hospital público	Reduz deslocamentos e tempo de espera
Flexibilidade de gestão	Contrata pessoal pelo regime CLT, renova tecnologia mais rápido	Oferece maior resolutividade e qualidade
Isenções e incentivos fiscais	Custos operacionais menores refletem-se em valores contratados	Economia de recursos públicos e sustentabilidade da unidade
Cultura de filantropia	Programas sociais, ensino e pesquisa, voluntariado	Fortalece inclusão social e participação comunitária

6. **Por que a experiência prévia importa**
   - **Capacidade comprovada** de equilibrar duas lógicas financeiras (pública × privada) sem comprometer a finalidade filantrópica.

- **Domínio dos ritos legais** da Portaria 2.567/2016: metas, indicadores, comissão de acompanhamento, transparência.
- **Segurança jurídica** para o ente público contratante, que sabe que a mantenedora já passou por auditorias, prestações de contas e avaliações de desempenho.

Exemplo concreto: AHBB como dona de um hospital filantrópico particular

A AHBB, ao ser proprietária de um hospital filantrópico, **centraliza as decisões estratégicas** (investimentos, expansão de serviços, políticas de qualidade) e **assume integralmente os riscos** trabalhistas, financeiros e assistenciais. Isso comprova experiência anterior como mantenedora, qualificando-a para novos contratos de gestão com o SUS e reforçando sua credibilidade perante municípios e estados que buscam parceiros filantrópicos sólidos.

No anexo II, segue a comprovação que a AHBB é mantenedora do Hospital de Garça e do Hospital de Bilac.

Hospital Padre Bernardo - Bilac/SP

Hospital São Lucas - Garça/SP

3. Experiência na gestão de UPA – Unidade de Pronto Atendimento – Documentos no anexo III

UPA Araguari - Araguari/MG

Apresentação Técnico-Institucional

Gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Araguari – MG, Garça – SP e Timóteo – MG pela Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB)

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) é uma entidade filantrópica com reconhecida expertise em contratos de gestão na área de urgência e emergência.

A instituição administra, em regime de parceria público-comunitária, três importantes UPAs de porte III que articulam atenção 24 horas, resolutividade clínica e racionalização de custos:

UPA	Local	Cobertura populacional estimada*	Colaboradores diretos**
Araguari	Triângulo Mineiro	120 mil habitantes	143
Garça	Alta Paulista	45 mil habitantes + 6 municípios polo	377
Timóteo	Vale do Aço	90 mil habitantes	256

* Estimativas IBGE e planos diretores regionais.
** Vínculos CLT + terceiros exclusivos da unidade.

1. Modelo de governança adotado

1. **Contrato de gestão com metas pactuadas** – indicadores de tempo-porta, % de retorno em ≤ 72 h, satisfação do usuário, custos por RV (regime de visitas) e auditorias mensais.
2. **Comando clínico integrado** – médico regulador 24 h, protocolos validados pelo Ministério da Saúde (ACCR, IAM, AVC).
3. **Gestão Lean & PDCA** – redução de desperdícios logísticos (Kanban de farmácia) e ciclos rápidos de melhoria.
4. **Compliance filantrópico** – contabilidade segregada, publicação trimestral de relatórios e Comitê de Integridade.

2. Diferenciais por unidade

Aspecto	Araguari	Garça	Timóteo
Integração regional	Central de Regulação Unificada do Triângulo; tele-ECG HCU-UFU	Vínculo direto ao CROSS-SP; retaguarda HC Botucatu	Central Macro Leste; fluxo de politrauma para HMC Ipatinga

Aspecto	Araguari	Garça	Timóteo
Portfolio assistencial	Sala Amarela com 6 leitos multipropósitos	Sala Vermelha com ventilação mecânica avançada	Apoio de raios X digital e ultrassom 24 h
Estratégia de qualidade	Implantação de protocolos IHI "100 Mil Vidas"	Roadmap para Acreditação ONA Nível 1	Certificação ISO 9001 em faturamento SUS
Inovação & TI	E-SUS PEC integrado a prontuário eletrônico hospitalar	BI de indicadores em Power BI	Farmácia 100 % codificada GS1

3. Resultados consolidados (últimos 12 meses)

- **Tempo médio porta-médico:** 12 min (meta ≤ 20 min)
- **Taxa de transferência hospitalar evitável:** 8 % (referência nacional: 15 %)
- **Índice de satisfação do usuário (Escala Likert 0-10):** 9,1
- **Eficiência financeira:** custo médio por atendimento 14 % abaixo da média estadual de unidades semelhantes.

4. Sinergia institucional

Ao concentrar a governança das três UPAs, a AHBB consegue:

- **Padronizar protocolos**, garantindo segurança do paciente e uso racional de insumos.
- **Compartilhar compras corporativas**, reduzindo preços em média 9 %.
- **Promover capacitação contínua** via plataforma EAD única, com 3 h/mês por colaborador.
- **Escalonar projetos de inovação**, como telessaúde e prontuário eletrônico mobile, em rede.

5. Conclusão e perspectivas

A experiência acumulada na gestão simultânea de Araguari, Garça e Timóteo demonstra a capacidade da AHBB de **entregar resultados assistenciais, financeiros e de qualidade** alinhados às necessidades do SUS.

O modelo adotado prioriza governança clínica, rigor contábil, controle social e inovação, criando um ambiente propício à expansão de serviços (eletivo ambulatorial, teleconsulta, prevenção) e à obtenção de certificações de excelência.

Este histórico consolida a AHBB como parceira estratégica para municípios e estados que buscam **soluções filantrópico-privadas sustentáveis** na rede de urgência e emergência, em consonância com a política nacional de participação complementar do setor filantrópico no SUS.

Os contratos e atestados de capacidade técnica encontram-se no anexo III

Estrutura Diretiva da Unidade

4.1. Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, diretoria geral, técnica, administrativa/financeira, assistencial/gerência de enfermagem, de titulação de especialista em administração hospital ou saúde coletiva

O inciso III do art. 67 da Lei nº 14.133/2021 determina que, para fins de habilitação em licitações públicas, a Administração pode exigir dos licitantes apenas a **indicação do pessoal técnico adequado e disponível para a realização do objeto da licitação**, bem como a **qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos**.

Essa exigência tem como objetivo assegurar que a empresa proponente possua, ou esteja em condições de disponibilizar, **profissionais qualificados** para executar adequadamente o contrato.

Não se trata de exigir a contratação formal desses profissionais já na fase de habilitação, mas sim de demonstrar, de forma objetiva, que o licitante dispõe ou poderá dispor da equipe técnica necessária.

Ao exigir a **indicação do pessoal técnico**, a Administração quer saber **quem são os profissionais que atuarão no contrato**, qual a **formação acadêmica** de cada um, suas **experiências profissionais anteriores**, **registros em conselhos de classe** (como CRM, CREA, Coren, etc.), **certificações** ou **especializações** e, especialmente, quem assumirá **responsabilidade técnica legal** pelo serviço (quando exigido por lei).

Por exemplo, em uma licitação para gestão de uma unidade de saúde, o licitante pode indicar como responsável técnico um médico com experiência em gestão hospitalar, devidamente registrado no CRM, acompanhado de outros profissionais, como enfermeiros, farmacêuticos e administradores, cujos currículos e documentos comprobatórios também são apresentados.

É importante destacar que o artigo utiliza o termo **"indicação"**, o que significa que **não se exige contratação antecipada**, vínculo empregatício ou exclusividade dos profissionais nessa etapa.

A comprovação pode ser feita por meio de **currículos e certificados de formação** e documentos que demonstrem que tais profissionais estão disponíveis para integrar a equipe, caso a empresa seja contratada.

Além disso, a **qualificação técnica individual** desses profissionais deve ser compatível com as atribuições que irão assumir dentro do projeto.

A Administração Pública, ao analisar a habilitação, deve verificar se os profissionais indicados possuem **capacidade técnica efetiva** e **experiência mínima exigida no edital**, especialmente nas áreas consideradas essenciais para o sucesso do objeto.

Em resumo, o dispositivo busca garantir que o futuro contratado tenha condições de formar uma equipe tecnicamente preparada para a execução do contrato, sem impor exigências excessivas ou que limitem a competitividade do certame. O foco é a **capacidade técnica real e demonstrável**, mas sempre dentro dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Nesse sentido a AHBB indica os seguintes profissionais, sendo que os diplomas de formação em gestão/administração hospitalar encontram-se no ANEXO IV

Segue uma ilustração-resumo em formato visual e sintético, destacando a qualificação do pessoal técnico:

👥 Equipe Técnica – Qualificação Acadêmica em Gestão em Saúde

Nome	Formação / Titulação	Instituição
Pedro Guilherme Pires Andrade Cruz	Especialização em Gestão em Saúde	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
Denise Mathias	Mestrado em Administração em Sistemas de Saúde	Universidade Nove de Julho

Nome	Formação / Titulação	Instituição
Rodrigo Machado de Araújo	Especialização em Gestão de Serviços Hospitalares	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
Brainerd Bernardes Pinto Bandeira	MBA Executivo em Administração: Gestão de Clínicas, Hospitais e Indústrias da Saúde	FGV – Fundação Getúlio Vargas
Antônio Carlos Pinotti Affonso	Especialização em Gestão em Saúde	Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

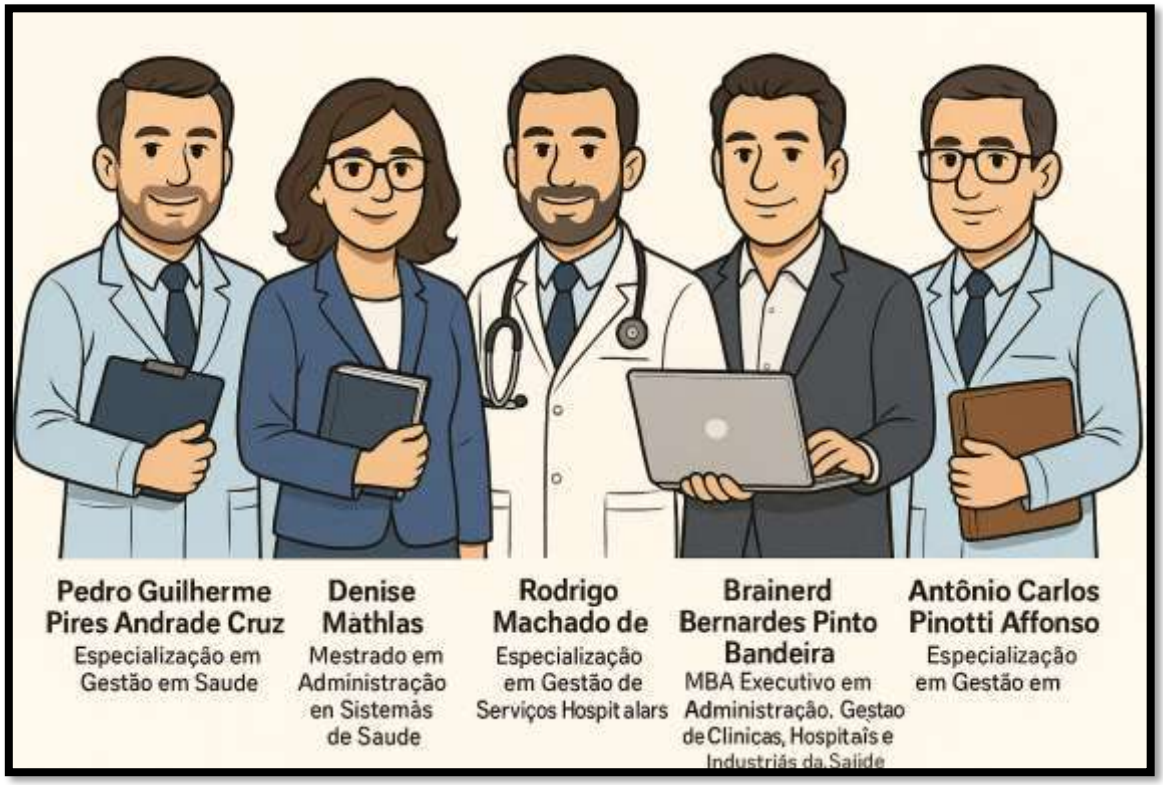
Essa apresentação destaca uma equipe técnica altamente qualificada, com formações voltadas exclusivamente à área de gestão em saúde, provenientes de instituições de excelência reconhecida nacionalmente.

Convém destacar que todos os profissionais indicados compõem o **Corpo Técnico Estratégico** da AHBB, atuando de forma consultiva e de assessoramento à Alta Gestão a partir da sede institucional. Entre suas atribuições estão:

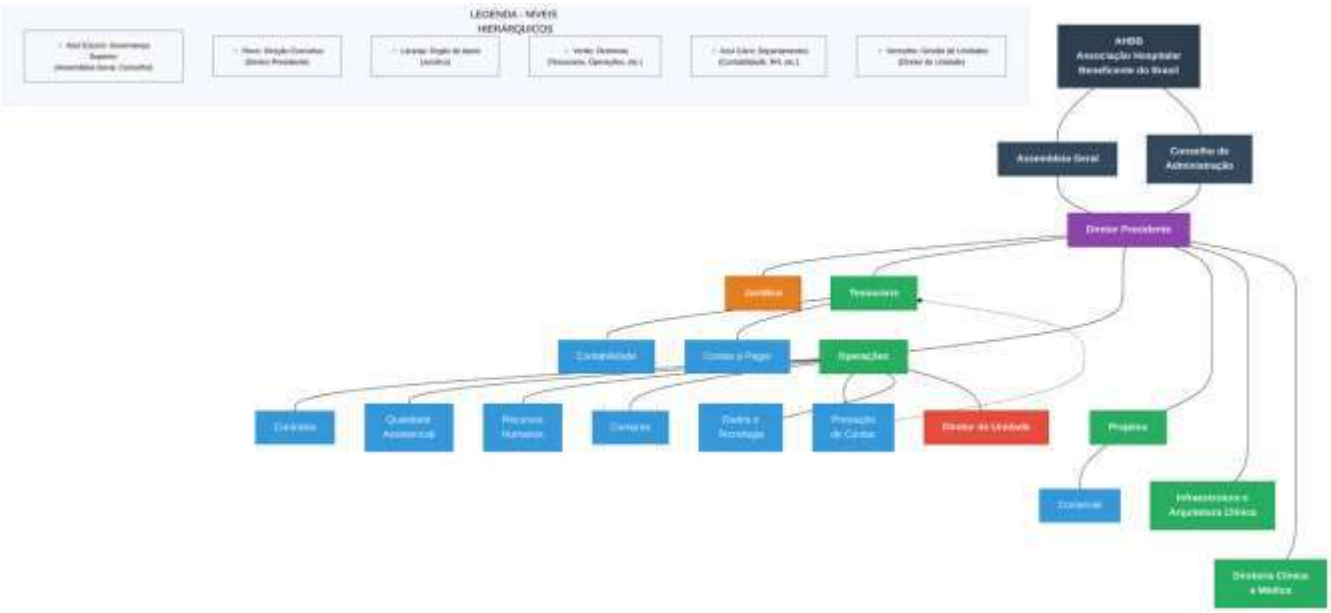
- **Desenvolver e revisar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);**
- **Estabelecer políticas corporativas de gestão e de operacionalização da UPA de Boquim;**
- **Projetar, monitorar e analisar criticamente os indicadores de desempenho** que integram o sistema de gestão estratégica da AHBB, garantindo que metas assistenciais, administrativas e financeiras sejam acompanhadas em tempo real;
- **Conduzir auditorias internas periódicas** — assistenciais, operacionais e financeiras — e apoiar auditorias externas, assegurando conformidade com normas do SUS, boas práticas de governança e requisitos contratuais;

- **Realizar visitas técnicas regulares in loco**, verificando a aderência das práticas às diretrizes, aos indicadores pactuados e aos achados de auditoria.

Dessa forma, indicadores e auditorias convergem como pilares do processo decisório, orientando ajustes táticos e estratégicos segundo o organograma de governança apresentado.



5. Apresentação de organograma com definição de cada membro do corpo diretivo



O organograma da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) apresenta uma estrutura organizacional hierárquica bem definida, que reflete os princípios de governança corporativa e gestão hospitalar moderna.

Esta configuração organizacional foi desenvolvida para garantir eficiência operacional, transparência administrativa e qualidade na prestação de serviços de saúde.

A cor azul escuro representa o mais alto nível da estrutura organizacional, correspondendo à governança superior da instituição. Neste nível encontram-se a Assembleia Geral e o Conselho de Administração, órgãos que exercem o poder deliberativo máximo e a supervisão estratégica da associação. Estes elementos em azul escuro simbolizam a solidez, confiabilidade e estabilidade que caracterizam as instâncias de governança, refletindo a importância fundamental

destes órgãos para a definição dos rumos institucionais e fiscalização do cumprimento da missão organizacional. A escolha desta tonalidade transmite seriedade e autoridade, características essenciais para órgãos que detêm a responsabilidade última pela condução estratégica da entidade.

O roxo identifica a direção executiva da organização, especificamente representada pelo Diretor Presidente. Esta cor foi selecionada para destacar a posição singular de liderança executiva, diferenciando-a tanto dos órgãos de governança quanto das demais funções operacionais. O roxo simboliza liderança, visão estratégica e capacidade de articulação entre os diferentes níveis organizacionais. O Diretor Presidente, representado por esta cor, ocupa posição central na estrutura, sendo responsável pela implementação das diretrizes estabelecidas pela governança superior e pela coordenação geral das atividades institucionais. A singularidade desta cor no organograma reflete a unicidade e centralidade desta função na estrutura de comando.

A cor laranja designa órgãos de apoio direto à direção executiva, sendo especificamente utilizada para representar o setor Jurídico. Esta tonalidade foi escolhida para indicar funções consultivas e de assessoramento que, embora não possuam autoridade hierárquica direta sobre outras áreas, exercem influência significativa nas decisões organizacionais através de sua expertise especializada. O laranja transmite dinamismo e proximidade, características apropriadas para um órgão que deve responder rapidamente às demandas legais e regulatórias, mantendo estreita colaboração com a direção executiva. Esta cor diferencia claramente as funções de apoio das funções operacionais, evidenciando seu papel consultivo e estratégico.

O verde identifica as diretorias operacionais, representando o segundo nível hierárquico da estrutura executiva. Esta cor abrange a Diretoria de Tesouraria, Diretoria de Operações, Diretoria de Projetos, Diretoria de Infraestrutura e Arquitetura Clínica, e Diretoria Clínica e Médica. A escolha do verde simboliza crescimento, estabilidade e harmonia, características fundamentais para órgãos responsáveis pela gestão das principais áreas funcionais da instituição. O verde também representa renovação e vitalidade, aspectos essenciais para diretorias que devem constantemente adaptar-se às mudanças do ambiente hospitalar e às

demandas do setor de saúde. A uniformidade desta cor para todas as diretorias enfatiza a igualdade hierárquica entre estas funções e a necessidade de colaboração integrada para o sucesso organizacional.

O azul claro caracteriza os departamentos especializados, representando o terceiro nível hierárquico da estrutura operacional. Esta tonalidade abrange departamentos como Contabilidade, Contas a Pagar, Contratos, Qualidade Assistencial, Recursos Humanos, Compras, Prestação de Contas, Dados e Tecnologia, e comercial.

O azul claro foi selecionado para transmitir confiabilidade, eficiência e profissionalismo, qualidades essenciais para departamentos responsáveis pela execução especializada das atividades meio e fim da organização. Esta cor sugere clareza e transparência, características fundamentais para áreas que lidam com processos técnicos, administrativos e de suporte. A tonalidade mais suave em relação ao azul escuro da governança indica a posição subordinada destes departamentos, mantendo conexão visual com os valores de confiabilidade institucional.

O vermelho destaca especificamente a gestão de unidades assistenciais, sendo utilizado exclusivamente para o Diretor de Unidade. Esta cor foi estrategicamente escolhida para enfatizar a importância crítica desta função na estrutura organizacional, considerando que o Diretor de Unidade representa a interface direta entre a gestão administrativa e a prestação de serviços assistenciais. O vermelho simboliza energia, urgência e responsabilidade, características apropriadas para uma função que deve responder rapidamente às demandas operacionais das unidades de saúde e garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes. A singularidade desta cor no organograma reflete a especificidade e criticidade desta posição, que embora subordinada à Diretoria de Operações, possui responsabilidades únicas relacionadas à gestão das diferentes modalidades de unidades assistenciais.

Este sistema cromático estabelece uma hierarquia visual clara que facilita a compreensão da estrutura organizacional por parte de colaboradores, gestores, stakeholders externos e órgãos reguladores. A progressão das cores do azul escuro ao vermelho cria um mapa visual intuitivo que permite identificação

imediata dos níveis de autoridade e responsabilidade. Além disso, a diferenciação cromática contribui para a comunicação organizacional eficaz, reduzindo ambiguidades sobre linhas de reporte e facilitando a compreensão dos fluxos de decisão e informação dentro da instituição.

Estrutura de Governança Superior

No topo da estrutura organizacional encontram-se os órgãos de governança máxima da instituição. A Assembleia Geral representa o poder deliberativo supremo da associação, sendo composta pelos associados que possuem direito a voto nas decisões estratégicas fundamentais da organização. Paralelamente, o Conselho de Administração atua como órgão de supervisão e orientação estratégica, responsável por definir as diretrizes gerais da instituição e fiscalizar o cumprimento da missão institucional. Ambos os órgãos trabalham de forma complementar para assegurar que a AHBB mantenha seu caráter beneficente e cumpra seus objetivos sociais.

Diretor Presidente

Subordinado diretamente aos órgãos de governança, o Diretor Presidente ocupa a posição central da estrutura executiva, sendo responsável pela implementação das decisões estratégicas e pela coordenação geral das atividades da associação. Esta posição de liderança concentra a responsabilidade pela gestão operacional e pelo alcance dos objetivos institucionais estabelecidos pela governança superior.

Como órgão de apoio direto ao Diretor Presidente, o setor Jurídico desempenha função consultiva e de assessoramento, garantindo que todas as ações da instituição estejam em conformidade com a legislação vigente, especialmente no que se refere às normas do setor de saúde, direito sanitário e regulamentações específicas para entidades beneficentes. Esta posição estratégica do jurídico permite resposta ágil às demandas legais e regulatórias que surgem no cotidiano hospitalar.

Diretorias Operacionais

O segundo nível hierárquico é composto por cinco diretorias que atuam de forma coordenada para garantir o funcionamento integral da instituição. Estas diretorias estão organizadas horizontalmente no mesmo nível hierárquico, demonstrando a importância equivalente de cada área para o sucesso organizacional.

A **Diretoria de Tesouraria** assume a responsabilidade pela gestão financeira da instituição, controlando fluxos de caixa, planejamento orçamentário e sustentabilidade econômica da associação. Esta diretoria é fundamental para manter a viabilidade financeira necessária para a continuidade dos serviços assistenciais.

A **Diretoria de Operações** concentra as atividades meio da organização, sendo responsável pelos processos administrativos, deliberações institucionais e de gestão, processos logísticos e de suporte que viabilizam a prestação dos serviços finalísticos. Esta diretoria coordena as atividades que garantem o funcionamento eficiente da infraestrutura organizacional.

A **Diretoria de Projetos** foca no desenvolvimento de novas iniciativas, captação de recursos, elaboração de planos de trabalho, gestão de chamamentos públicos e editais e suporte ao diretor de operações nos assuntos jurídicos e administrativos dos contratos públicos com a Administração Pública.

Realiza a estrutura organizacional do perfil assistencial e institucional de acordo com as normas do Ministério da Saúde e dos órgãos de controle, em coerência com os serviços assistenciais e com os contratos públicos firmados.

A **Diretoria de Infraestrutura e Arquitetura Clínica** é responsável pela manutenção, desenvolvimento e adequação dos espaços físicos e equipamentos médicos, garantindo que a infraestrutura atenda aos padrões de qualidade e segurança exigidos para serviços de saúde.

A **Diretoria Clínica e Médica** concentra a responsabilidade pela qualidade assistencial, protocolos médicos, corpo clínico e todos os aspectos relacionados à prestação direta dos cuidados de saúde aos pacientes.

Departamentos Especializados

Sob a Diretoria de Tesouraria, encontram-se dois departamentos essenciais para a gestão financeira: Contabilidade, responsável pelos registros contábeis,

demonstrações financeiras e compliance fiscal; e Contas a Pagar, que gerencia o fluxo de pagamentos e relacionamento com fornecedores.

A Diretoria de Operações coordena seis departamentos especializados que sustentam as atividades organizacionais. O departamento de Contratos gerencia acordos comerciais entre a AHBB e os prestadores de serviços.

A área de Qualidade Assistencial monitora indicadores de qualidade, acreditação hospitalar e melhoria contínua dos processos assistenciais.

O setor de Recursos Humanos é responsável pela gestão de pessoas, desenvolvimento profissional e clima organizacional.

O departamento de Compras coordena aquisições, gestão de fornecedores e otimização de custos. A área de Prestação de Contas gerencia relatórios para órgãos reguladores, transparência pública e *accountability* institucional. O departamento de Dados e Tecnologia é responsável pelos sistemas de informação, segurança digital e inovação tecnológica.

Importante destacar que existe uma conexão especial entre o departamento de Prestação de Contas, subordinado à Diretoria de Operações, e a Diretoria de Tesouraria. Esta ligação matricial garante alinhamento entre as informações financeiras e os relatórios de prestação de contas, assegurando consistência e transparência na comunicação com stakeholders externos.

Sob a Diretoria de Projetos, o departamento Comercial desenvolve estratégias de relacionamento com clientes, parceiros internos e externos, e expansão de mercado, contribuindo para a sustentabilidade financeira através da ampliação da base de atendimento.

Gestão de Unidades Assistenciais

A estrutura organizacional inclui um nível específico para gestão das unidades assistenciais, representado pelo Diretor de Unidade, que se reporta diretamente à Diretoria de Operações.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

844

1. Descrição da Organização das Diferentes Clínicas

Unidade de Pronto Atendimento 24h Dr. B. Mitidieri

Introdução

Este documento apresenta uma descrição detalhada da organização das diferentes clínicas e serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento 24h Dr. B. Mitidieri, com base nas especificações técnicas estabelecidas no Anexo II do Termo de Referência e Contrato de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

A UPA Dr. B. Mitidieri (CNES 7015119) é uma unidade de saúde de média complexidade, habilitada como UPA 24h Tipo I pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 4045/2010. A unidade opera como um pronto atendimento qualificado para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), funcionando ininterruptamente durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano, com capacidade instalada de 35 leitos de observação e capacidade para atender até 150 pacientes por dia.

1. Estrutura de Chefia e Número de Pessoas de Cada Clínica, Assim Como o Tipo de Vínculo com a Unidade

1.1 Estrutura Hierárquica Organizacional

A UPA 24h Dr. B. Mitidieri está organizada sob uma estrutura hierárquica que contempla diferentes níveis de gestão e operação, garantindo a coordenação eficiente dos serviços e a qualidade da assistência prestada.

1.1.1 Direção Geral

- **Diretor Geral**: 1 profissional com formação superior e experiência em gestão hospitalar

- **Vínculo**: Celetista (CLT) através da Organização Social contratada

- **Responsabilidades**: Coordenação geral da unidade, interface com a SES, gestão estratégica

1.1.2 Direção Técnica

- **Diretor Técnico**: 1 médico com registro no CRM e experiência em gestão de serviços de saúde

- **Vínculo**: Celetista (CLT) através da Organização Social contratada

- **Responsabilidades**: Supervisão técnica dos serviços médicos, protocolos assistenciais, qualidade técnica

1.1.3 Coordenação de Enfermagem

- **Coordenador de Enfermagem**: 1 enfermeiro com registro no COREN e especialização em urgência/emergência

- **Vínculo**: Celetista (CLT) através da Organização Social contratada

- **Responsabilidades**: Coordenação da equipe de enfermagem, protocolos de enfermagem, supervisão assistencial

1.2 Equipe Médica

1.2.1 Composição e Dimensionamento

- **Médicos Plantonistas**: Mínimo de 8 médicos para cobertura dos plantões

  - 4 médicos para plantões diurnos (12 horas)

  - 4 médicos para plantões noturnos (12 horas)

- **Médicos Diaristas**: 2 médicos para atividades administrativas e apoio

- **Médicos de Sobreaviso**: 4 médicos para cobertura de emergências

Total da Equipe Médica: 14 profissionais

1.2.2 Tipos de Vínculo

- **Vínculo Principal**: Celetista (CLT) através da Organização Social contratada

- **Vínculo Complementar**: Prestação de serviços para médicos de sobreaviso

- **Requisitos**: Registro no CRM, preferencialmente com título de especialista em áreas afins

1.3 Equipe de Enfermagem

1.3.1 Enfermeiros

- **Enfermeiros Assistenciais**: 12 profissionais

  - 6 enfermeiros para plantões diurnos

  - 6 enfermeiros para plantões noturnos

- **Enfermeiro Coordenador**: 1 profissional (já contabilizado na coordenação)

Total de Enfermeiros: 13 profissionais

1.3.2 Técnicos de Enfermagem

- **Técnicos de Enfermagem**: 36 profissionais
  - 18 técnicos para plantões diurnos
  - 18 técnicos para plantões noturnos
- **Distribuição por setor**:
  - Urgência/Emergência: 24 técnicos
  - Observação: 12 técnicos

1.3.3 Tipos de Vínculo da Equipe de Enfermagem

- **Vínculo**: Celetista (CLT) através da Organização Social contratada
- **Requisitos**: Registro no COREN, experiência em urgência/emergência

1.4 Equipe Multiprofissional

1.4.1 Serviço Social

- **Assistentes Sociais**: 3 profissionais
- **Vínculo**: Celetista (CLT)
- **Cobertura**: 24 horas com escala de plantão

1.4.2 Psicologia

- **Psicólogos**: 2 profissionais
- **Vínculo**: Celetista (CLT)
- **Cobertura**: Horário comercial com sobreaviso

1.4.3 Nutrição

- **Nutricionistas**: 2 profissionais
- **Vínculo**: Celetista (CLT)
- **Cobertura**: Horário comercial

1.4.4 Farmácia

- **Farmacêuticos**: 3 profissionais

- **Técnicos em Farmácia**: 6 profissionais

- **Vínculo**: Celetista (CLT)

- **Cobertura**: 24 horas

1.5 Equipe de Apoio Diagnóstico

1.5.1 Radiologia

- **Técnicos em Radiologia**: 6 profissionais

- **Vínculo**: Celetista (CLT)

- **Cobertura**: 24 horas

1.5.2 Laboratório

- **Técnicos em Análises Clínicas**: 6 profissionais

- **Vínculo**: Celetista (CLT)

- **Cobertura**: 24 horas

1.6 Equipe Administrativa e de Apoio

1.6.1 Administração

- **Gerente Administrativo**: 1 profissional

- **Assistentes Administrativos**: 8 profissionais

- **Recepcionistas**: 12 profissionais

- **Vínculo**: Celetista (CLT)

1.6.2 Serviços Gerais

- **Auxiliares de Limpeza**: 24 profissionais

- **Auxiliares de Manutenção**: 6 profissionais

- **Seguranças**: 12 profissionais

- **Vínculo**: Terceirizado através de empresas especializadas

Análise técnica da força de trabalho prevista

Conforme o Anexo do Edital, a Secretaria de Estado da Saúde colocará à disposição da UPA de Boquim um contingente de servidores e colaboradores cedidos. A AHBB procedeu a uma matriz de dimensionamento de pessoal (carga assistencial × produtividade) e constatou que:

1. Cobertura integral dos serviços assistenciais – A distribuição quantitativa e qualitativa das categorias profissionais cedidas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, profissionais de apoio diagnóstico etc.) atende aos parâmetros de:
    - Portaria GM/MS n.º 2048/2002 (perfil de plantão para urgência e emergência);
    - RDC Anvisa n.º 50/2002 e Nota Técnica Anvisa para dimensionamento de enfermagem;
    - Resolução CNS n.º 287/1998 (profissionais de Saúde).
2. Análise de lacunas (gap analysis) – O cruzamento do quadro cedido com a grade de turnos projetada identificou apenas um déficit operacional na linha de frente administrativa, referente à recepção/acolhimento:

Função	Turnos necessários/24 h	Profissionais cedidos	Déficit
Recepcionista	4 turnos (6 h cada)	0	7 Vagas

3. *Justificativa técnica*: a recepção é essencial para ACCR, regulação SUS, checagem de elegibilidade e interface com o Sistema de Informação (MeuSUS Digital/SIPNI). A ausência dessa função impactaria diretamente o tempo–porta.

4. Estratégia de recomposição – Recomenda-se contratação imediata de 7 recepcionistas, garantindo:
    - Cobertura 24 × 7 com folgas legais (escala 12 × 36 ou 6 h/plantão);
    - Treinamento em ACCR, Registro E-SUS e LGPD;
    - Integração ao módulo de faturamento para redução de glosas.

Conclusão
Com a contratação pontual dessas 7 recepcionistas, o quadro cedido pela Secretaria passa a suprir 100 % das necessidades operacionais projetadas, mantendo conformidade legal, segurança assistencial e eficiência no fluxo de pacientes.

2. Horários de Atividade de Urgências, Distinguindo Entre Presença Física de Médico Especialista e Médico Geral e Médicos que Atendem Chamadas (Sobreaviso)

2.1 Organização dos Plantões Médicos

A UPA 24h Dr. B. Mitidieri mantém cobertura médica ininterrupta durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano, conforme exigência da habilitação como UPA Tipo I.

2.1.1 Plantão Diurno (07:00 às 19:00)

Presença Física Obrigatória:

- **2 Médicos Generalistas/Emergencistas**: Presença física contínua

  - Responsabilidade: Atendimento geral de urgência e emergência

  - Qualificação: Preferencialmente com título em Medicina de Emergência, Clínica Médica ou Medicina de Família

  - Escala: 12 horas de trabalho

Médicos Especialistas em Presença Física (conforme demanda):

- **1 Pediatra**: Presença física de segunda a sexta-feira (07:00 às 19:00)
  - Responsabilidade: Atendimento pediátrico especializado
  - Fins de semana e feriados: Sobreaviso
- **1 Ortopedista**: Presença física de segunda a sexta-feira (07:00 às 19:00)
  - Responsabilidade: Atendimento traumato-ortopédico
  - Fins de semana e feriados: Sobreaviso

2.1.2 Plantão Noturno (19:00 às 07:00)

Presença Física Obrigatória:

- **2 Médicos Generalistas/Emergencistas**: Presença física contínua
  - Responsabilidade: Atendimento geral de urgência e emergência
  - Qualificação: Preferencialmente com título em Medicina de Emergência, Clínica Médica ou Medicina de Família
  - Escala: 12 horas de trabalho

2.2 Sistema de Sobreaviso

2.2.1 Especialidades em Sobreaviso 24 horas

Cardiologia:

- **Horário**: 24 horas, todos os dias
- **Tempo de resposta**: Máximo 30 minutos para chamadas
- **Modalidade**: Sobreaviso domiciliar com possibilidade de teleconsulta

Neurologia:

- **Horário**: 24 horas, todos os dias
- **Tempo de resposta**: Máximo 45 minutos para chamadas
- **Modalidade**: Sobreaviso domiciliar com possibilidade de teleconsulta

Cirurgia Geral:

- **Horário**: 24 horas, todos os dias

- **Tempo de resposta**: Máximo 30 minutos para chamadas

- **Modalidade**: Sobreaviso domiciliar com presença obrigatória quando acionado

2.2.2 Especialidades em Sobreaviso Noturno e Fins de Semana

Pediatria:

- **Horário**: Noites (19:00 às 07:00), fins de semana e feriados

- **Tempo de resposta**: Máximo 30 minutos

- **Modalidade**: Sobreaviso domiciliar

Ortopedia:

- **Horário**: Noites (19:00 às 07:00), fins de semana e feriados

- **Tempo de resposta**: Máximo 45 minutos

- **Modalidade**: Sobreaviso domiciliar

2.3 Critérios para Acionamento do Sobreaviso

2.3.1 Acionamento Obrigatório

- Casos que exigem avaliação especializada imediata

- Procedimentos que necessitam de especialista

- Intercorrências graves em pacientes pediátricos

- Emergências cardiovasculares complexas

- Emergências neurológicas (AVC, TCE grave)

- Necessidade de procedimento cirúrgico de urgência

2.3.2 Processo de Acionamento

1. **Avaliação pelo médico plantonista**: Identificação da necessidade de especialista

2. **Contato com coordenação médica**: Validação da necessidade

3. **Acionamento do especialista**: Através de sistema de comunicação 24h

4. **Registro**: Documentação do acionamento e tempo de resposta

2.4 Cobertura de Enfermagem

2.4.1 Plantão Diurno (07:00 às 19:00)

- **3 Enfermeiros**: Presença física contínua

- **18 Técnicos de Enfermagem**: Distribuídos pelos setores

- **Coordenador de Enfermagem**: Presença em horário comercial

2.4.2 Plantão Noturno (19:00 às 07:00)

- **3 Enfermeiros**: Presença física contínua

- **18 Técnicos de Enfermagem**: Distribuídos pelos setores

- **Enfermeiro Supervisor**: Responsável pela coordenação noturna

2.5 Equipe Multiprofissional - Horários de Funcionamento

2.5.1 Serviços 24 horas

- **Serviço Social**: 1 assistente social por plantão

- **Farmácia**: 1 farmacêutico por plantão

- **Radiologia**: 1 técnico por plantão

- **Laboratório**: 1 técnico por plantão

2.5.2 Serviços em Horário Comercial

- **Psicologia**: Segunda a sexta, 08:00 às 17:00 (sobreaviso para emergências)

- **Nutrição**: Segunda a sexta, 08:00 às 17:00

- **Administração**: Segunda a sexta, 08:00 às 17:00

2.6 Indicadores de Cobertura Médica

2.6.1 Metas de Cobertura

- **Presença médica**: 100% do tempo (mínimo 2 médicos)

- **Tempo de resposta do sobreaviso**: Máximo 45 minutos

- **Taxa de acionamento de sobreaviso**: Máximo 15% dos atendimentos

- **Cobertura de especialistas**: Mínimo 90% de disponibilidade

3. Descrição das Unidades de Salas de Cirurgia, Urgências e Ambulatórios

3.1 Unidade de Salas de Cirurgia

3.1.1 Sala de Pequena Cirurgia

A UPA dispõe de uma sala específica destinada a procedimentos cirúrgicos de pequeno porte e urgência, organizada conforme normas da ANVISA para ambientes cirúrgicos.

Características Físicas:

- **Área**: Aproximadamente 20 m²

- **Climatização**: Sistema de ar condicionado com filtros HEPA

- **Iluminação**: Foco cirúrgico de teto com sistema de emergência

- **Revestimentos**: Paredes e pisos em material lavável e impermeável
- **Gases medicinais**: Pontos de oxigênio, ar comprimido e vácuo

Equipamentos Disponíveis:
- Mesa cirúrgica com movimentação elétrica
- Foco cirúrgico de teto
- Carro de anestesia portátil
- Monitor multiparamétrico
- Eletrocautério
- Aspirador cirúrgico
- Desfibrilador

Procedimentos Realizados:

- Suturas complexas
- Drenagem de abscessos
- Pequenas cirurgias dermatológicas
- Traqueostomias de emergência
- Toracocenteses
- Drenagem torácica
- Procedimentos ortopédicos menores
- Redução de fraturas simples

Organização Funcional:
- **Funcionamento**: 24 horas por dia
- **Equipe**: Médico cirurgião, enfermeiro e técnico de enfermagem
- **Esterilização**: Materiais processados na CME da própria unidade

- **Agendamento**: Procedimentos de urgência têm prioridade absoluta

3.1.2 Fluxo Cirúrgico

1. **Indicação**: Avaliação médica na urgência
2. **Preparação**: Consentimento informado e preparo pré-operatório
3. **Procedimento**: Realização na sala de pequena cirurgia
4. **Recuperação**: Observação nos leitos apropriados
5. **Alta ou transferência**: Conforme evolução do paciente

3.2 Unidade de Urgências e Emergências

3.2.1 Sala de Acolhimento com Classificação de Risco

Características:

- **Área**: 15 m²
- **Capacidade**: 1 leito para avaliação inicial
- **Equipamentos**: Mesa de exame, computador, impressora, material para classificação
- **Funcionamento**: 24 horas com enfermeiro capacitado em classificação de risco

Protocolo de Classificação:

- **Vermelho**: Emergência - atendimento imediato
- **Amarelo**: Urgência - atendimento em até 15 minutos
- **Verde**: Pouco urgente - atendimento em até 60 minutos
- **Azul**: Não urgente - atendimento em até 120 minutos

3.2.2 Salas de Atendimento a Paciente Crítico/Estabilização

A unidade dispõe de 2 salas especializadas para atendimento de emergências, totalizando 5 leitos críticos.

Sala 1 - Emergência Cardiovascular:

- **Capacidade**: 2 leitos

- **Equipamentos específicos**:

  - 2 monitores multiparamétricos

  - 1 desfibrilador/cardioversor

  - 2 bombas de infusão

  - 1 ventilador mecânico

  - Carro de emergência completo

- **Especialização**: Atendimento de síndromes coronarianas, arritmias, insuficiência cardíaca

Sala 2 - Emergência Geral:

- **Capacidade**: 3 leitos

- **Equipamentos específicos**:

  - 3 monitores multiparamétricos

  - 1 ventilador mecânico

  - 3 bombas de infusão

  - Material para intubação orotraqueal

  - Carro de parada cardiorrespiratória

- **Especialização**: Politrauma, emergências neurológicas, choque séptico

Organização Funcional:

- **Equipe por sala**: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem

- **Funcionamento**: 24 horas ininterruptas

- **Tempo de permanência**: Máximo 6 horas para estabilização

- **Critérios de alta**: Estabilização clínica ou transferência para unidade de maior complexidade

3.2.3 Consultórios Médicos de Urgência

A unidade possui 2 consultórios médicos destinados ao atendimento de urgências de menor complexidade.

Consultório 1:

- **Área**: 12 m²

- **Equipamentos**: Mesa de exame, otoscópio, oftalmoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio

- **Especialização**: Atendimento clínico geral

Consultório 2:

- **Área**: 12 m²

- **Equipamentos**: Mesa de exame ginecológica, material para pequenos procedimentos

- **Especialização**: Atendimento ginecológico e pequenos procedimentos

3.3 Unidade Ambulatorial

3.3.1 Características Gerais

Embora a UPA seja prioritariamente destinada ao atendimento de urgência e emergência, possui estrutura para atendimentos ambulatoriais de seguimento e reavaliação.

Organização:

- **Funcionamento**: Segunda a sexta-feira, 08:00 às 17:00

- **Modalidades**: Retornos pós-atendimento de urgência, reavaliações programadas

- **Agendamento**: Através do sistema de regulação ou indicação médica

3.3.2 Ambulatório de Retorno

Finalidade:

- Reavaliação de pacientes atendidos na urgência

- Acompanhamento de procedimentos realizados

- Retirada de pontos

- Troca de curativos complexos

Estrutura:

- Utilização dos consultórios médicos em horário específico

- Equipe: 1 médico e 1 enfermeiro

- Agenda: Máximo 20 atendimentos por dia

3.3.3 Ambulatório de Especialidades (quando disponível)

Pediatria:

- **Horário**: Terças e quintas-feiras, 14:00 às 17:00

- **Finalidade**: Seguimento de casos pediátricos complexos

Ortopedia:

- **Horário**: Quartas-feiras, 14:00 às 17:00

- **Finalidade**: Acompanhamento de fraturas e lesões ortopédicas

3.4 Sala de Curativo

Características:

- **Área**: 10 m²

- **Equipamentos**: Mesa para curativos, material estéril, soluções antissépticas

- **Funcionamento**: 24 horas

- **Procedimentos**: Curativos simples e complexos, retirada de pontos, pequenos desbridamentos

3.5 Sala de Higienização

Finalidade: Limpeza e descontaminação de materiais

- **Área**: 8 m²

- **Equipamentos**: Pias com água corrente, sistema de descontaminação

- **Funcionamento**: 24 horas

- **Responsabilidade**: Técnicos de enfermagem e auxiliares de limpeza

3.6 Fluxo Integrado das Unidades

3.6.1 Fluxo do Paciente

1. **Entrada**: Acolhimento com classificação de risco

2. **Triagem**: Direcionamento conforme gravidade

   - Casos críticos → Salas de estabilização

   - Casos urgentes → Consultórios médicos

   - Procedimentos → Sala de cirurgia ou curativo

3. **Observação**: Leitos conforme necessidade

4. **Alta**: Orientações e possível agendamento de retorno ambulatorial

3.6.2 Integração entre Setores

- **Comunicação**: Sistema de comunicação interna entre todas as unidades

- **Prontuário único**: Registro integrado de todos os atendimentos

- **Equipe volante**: Profissionais que circulam entre os setores conforme demanda

- **Protocolos**: Padronização de condutas entre as diferentes unidades

4. Descrição da Organização das Unidades de Internação (Enfermaria)

4.1 Considerações Gerais sobre Internação na UPA

É importante esclarecer que a UPA 24h Dr. B. Mitidieri, conforme sua habilitação como UPA Tipo I, **não possui leitos de internação cadastrados**. A unidade dispõe exclusivamente de **35 leitos de observação** destinados ao atendimento de pacientes que necessitam de acompanhamento por período inferior a 24 horas.

4.2 Organização dos Leitos de Observação

4.2.1 Distribuição dos Leitos por Especialidade e Sexo

Leitos de Observação Feminina:

- **2 Salas de repouso feminino**: 5 leitos cada (total: 10 leitos)

- **Características**: Ambientes segregados para garantir privacidade

- **Equipamentos por leito**: Monitor de sinais vitais, bomba de infusão, oxímetro

- **Equipe**: 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem por turno

Leitos de Observação Masculina:

- **2 Salas de repouso masculino**: 5 leitos cada (total: 10 leitos)

- **Características**: Ambientes segregados para garantir privacidade

- **Equipamentos por leito**: Monitor de sinais vitais, bomba de infusão, oxímetro

- **Equipe**: 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem por turno

Leitos de Observação Indiferenciada:

- **3 Salas de repouso indiferenciado**: Total de 16 leitos

- **Utilização**: Quando não há necessidade de segregação por sexo

- **Flexibilidade**: Podem ser adaptados conforme demanda

- **Equipe**: 1 enfermeiro e 4 técnicos de enfermagem por turno

Leitos de Observação Pediátrica:

- **1 Sala de repouso pediátrica**: 9 leitos

- **Características especiais**:

  - Ambiente lúdico adequado para crianças

  - Mobiliário adaptado para faixa etária pediátrica

  - Espaço para acompanhante (obrigatório para menores de 18 anos)

  - Equipamentos pediátricos específicos

- **Equipe especializada**: 1 enfermeiro com especialização em pediatria e 2 técnicos de enfermagem

4.3 Critérios para Utilização dos Leitos de Observação

4.3.1 Indicações para Observação

- **Observação clínica**: Pacientes que necessitam acompanhamento por algumas horas

- **Aguardo de exames**: Pacientes aguardando resultados de exames complementares

- **Estabilização**: Pacientes em processo de estabilização clínica

- **Aguardo de vaga**: Pacientes aguardando transferência para unidade de maior complexidade

- **Procedimentos**: Pacientes em recuperação pós-procedimento

4.3.2 Tempo Máximo de Permanência

- **Limite regulamentar**: Máximo de 24 horas

- **Reavaliação obrigatória**: A cada 6 horas

- **Critérios de alta**: Estabilização clínica e resolução do quadro

- **Transferência**: Casos que necessitam internação prolongada

4.4 Organização Assistencial dos Leitos de Observação

4.4.1 Equipe de Enfermagem por Setor

Observação Feminina (10 leitos):

- **Plantão diurno**: 1 enfermeiro + 3 técnicos de enfermagem

- **Plantão noturno**: 1 enfermeiro + 3 técnicos de enfermagem

- **Proporção**: 1 técnico para cada 3-4 leitos

Observação Masculina (10 leitos):

- **Plantão diurno**: 1 enfermeiro + 3 técnicos de enfermagem

- **Plantão noturno**: 1 enfermeiro + 3 técnicos de enfermagem

- **Proporção**: 1 técnico para cada 3-4 leitos

Observação Indiferenciada (16 leitos):

- **Plantão diurno**: 1 enfermeiro + 4 técnicos de enfermagem

- **Plantão noturno**: 1 enfermeiro + 4 técnicos de enfermagem

- **Proporção**: 1 técnico para cada 4 leitos

Observação Pediátrica (9 leitos):

- **Plantão diurno**: 1 enfermeiro pediatra + 2 técnicos especializados

- **Plantão noturno**: 1 enfermeiro pediatra + 2 técnicos especializados

- **Proporção**: 1 técnico para cada 4-5 leitos (considerando presença de acompanhantes)

4.4.2 Cobertura Médica

- **Médico responsável**: 1 médico plantonista para cada 15-20 leitos de observação

- **Visitas médicas**: Mínimo a cada 6 horas

- **Reavaliação**: Obrigatória a cada mudança de plantão

- **Interconsultas**: Disponibilidade de especialistas conforme necessidade

4.5 Protocolos de Observação

4.5.1 Protocolo de Admissão

1. **Indicação médica**: Justificativa para observação

2. **Avaliação de enfermagem**: Classificação de risco e necessidades especiais

3. **Alocação do leito**: Conforme sexo, idade e gravidade

4. **Orientações**: Ao paciente e acompanhante sobre rotinas

4.5.2 Protocolo de Acompanhamento

- **Sinais vitais**: Verificação a cada 2-4 horas conforme gravidade
- **Evolução médica**: Registro a cada 6 horas
- **Evolução de enfermagem**: Registro a cada plantão
- **Reavaliação**: Critérios de alta ou necessidade de transferência

4.5.3 Protocolo de Alta ou Transferência

- **Alta hospitalar**: Quando há resolução do quadro e estabilidade clínica
- **Transferência**: Para unidades de internação quando necessário
- **Orientações de alta**: Medicações, retorno, sinais de alerta

4.6 Infraestrutura dos Leitos de Observação

4.6.1 Equipamentos por Leito

- **Cama hospitalar**: Com grades de proteção e movimentação elétrica
- **Monitor de sinais vitais**: Para casos que necessitam monitorização
- **Bomba de infusão**: Disponível conforme necessidade
- **Oxímetro de pulso**: Para monitorização da saturação
- **Suporte de soro**: Móvel com rodízios

4.6.2 Infraestrutura Geral

- **Posto de enfermagem**: Central para cada área de observação
- **Banheiros**: Adaptados para pacientes com mobilidade reduzida
- **Copa**: Para preparo de dietas e medicações
- **Rouparia**: Estoque de roupas hospitalares
- **Expurgo**: Para descarte de materiais

4.7 Fluxo de Pacientes nos Leitos de Observação

4.7.1 Entrada

1. **Indicação**: Médico da urgência indica observação
2. **Vaga**: Verificação de disponibilidade de leito adequado
3. **Transferência**: Do setor de urgência para observação
4. **Admissão**: Registro e orientações iniciais

4.7.2 Permanência

1. **Acompanhamento**: Conforme protocolos estabelecidos
2. **Reavaliações**: Médicas e de enfermagem regulares
3. **Exames**: Coleta e acompanhamento de resultados
4. **Interconsultas**: Quando necessário

4.7.3 Saída

1. **Alta**: Para domicílio com orientações
2. **Transferência**: Para hospital de retaguarda
3. **Óbito**: Encaminhamento ao necrotério (quando aplicável)

4.8 Indicadores de Qualidade para Observação

4.8.1 Indicadores de Ocupação

- **Taxa de ocupação**: Meta de 80-85%
- **Tempo médio de permanência**: Máximo 18 horas
- **Taxa de rotatividade**: Mínimo 1,5 pacientes/leito/dia

4.8.2 Indicadores de Qualidade

- **Taxa de transferência**: Máximo 15% dos casos

- **Taxa de retorno em 48h**: Máximo 5%

- **Satisfação do usuário**: Mínimo 85% de satisfação

- **Eventos adversos**: Zero tolerância para eventos evitáveis

5. Compatibilização da Proposta de Trabalho com as Diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde

5.1 Alinhamento com as Políticas Estaduais de Saúde

5.1.1 Aderência ao Plano Estadual de Saúde

A organização da UPA 24h Dr. B. Mitidieri está integralmente alinhada com as diretrizes estabelecidas no Plano Estadual de Saúde de Sergipe, especificamente no que se refere ao fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Diretrizes Contempladas:

- **Universalidade**: Atendimento a 100% dos usuários do SUS sem discriminação

- **Equidade**: Priorização conforme classificação de risco e necessidades de saúde

- **Integralidade**: Atendimento completo desde a urgência até a reabilitação

- **Descentralização**: Funcionamento como porta de entrada regional

- **Participação social**: Implementação de ouvidoria e canais de participação

5.1.2 Conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH)

Universalidade
Equidade
UPA 24h
Dr. B. Mitidieri
Integralidadé
Pascentralização
Participação Social

Acolhimento com Classificação de Risco:

- Implementação obrigatória do protocolo de Manchester ou similar
- Enfermeiro capacitado disponível 24 horas para classificação
- Tempo máximo de espera conforme classificação de risco
- Ambiente adequado para acolhimento humanizado

Direito a Acompanhante:

- Garantia de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes e idosos
- Estrutura física adequada para permanência de acompanhantes
- Orientações claras sobre direitos e deveres dos acompanhantes

5.2 Cumprimento das Diretrizes Técnicas da SES

CUMPRIMENTO DAS DIRETRIZES TÉCNICAS DA SES
Protocolos Assistenciais
Indicadores de Desempenho
Vigílãncia Epidemiologica
Auditorias Internas
Qualificação Profissionnal

5.2.1 Protocolos Clínicos Estaduais

Implementação Obrigatória:

- Protocolo de Atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio
- Protocolo de Atendimento ao Acidente Vascular Cerebral
- Protocolo de Atendimento ao Trauma
- Protocolo de Atendimento Pediátrico de Urgência
- Protocolo de Violência Doméstica e Sexual

Monitoramento:

- Indicadores específicos para cada protocolo
- Auditoria interna trimestral de conformidade
- Relatórios mensais para a SES sobre aderência aos protocolos

5.2.2 Sistema de Informação em Saúde

Alimentação Obrigatória dos Sistemas:

- **SIA/SUS**: Registro de todos os atendimentos ambulatoriais
- **SIH/SUS**: Registro dos procedimentos de observação
- **SINAN**: Notificação de agravos de notificação compulsória
- **Sistema Estadual**: Interface com sistema próprio da SES

Qualidade da Informação:

- Equipe de faturamento capacitada e certificada
- Auditoria interna mensal dos registros
- Taxa de rejeição inferior a 5%
- Envio tempestivo das informações (até o 5º dia útil)

5.3 Adequação às Normas Regulamentares

5.3.1 Vigilância Sanitária

Conformidade com RDC ANVISA:

- RDC 50/2002: Normas para projetos físicos de estabelecimentos de saúde
- RDC 02/2010: Gerenciamento de tecnologias em saúde
- RDC 36/2013: Segurança do paciente
- RDC 222/2018: Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

Licenciamento:

- Alvará sanitário atualizado
- Licença de funcionamento da vigilância sanitária
- Certificado de vistoria do corpo de bombeiros
- Licença ambiental quando aplicável

5.3.2 Conselhos Profissionais

Registros Obrigatórios:

- Responsável técnico médico registrado no CRM
- Responsável técnico de enfermagem registrado no COREN
- Responsável técnico de farmácia registrado no CRF
- Responsável técnico de radiologia registrado no CRTR

5.4 Gestão da Qualidade Conforme Diretrizes da SES

5.4.1 Programa de Qualidade Hospitalar

Implementação de Indicadores:

- Taxa de mortalidade geral
- Taxa de infecção relacionada à assistência à saúde
- Tempo médio de permanência
- Taxa de retorno em 48 horas
- Índice de satisfação do usuário

Metas Estabelecidas pela SES:
- Mortalidade geral: < 2%
- Infecção hospitalar: < 5%
- Tempo de permanência: < 18 horas
- Retorno em 48h: < 5%
- Satisfação: > 85%

5.4.2 Acreditação Hospitalar

Compromisso com Certificação:
- Processo de acreditação ONA Nível 1 no primeiro ano
- Implementação de protocolos de segurança do paciente
- Cultura de qualidade e melhoria contínua
- Treinamento contínuo das equipes

5.5 Política de Recursos Humanos Alinhada à SES

5.5.1 Dimensionamento de Pessoal

Conformidade com Resoluções:
- Resolução COFEN para dimensionamento de enfermagem
- Resolução CFM para plantões médicos

- Parâmetros do Ministério da Saúde para UPA Tipo I

Qualificação Profissional:

- Médicos com título de especialista (mínimo 70%)
- Enfermeiros com especialização em urgência/emergência
- Educação permanente para toda a equipe
- Programa de integração para novos colaboradores

5.5.2 Política Salarial

Diretrizes da SES:

- Respeito aos pisos salariais das categorias
- Equiparação com valores praticados na rede estadual
- Plano de cargos e salários transparente
- Benefícios compatíveis com o mercado

5.6 Sustentabilidade Financeira e Prestação de Contas

5.6.1 Gestão Financeira Transparente

Relatórios Obrigatórios:

- Relatório mensal de execução financeira
- Demonstrativo de receitas e despesas
- Relatório de produção assistencial
- Balancete contábil mensal

Auditoria:

- Auditoria interna mensal

- Auditoria externa anual
- Disponibilização de documentos para auditoria da SES
- Prestação de contas trimestral

5.6.2 Otimização de Recursos

Diretrizes de Eficiência:

- Redução de desperdícios
- Otimização do uso de materiais e medicamentos
- Gestão eficiente de energia e água
- Programa de sustentabilidade ambiental

5.7 Integração com a Rede de Atenção à Saúde

5.7.1 Articulação com a Rede Estadual

Participação Ativa:

- Câmaras técnicas da SES
- Comissões intergestores
- Fóruns de discussão da rede de urgência
- Grupos de trabalho específicos

Protocolos de Integração:

- Fluxos de referência e contra-referência
- Protocolos de transferência inter-hospitalar
- Sistema de regulação integrado
- Comunicação efetiva com centrais de regulação

5.7.2 Educação Permanente em Saúde

Programa Estadual:

- Participação no programa estadual de educação permanente
- Capacitação conforme diretrizes da SES
- Intercâmbio de experiências com outras unidades
- Pesquisa e desenvolvimento em saúde

5.8 Monitoramento e Avaliação

5.8.1 Sistema de Monitoramento

Indicadores Pactuados:

- Indicadores de produção assistencial
- Indicadores de qualidade assistencial
- Indicadores de gestão
- Indicadores financeiros

Periodicidade:

- Relatórios mensais para a SES
- Reuniões trimestrais de avaliação
- Avaliação anual de desempenho
- Plano de melhorias baseado em evidências

5.8.2 Transparência e Controle Social

Mecanismos de Transparência:

- Portal da transparência da unidade
- Relatórios públicos de atividades

- Participação em conselhos de saúde

- Ouvidoria ativa e responsiva

Controle Social:

- Conselho gestor da unidade

- Participação em conferências de saúde

- Canais de comunicação com a comunidade

- Pesquisas de satisfação regulares

6. Descrição de Como o Proponente Estabelecerá a Contrarreferência com a Atenção Primária e com Outros Hospitais

6.1 Sistema Integrado de Referência e Contrarreferência

Descrição de como o proponente estabelecerá a Contrarreferência com a Atenção Primária e com outros hospitais

1. Estrutura organizacional dedicada

- **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** – já previsto no Anexo II – coordenará *todos* os fluxos de entrada, referência e contrarreferência. O núcleo recebe as solicitações da Central de Regulação Estadual e, na alta, devolve o paciente à rede, informando-a em tempo real sobre vagas, horários e prioridades.
- **Serviço Social e SAME** apoiarão o NIR na coleta de dados socioassistenciais e na emissão do Resumo de Alta, garantindo que o usuário saia com encaminhamento claro para UBS ou hospital de retaguarda.

2. Protocolo assistencial de contrarreferência

1. **Planejamento da alta** (até 12 h antes da saída): equipe multiprofissional elabora Resumo de Alta Padronizado (diagnóstico, conduta, plano terapêutico, sinais de alarme e data sugerida de retorno).

2. **Notificação imediata** à UBS de origem ou hospital receptor por meio de:
    - mensagem no *e-SUS AB* (quando Atenção Primária);
    - ligação direta do NIR para o *médico regulador* estadual (quando hospital).
3. **Entrega física e digital**: paciente recebe duas vias impressas; cópia digital é anexada no prontuário eletrônico e migrada automaticamente pelo *web-service* exigido pelo Estado.
4. **Confirmação do recebimento**: UBS/hospital confirma no sistema; pendências são rastreadas diariamente.

3. Integração de sistemas de informação

- A UPA utiliza software compatível com **SIA-SUS e SIH-SUS**, permitindo migração automática de dados assistenciais e financeiros à SES.
- O módulo de contrarreferência gera alertas para profissionais da APS e hospitais e arquiva comprovantes de envio no SAME, garantindo rastreabilidade e auditoria futura (item 1.6).

4. Critérios clínicos e logísticos para encaminhamento

- Bases em *protocolos estaduais* de condição-sinais (IAM, AVC, politrauma, síndromes respiratórias, etc.).
- Prioriza-se retorno do paciente estabilizado ao **território de origem**, de forma a:
    - reduzir reinternações e superlotação hospitalar;
    - manter vínculo longitudinal com a equipe de Saúde da Família.
- Se a UPA identificar **carência diagnóstica/terapêutica** fora de seu escopo, o NIR evidencia justificativa e registra no relatório mensal de encaminhamentos exigido pela SES.

5. Arranjos de governança horizontal

- **Reunião mensal** NIR + coordenadores da APS municipal + hospitais referência para discutir: atraso de consultas, reinternações em 72 h, taxa de retorno não programado.
- **Plataforma de Teleconsultoria**: canal síncrono para médicos da UBS discutirem casos com clínico da UPA, evitando retornos desnecessários.

6. Indicadores de monitoramento

Indicador	Meta no 1.º ano	Fonte de dados	Freq.
% de altas com Resumo de Alta entregue e registrado no e-SUS	≥ 95 %	Sistema da UPA / e-SUS	Mensal
Tempo médio entre alta e primeiro contato da UBS	≤ 72 h	Registro NIR	Mensal
Reinternação na UPA < 72 h	≤ 5 %	Prontuário eletrônico	Trimestral
% de encaminhamentos com confirmação de recebimento pela rede	≥ 90 %	Logs NIR	Mensal

Relatórios consolidados acompanham o *dashboard* corporativo e são encaminhados à SES com os demais dados assistenciais, em consonância com item 1.21.

7. Capacitação e melhoria contínua

- **Treinamento semestral** para equipes da UPA e APS sobre protocolos de alta segura e uso dos sistemas.
- **Auditoria clínica bimestral** pelas Comissões de Revisão de Prontuários e de Óbitos para analisar falhas no processo de contrarreferência, com plano de ação corretivo.

Com esse conjunto de ações – governado pelo NIR, apoiado por sistemas interoperáveis, protocolos definidos e indicadores claros – o proponente garante contrarreferência tempestiva, integral e rastreável, reforçando a lógica de rede e a continuidade do cuidado dos usuários do SUS.

A contrarreferência será tratada como eixo estratégico da continuidade do cuidado, articulando a UPA Dr. B. Mitidieri, a rede de Atenção Primária (APS) e os hospitais de retaguarda sob a mesma lógica de regionalização que estrutura o SUS.

O ponto de partida é a premissa contratual de que a UPA integra-se à Rede de Urgência e Emergência do Estado e, portanto, recebe usuários exclusivamente encaminhados pela Central de Regulação Estadual, pelo SAMU ou pelas Unidades

Básicas de Saúde—além da demanda espontânea—num fluxo já pactuado com os gestores municipais e estadual.

Essa mesma lógica precisa funcionar em sentido inverso para que a alta hospitalar se transforme em retorno organizado ao território de origem, evitando "porta giratória" e sobrecarga do nível secundário.

Para operacionalizar esse deslocamento seguro do paciente, o proponente instalará e manterá em funcionamento um **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**. O contrato exige que o NIR seja responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras unidades, fornecendo à Secretaria de Estado da Saúde informações mensais sobre esse fluxo.

Na prática, o NIR atuará como "hub" de contrarreferência: antes da alta, ele obtém das equipes multiprofissionais o plano terapêutico pós-alta; em seguida, valida o destino mais adequado—APS de origem, Centro de Especialidades ou leito hospitalar—observando protocolos clínicos estaduais (IAM, AVC, politrauma, síndromes respiratórias, entre outros) e as rotas assistenciais definidas na Programação Pactuada Integrada (PPI).

O **processo de alta** começa até 12 horas antes da liberação do usuário. Nesse intervalo, a equipe prepara um Resumo de Alta Padronizado, contendo diagnóstico, condutas realizadas, cronograma de reavaliações, sinais de alerta e telefone institucional para dúvidas.

O documento é entregue em meio físico ao paciente e, simultaneamente, protocolado no prontuário eletrônico. O NIR comunica o evento em tempo real à UBS ou ao hospital receptor, seja por mensagem estruturada no *e-SUS AB* (quando o destino é Atenção Primária), seja por ligação direta ao médico regulador estadual (quando se trata de remoção hospitalar). A transferência só se conclui após a confirmação de recebimento registrada no sistema—mecanismo que gera rastreabilidade e evita perdas de seguimento.

Essa interoperabilidade depende, por contrato, de um **sistema de gestão hospitalar compatível com a interface eletrônica da SES**, capaz de migrar automaticamente dados assistenciais e financeiros aos bancos nacionais (SIA-SUS, SIH-SUS e CNES). O Termo de Referência determina a alimentação contínua desses sistemas, permitindo que a Secretaria monitore resultados e audite a efetividade do processo de contrarreferência.

O módulo de contrarreferência, integrado ao prontuário, arquiva recibos digitais de envio e recepção dos resumos de alta, gerando relatórios gerenciais que alimentam os painéis de indicadores da UPA.

Além da rotina diária, o contrato impõe ao gestor da unidade a **obrigação de identificar carências diagnósticas ou terapêuticas** que justifiquem encaminhamentos externos e entregar relatório mensal desses deslocamentos à SES.

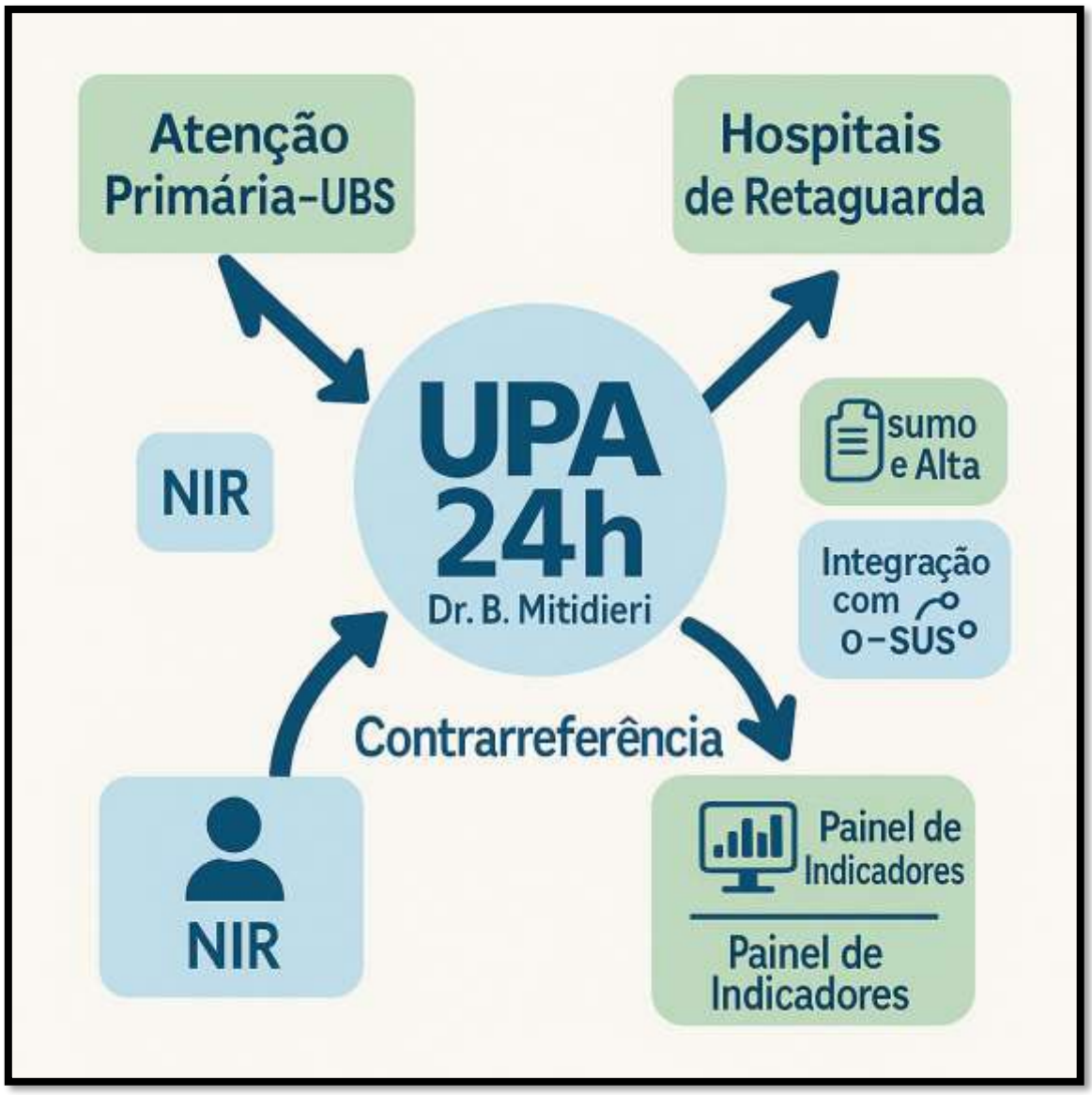
Esses relatórios serão discutidos em reuniões mensais entre o NIR, os coordenadores da APS e representantes dos hospitais de referência. O objetivo é ajustar protocolos, reduzir reinternações precoces, encurtar o tempo entre alta e primeiro cuidado na UBS e aperfeiçoar a ocupação de leitos de retaguarda.

O modelo adota ainda **mecanismos de governança horizontal**—teleconsultoria síncrona para casos ambulatoriais complexos, auditoria clínica bimestral das altas e treinamentos semestrais sobre alta segura e uso do sistema—assegurando que a contrarreferência evolua de simples obrigação documental para verdadeiro instrumento de gestão da clínica.

Os resultados serão monitorados por indicadores como: (i) percentual de altas com resumo registrado no *e-SUS*; (ii) tempo médio até o primeiro contato da UBS; e (iii) taxa de retorno não programado em 72 h. Cada indicador tem metas mínimas vinculadas ao plano de trabalho e repercute na avaliação de desempenho contratual.

Em síntese, o proponente estrutura a contrarreferência em torno de um NIR robusto, protocolo de alta segura, integração sistêmica com *e-SUS* e DATASUS, relatórios mensais obrigatórios e um ciclo contínuo de monitoramento e educação permanente.

Esses elementos, previstos no Anexo II do Termo de Referência, transformam a alta da UPA em elo consistente de uma cadeia assistencial integrada, garantindo que o cuidado iniciado em situação de urgência seja concluído no território, com qualidade, tempestividade e responsabilidade compartilhada entre os níveis de atenção.



6.1.1 Conceituação e Objetivos

O sistema de referência e contra-referência da UPA 24h Dr. B. Mitidieri será estruturado como um mecanismo fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a integração efetiva com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Estado de Sergipe.

Objetivos Principais:

- Garantir continuidade do cuidado após atendimento de urgência

- Otimizar o uso dos recursos da rede de saúde

- Reduzir retornos desnecessários à UPA
- Fortalecer a atenção primária como coordenadora do cuidado
- Melhorar a resolutividade da rede assistencial

6.2 Contra-Referência para a Atenção Primária

6.2.1 Estrutura Organizacional para Contra-Referência

Núcleo de Contra-Referência:
- **Coordenador**: 1 médico com experiência em atenção primária
- **Assistente social**: 1 profissional para articulação territorial
- **Enfermeiro regulador**: 1 profissional para interface com as UBS
- **Administrativo**: 1 profissional para gestão de agendamentos

Funcionamento:
- **Horário**: Segunda a sexta-feira, 08:00 às 17:00
- **Plantão de sobreaviso**: Fins de semana para casos urgentes
- **Local**: Sala específica com computadores e sistema de comunicação

6.2.2 Fluxo de Contra-Referência para Atenção Primária

Etapa 1 - Identificação de Casos:
- Pacientes atendidos na UPA que necessitam seguimento
- Casos de doenças crônicas descompensadas
- Situações que requerem acompanhamento longitudinal
- Pacientes sem vínculo com unidade básica de saúde

Etapa 2 - Avaliação e Classificação:

- **Urgente** (24-48 horas): Casos que necessitam seguimento imediato
- **Prioritário** (até 7 dias): Casos que requerem acompanhamento precoce
- **Rotina** (até 30 dias): Casos para seguimento regular

Etapa 3 - Articulação com UBS:

1. **Identificação da UBS de referência**: Conforme endereço do paciente
2. **Contato direto**: Telefone ou sistema eletrônico com a UBS
3. **Agendamento**: Consulta na atenção primária conforme prioridade
4. **Envio de relatório**: Resumo do atendimento e orientações

ETAPA 3 – ARTICULAÇÃO COM UBS
1. Identificação da UBS de referência
Conforme endereço do paciente
2. Contato direto
Telefone ou sistema eletrónico com a UBS
3. Agendamento
Consulta na atenção primária conforme prioridade
4. Envio de relatório
Resumo do atendimento e orientações

6.2.3 Instrumentos de Comunicação

Relatório de Contra-Referência Padronizado:

- Dados de identificação do paciente
- Resumo do atendimento na UPA
- Diagnósticos principais e secundários
- Procedimentos realizados
- Medicações prescritas
- Orientações específicas para seguimento
- Exames complementares necessários
- Data sugerida para retorno

Sistemas de Comunicação:

- **Sistema eletrônico**: Plataforma integrada com as UBS
- **Telefone**: Linha direta para comunicação urgente
- **E-mail institucional**: Para envio de relatórios
- **WhatsApp Business**: Para comunicação ágil (casos urgentes)

6.2.4 Protocolos Específicos por Condição

Hipertensão Arterial Descompensada:

- Contra-referência em até 48 horas
- Orientações sobre ajuste medicamentoso
- Agendamento prioritário na UBS
- Protocolo de monitorização domiciliar

Diabetes Mellitus Descompensado:

- Contra-referência em até 24 horas
- Orientações nutricionais específicas
- Agendamento com enfermeiro educador
- Protocolo de automonitorização

Doenças Respiratórias:

- Contra-referência conforme gravidade
- Orientações sobre uso de medicações inalatórias
- Agendamento para acompanhamento pneumológico quando necessário

Saúde Mental:

- Articulação com CAPS de referência
- Contra-referência prioritária
- Orientações sobre continuidade do tratamento
- Rede de apoio familiar

6.3 Contra-Referência para Outros Hospitais

6.3.1 Rede Hospitalar de Retaguarda

Hospitais de Alta Complexidade:

- Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE)
- Hospital Universitário (HU-UFS)
- Hospital do Coração de Sergipe
- Hospitais especializados conforme necessidade

Critérios para Transferência:

- Casos que excedem a capacidade resolutiva da UPA
- Necessidade de internação prolongada
- Procedimentos de alta complexidade
- Especialidades não disponíveis na UPA

6.3.2 Central de Regulação Estadual

Integração com o Sistema:

- **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**: Interface permanente
- **Sistema SISREG**: Utilização obrigatória para todas as transferências
- **Médico regulador**: Disponível 24 horas para articulação
- **Relatórios**: Envio de informações clínicas detalhadas

Fluxo de Regulação:

1. **Avaliação médica**: Identificação da necessidade de transferência
2. **Contato com NIR**: Solicitação de vaga via sistema
3. **Articulação**: Comunicação com central de regulação
4. **Autorização**: Confirmação de vaga e meio de transporte
5. **Transferência**: Acompanhamento médico quando necessário
6. **Relatório**: Envio de informações para hospital receptor

6.3.3 Protocolos de Transferência Inter-Hospitalar

Documentação Obrigatória:

- Resumo de alta da UPA
- Exames realizados e resultados
- Medicações em uso
- Procedimentos realizados
- Evolução clínica durante permanência
- Recomendações para continuidade do tratamento

Comunicação Direta:
- Contato médico-médico entre as unidades
- Passagem de plantão estruturada
- Orientações específicas sobre o caso
- Disponibilidade para esclarecimentos posteriores

6.4 Monitoramento da Contrarreferência

6.4.1 Indicadores de Processo

Taxa de Contrarreferência:
- Meta: 80% dos casos elegíveis
- Medição: Mensal
- Responsável: Núcleo de Contrarreferência

Tempo de Articulação:
- Meta: Máximo 24 horas para casos urgentes
- Meta: Máximo 72 horas para casos prioritários
- Medição: Semanal

Taxa de Agendamento Efetivo:

- Meta: 90% dos casos contra referenciados
- Medição: Mensal
- Acompanhamento: Contato com UBS

6.4.2 Indicadores de Resultado

Taxa de Retorno à UPA:

- Meta: Máximo 10% em 30 dias
- Análise: Casos de retorno por mesma causa
- Ação: Revisão dos protocolos de contrarreferência

Satisfação das UBS:

- Pesquisa: Trimestral
- Meta: Mínimo 85% de satisfação
- Aspectos: Qualidade das informações, agilidade, comunicação

6.5 Educação Permanente e Capacitação

6.5.1 Capacitação da Equipe da UPA

Programa de Treinamento:

- Conceitos de referência e contrarreferência
- Protocolos específicos por condição
- Uso dos sistemas de informação
- Comunicação efetiva com a rede

Periodicidade:

- Treinamento inicial: Todos os profissionais
- Reciclagem: Semestral
- Atualizações: Conforme mudanças nos protocolos

6.5.2 Articulação com Atenção Primária

Atividades Conjuntas:

- Reuniões mensais com coordenadores das UBS
- Discussão de casos complexos
- Alinhamento de protocolos
- Educação permanente conjunta

Apoio Matricial:

- Teleconsultorias para UBS
- Discussão de casos via telefone
- Orientações técnicas específicas
- Suporte para casos complexos

6.6 Tecnologia da Informação para Contrarreferência

6.6.1 Sistema Integrado de Informações

Plataforma Eletrônica:

- Integração com prontuário eletrônico
- Interface com sistemas das UBS
- Comunicação em tempo real

- Histórico de contrarreferências

Funcionalidades:

- Agendamento automático
- Envio de relatórios eletrônicos
- Acompanhamento de casos
- Indicadores em tempo real

6.6.2 Telemedicina e Teleconsultoria

Recursos Disponíveis:

- Teleconsultorias para UBS
- Discussão de casos complexos
- Orientações técnicas remotas
- Educação à distância

6.7 Avaliação e Melhoria Contínua

6.7.1 Comitê de Referência e Contrarreferência

Composição:

- Coordenador médico da UPA
- Representante da atenção primária
- Representante da regulação estadual
- Assistente social
- Enfermeiro regulador

Reuniões:

- Mensais para avaliação de indicadores

- Trimestrais para revisão de protocolos

- Semestrais para planejamento estratégico

6.7.2 Pesquisa e Desenvolvimento

Estudos de Avaliação:

- Efetividade da contrarreferência

- Satisfação dos usuários

- Impacto na rede de atenção

- Custos e benefícios

Inovações:

- Novas tecnologias de comunicação

- Protocolos baseados em evidências

- Integração com outros serviços

- Modelos de cuidado compartilhado

6.8 Considerações Finais sobre Contrarreferência

O sistema de contrarreferência da UPA 24h Dr. B. Mitidieri será implementado como um componente estratégico para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde de Sergipe. A estrutura proposta garante não apenas o cumprimento das diretrizes do SUS, mas também a inovação em práticas de integração assistencial.

A efetividade deste sistema dependerá do comprometimento de toda a equipe, da qualidade da comunicação com a rede e do monitoramento contínuo dos resultados. O objetivo final é contribuir para um sistema de saúde mais integrado, resolutivo e centrado nas necessidades dos usuários.

Considerações Finais

A descrição da organização das diferentes clínicas da UPA 24h Dr. B. Mitidieri apresentada neste documento reflete uma estrutura organizacional complexa e integrada, desenhada para atender às necessidades de saúde da população sergipana no âmbito da urgência e emergência.

A estrutura proposta contempla todos os aspectos solicitados, desde a organização hierárquica e dimensionamento de pessoal até a implementação de sistemas avançados de referência e contrarreferência.

A UPA está organizada para funcionar como um elo fundamental na Rede de Atenção às Urgências, garantindo não apenas o atendimento de qualidade, mas também a integração efetiva com os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

O modelo organizacional adotado segue rigorosamente as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e as melhores práticas em gestão hospitalar, incorporando princípios de qualidade, segurança, eficiência e humanização. A estrutura de governança, através das comissões clínicas, núcleos especializados e sistemas de monitoramento, garante o controle interno da qualidade e a conformidade com as exigências regulamentares.

A implementação desta organização contribuirá significativamente para o fortalecimento da rede de urgência e emergência do Estado de Sergipe, garantindo aos cidadãos sergipanos o acesso a serviços de saúde de qualidade, resolutivos e humanizados, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

RESPONSABILIDADE SOCIAL

896

1. Ações de responsabilidade social

Sugestões de Ações de Responsabilidade Social (sem custos) para a UPA de Boquim

Eixo	Proposta	Como implementar sem novos custos	Conexão com obrigações contratuais / valor agregado
Educação em Saúde Comunitária	**Ciclo mensal de mini-palestras e rodas de conversa** (prevenção de acidentes domésticos, uso seguro de medicamentos, dengue, hipertensão, saúde mental)	• Utilizar equipe multidisciplinar já de plantão (enfermeiros, assistente social, nutricionista) em escala de revezamento.• Aproveitar tempos de menor fluxo assistencial ou horário de troca de plantão.• Divulgar por cartazes internos e grupos de WhatsApp das Unidades Básicas.	Cumpre a obrigação de **esclarecer usuários sobre assuntos pertinentes aos serviços** e reforça a Política Nacional de Humanização (PNH).
Aberta à Comunidade	**Programa "UPA de Portas Abertas"**: visitas guiadas semestrais para escolas e lideranças comunitárias, mostrando fluxos, acolhimento e cuidados	• Guias voluntários: residentes, estagiários ou colaborador em horário administrativo.• Materiais visuais reaproveitam banners institucionais existentes.• Agendamento via	Fortalece a imagem de centro público comprometido com a missão SUS (item 1.10)

Eixo	Proposta	Como implementar sem novos custos	Conexão com obrigações contratuais / valor agregado
		Ouvidoria/Uso de planilhas on-line.	
Promoção da Leitura/Conforto	**Cantinho da Leitura solidário** na recepção e nas salas de observação	• Convidar colaboradores e parceiros locais a doar livros e revistas.• Organização feita pelos voluntários do Serviço Social.• Espaço criado reaproveitando prateleiras em depósito ou CME desativado.	Apoia estratégia de humanização e acolhimento ao usuário (item 2.2.2.1.3 – ACCR)
Incentivo ao Voluntariado	**Banco de Voluntários da UPA** para apoio emocional, leitura a pacientes e orientação de acompanhantes	• Serviço Social organiza cadastro simples (Google Forms).• Alunos de faculdades locais de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social cumprem horas extracurriculares. • Capacitação breve aproveita planos de educação continuada já obrigatórios (item 2.3.4.15).	Amplia "atendimento indiferenciado" e direito a acompanhante (item 1.14 j & k)
Ouvidoria Ativa	**Roda de Conversa**	• Já existe coleta de satisfação (item	Converte obrigação de

Eixo	Proposta	Como implementar sem novos custos	Conexão com obrigações contratuais / valor agregado
	Quadrimestral com usuários e familiares para feedback presencial dos resultados da Pesquisa de Satisfação	1.18).• Profissional da Ouvidoria compila resultados e modera debate em espaço interno após o expediente.	pesquisa em ação de envolvimento social, gerando **transparência**.
Economia Circular & Sustentabilidade	**Campanha permanente "Resíduo Zero no Copo"** – incentivo ao uso de canecas pessoais por colaboradores e acompanhantes	• Canecas cedidas pelos próprios colaboradores ou patrocinadas por comércio local (permuta de visibilidade).• Cartazes impressos internamente.• Registro de redução de copos na CIPA para divulgação.	Dialoga com obrigação de **respeitar legislação ambiental** (item 1.33) e reduz custos de descartáveis.
Promoção da Segurança no Trânsito	**Blitz educativa** na saída da UPA, em parceria com SAMU e Polícia Militar, alertando para uso de capacete e cinto	• Aproveitar equipes de SAMU em troca de plantão.• Distribuir folhetos digitais (QR code) gerados internamente.• Realizar em datas-chave (Maio Amarelo, Semana Nacional do Trânsito).	Relaciona-se ao perfil da unidade (atendimentos traumáticos) e reforça prevenção primária.

Eixo	Proposta	Como implementar sem novos custos	Conexão com obrigações contratuais / valor agregado
Saúde do Trabalhador	**Grupo de Ginástica Laboral "5 minutos de Movimento"** antes de cada plantão	• Fisioterapeuta ou educador físico de plantão conduz alongamentos.• Sem equipamento extra.• Divulgar via mural interno.	Contribui para **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)** e bem-estar da equipe (item 2.3.4.4)
Doação de Sangue & Órgãos	**Campanha trimestral "Doe Vida"** – sensibilização de colaboradores e acompanhantes	• Parceria com Hemose/SES para agendar coleta externa ou excursão em van da SES.• Material de campanha fornecido pelo Hemocentro.• Tempo de orientação inserido nas palestras internas.	Alinha-se à meta de **participação comunitária** e demonstra compromisso social da UPA.
Arte & Humanização	**Galeria "Talentos da Comunidade"** – exposição rotativa de pinturas, fotos e artesanato local nos corredores	• Solicitar peças emprestadas de escolas e associações culturais.• Montagem feita pela equipe de manutenção em horário regular.• Divulgação nas redes sociais institucionais já existentes.	Complementa a ambiência humanizada e reforça integração cultural local, sem custo adicional.

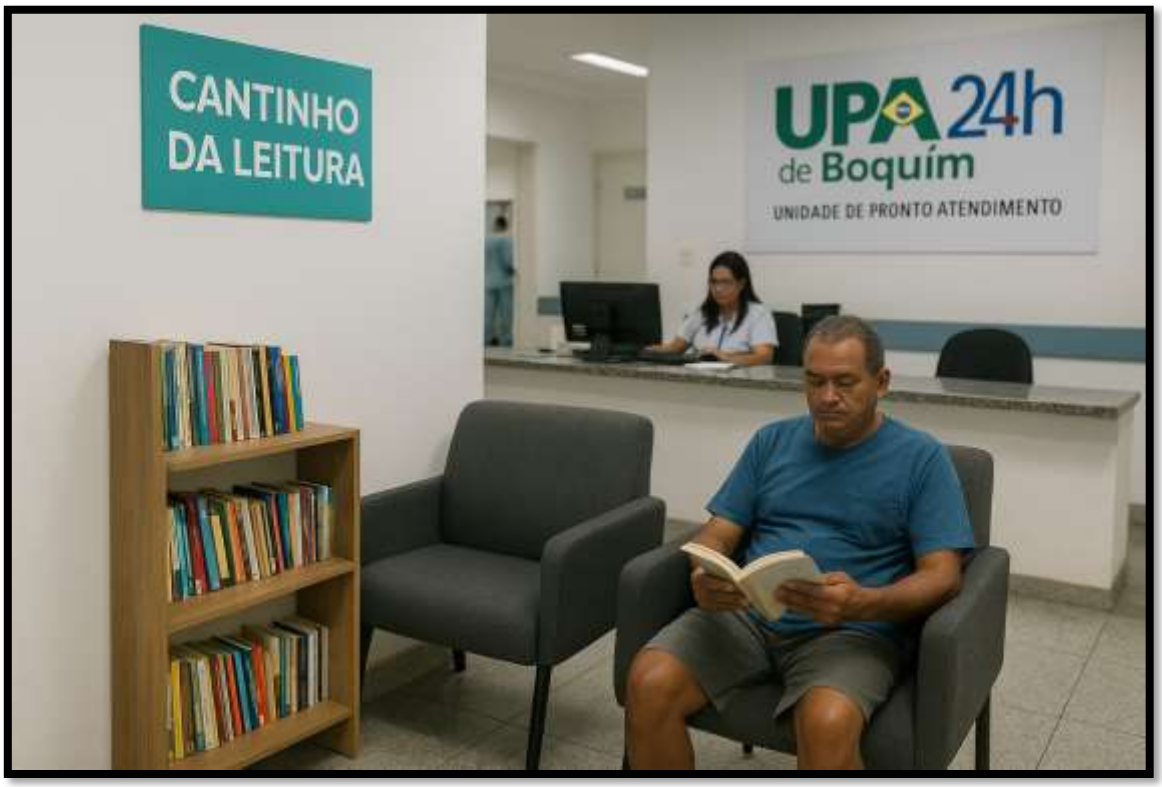
Essas iniciativas aproveitam recursos humanos, estruturas e obrigações já previstas no **Anexo II**, não geram despesas adicionais e ampliam o compromisso social da proponente com a comunidade de Boquim.

Educação em Saúde Comunitária

Aqui está a foto representando o Programa “UPA de Portas Abertas” na UPA 24 h de Boquim:

902

Aqui está a foto do **Cantinho da Leitura solidário** na recepção da UPA 24 h de Boquim:



Aqui está a foto ilustrando o **Banco de Voluntários da UPA** em ação na UPA 24 h de Boquim:

Aqui está a foto representando a **Roda de Conversa Quadrimestral** para feedback da Pesquisa de Satisfação na UPA 24 h de Boquim:

Aqui está a foto da **Blitz Educativa** na saída da UPA 24 h de Boquim, em parceria com SAMU e Polícia Militar:

Aqui está a foto ilustrando o **Grupo de Ginástica Laboral "5 minutos de Movimento"** antes do plantão na UPA 24 h de Boquim:

Aqui está a foto para a campanha trimestral **"Doe Vida, Doe Sangue"** na UPA 24 h de Boquim:

Aqui está a foto da **Galeria "Talentos da Comunidade"** nos corredores da UPA 24 h de Boquim:

Organização dos serviços administrativos

910

Descrição Dissertativa dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais

Unidade de Pronto Atendimento 24h Dr. B. Mitidieri

Introdução

A Unidade de Pronto Atendimento 24h Dr. B. Mitidieri (CNES 7015119) requer uma estrutura organizacional complexa e integrada de serviços administrativos, financeiros e gerais para garantir o funcionamento eficiente e a qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta descrição apresenta de forma dissertativa a organização destes serviços, contemplando aspectos de funcionamento, horários de trabalho, estrutura de chefia, composição de equipes e vínculos com a unidade, conforme estabelecido nas especificações técnicas do Anexo II do Termo de Referência e Contrato de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

911

A gestão técnica e administrativa da UPA é de responsabilidade da Organização Social de Saúde (OSS) contratada, que deve prover todos os recursos necessários para a operacionalização dos serviços de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada, seguindo as diretrizes estabelecidas pela legislação vigente e pelas normas da Secretaria de Estado da Saúde.

1. Serviços Administrativos

1.1 Gestão de Recursos Humanos

1.1.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de gestão de recursos humanos da UPA constitui um dos pilares fundamentais para o funcionamento adequado da unidade, sendo responsável por todas as atividades relacionadas ao gerenciamento do capital humano

necessário para a prestação dos serviços de saúde. Este serviço opera de forma integrada com os demais setores da unidade, garantindo que todos os aspectos relacionados aos colaboradores sejam adequadamente gerenciados.

A gestão de recursos humanos abrange desde o processo de recrutamento e seleção até o desligamento dos colaboradores, passando por atividades de integração, treinamento, avaliação de desempenho, controle de frequência e desenvolvimento profissional. O serviço é responsável por garantir que a unidade mantenha o quantitativo adequado de profissionais qualificados para atender à demanda assistencial, respeitando as normas trabalhistas e previdenciárias vigentes.

1.1.2 Horários de Trabalho

O departamento de recursos humanos funciona em horário comercial, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas, com plantão de sobreaviso para situações emergenciais que possam comprometer a continuidade dos serviços assistenciais. Durante os fins de semana e feriados, mantém-se um sistema de comunicação ativo para resolver questões urgentes relacionadas à cobertura de plantões e substituições emergenciais.

Para as atividades de controle de ponto e frequência, o serviço opera de forma contínua, 24 horas por dia, através de sistemas automatizados que registram a entrada e saída de todos os colaboradores. O acompanhamento das escalas médicas e de enfermagem é realizado de forma ininterrupta, garantindo que qualquer intercorrência seja imediatamente identificada e solucionada.

1.1.3 Estrutura de Chefia

A estrutura hierárquica do serviço de recursos humanos é encabeçada por um **Gerente de Recursos Humanos**, profissional com formação superior em Administração, Psicologia ou áreas afins, com especialização em gestão de pessoas e experiência comprovada em gestão hospitalar. Este profissional reporta-se diretamente à Direção Geral da unidade e é responsável pela coordenação de todas as atividades do departamento.

Subordinados ao Gerente de Recursos Humanos, encontram-se os seguintes cargos de chefia intermediária: **Coordenador de Desenvolvimento de Pessoas**, responsável pelos programas de treinamento e educação continuada; **Coordenador de Administração de Pessoal**, responsável pelos aspectos legais e burocráticos da gestão de pessoal; e **Coordenador de Segurança do Trabalho**, responsável pelas questões relacionadas à saúde e segurança ocupacional.

1.1.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe do departamento de recursos humanos é composta por aproximadamente 12 profissionais, todos com vínculo celetista (CLT) através da Organização Social contratada. A composição inclui:

- 1 Gerente de Recursos Humanos (CLT)
- 3 Coordenadores (CLT)
- 4 Analistas de Recursos Humanos (CLT)
- 2 Assistentes Administrativos (CLT)
- 2 Auxiliares Administrativos (CLT)

Todos os profissionais possuem formação adequada às suas funções e participam regularmente de programas de capacitação e atualização profissional. O departamento também conta com o apoio de consultores externos especializados em legislação trabalhista e previdenciária, contratados através de prestação de serviços conforme necessidade.

1.2 Sistemas de Informação e Tecnologia

1.2.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de sistemas de informação e tecnologia da UPA é responsável pela gestão, manutenção e operação de todos os sistemas informatizados utilizados na unidade, incluindo o sistema de gestão hospitalar, sistemas de informação do SUS (SIA/SUS, DATASUS), sistema de prontuário eletrônico e demais ferramentas tecnológicas necessárias para o funcionamento adequado dos serviços.

Este serviço garante a alimentação adequada dos sistemas de informação exigidos pela Secretaria de Estado da Saúde, permitindo a migração automática de dados assistenciais e financeiros através de interface eletrônica. O departamento é responsável por manter a integridade, segurança e disponibilidade das informações, garantindo o cumprimento das normas de confidencialidade e proteção de dados dos usuários.

1.2.2 Horários de Trabalho

O serviço de tecnologia da informação opera em regime de plantão 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo suporte técnico contínuo para todos os sistemas críticos da unidade. Durante o horário comercial (08:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira), mantém-se equipe completa para atividades de desenvolvimento, manutenção preventiva e suporte aos usuários.

Nos períodos noturnos, fins de semana e feriados, mantém-se plantão de sobreaviso com técnico especializado para resolver questões emergenciais que possam comprometer o funcionamento dos sistemas assistenciais. O tempo de resposta para chamados críticos não deve exceder 30 minutos.

1.2.3 Estrutura de Chefia

A chefia do departamento de tecnologia da informação é exercida por um **Coordenador de TI**, profissional com formação superior em Ciência da Computação, Sistemas de Informação ou áreas correlatas, com especialização em gestão de sistemas hospitalares e experiência comprovada em ambientes de saúde.

Subordinados ao Coordenador de TI, encontram-se: **Analista de Sistemas Sênior**, responsável pelo desenvolvimento e manutenção dos sistemas; **Administrador de Banco de Dados**, responsável pela gestão das bases de dados; e **Técnico de Suporte**, responsável pelo atendimento aos usuários e manutenção de equipamentos.

1.2.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe de tecnologia da informação é composta por 8 profissionais com vínculo celetista (CLT):

- 1 Coordenador de TI (CLT)
- 2 Analistas de Sistemas (CLT)
- 1 Administrador de Banco de Dados (CLT)
- 2 Técnicos de Suporte (CLT)
- 2 Estagiários de TI (Estágio remunerado)

1.3 Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

1.3.1 Descrição do Funcionamento

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) constitui um setor fundamental para a organização e controle da documentação médica da UPA, sendo responsável pela guarda, organização, controle e disponibilização dos prontuários médicos, bem como pela geração de informações estatísticas sobre a produção assistencial da unidade.

O SAME opera seguindo rigorosos protocolos de confidencialidade e segurança da informação, garantindo que todos os registros médicos sejam mantidos atualizados e disponíveis para consulta pelos profissionais autorizados. O serviço é responsável por manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na UPA, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado

da Saúde e às auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários, tanto em meio físico quanto eletrônico certificado.

1.3.2 Horários de Trabalho

O SAME funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo que os prontuários estejam sempre disponíveis para os profissionais assistenciais. Durante o horário comercial (07:00 às 19:00), mantém-se equipe completa para atividades de organização, arquivamento e atendimento às solicitações de prontuários.

Nos períodos noturnos (19:00 às 07:00), fins de semana e feriados, mantém-se equipe reduzida para garantir o acesso aos prontuários pelos profissionais plantonistas e para realizar o arquivamento dos documentos gerados durante os atendimentos.

1.3.3 Estrutura de Chefia

A chefia do SAME é exercida por um **Coordenador do SAME**, profissional com formação superior preferencialmente em Administração Hospitalar, Gestão em Saúde ou áreas afins, com especialização em gestão de informações em saúde e conhecimento das normas do Conselho Federal de Medicina relacionadas aos prontuários médicos.

Subordinados ao Coordenador do SAME, encontram-se: **Supervisor de Arquivo**, responsável pela organização física dos prontuários; **Analista de Informações em Saúde**, responsável pela geração de relatórios estatísticos; e **Técnicos em Arquivo Médico**, responsáveis pelas atividades operacionais do setor.

1.3.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe do SAME é composta por 15 profissionais com vínculo celetista (CLT):

- 1 Coordenador do SAME (CLT)

- 1 Supervisor de Arquivo (CLT)

- 2 Analistas de Informações em Saúde (CLT)

- 6 Técnicos em Arquivo Médico (CLT)

- 5 Auxiliares Administrativos (CLT)

1.4 Ouvidoria e Atendimento ao Usuário

1.4.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de Ouvidoria e Atendimento ao Usuário da UPA tem como objetivo principal garantir um canal de comunicação efetivo entre os usuários, acompanhantes e a administração da unidade, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados através do acolhimento de sugestões, reclamações, elogios e denúncias.

Este serviço opera de forma independente da Ouvidoria SUS, conforme exigência do documento, e deve ser de fácil acesso aos usuários. O serviço é responsável por realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das manifestações recebidas, garantindo resposta aos usuários no prazo máximo de 30 dias úteis.

Quadrimestralmente, o serviço realiza Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, com envio dos resultados para a Secretaria de Estado da Saúde, contribuindo para o monitoramento da qualidade dos serviços prestados.

1.4.2 Horários de Trabalho

O serviço de Ouvidoria funciona 24 horas por dia, através de diferentes canais de atendimento. Durante o horário comercial (08:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira), mantém-se atendimento presencial com equipe completa. Nos demais horários, fins de semana e feriados, o atendimento é realizado através de canais eletrônicos (telefone, e-mail, formulários online) e caixa de sugestões.

1.4.3 Estrutura de Chefia

A chefia do serviço é exercida por um **Coordenador de Ouvidoria**, profissional com formação superior em áreas como Serviço Social, Psicologia, Administração ou Comunicação Social, com experiência em atendimento ao público e conhecimento das diretrizes de humanização do SUS.

1.4.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe da Ouvidoria é composta por 6 profissionais com vínculo celetista (CLT):

- 1 Coordenador de Ouvidoria (CLT)
- 2 Assistentes Sociais (CLT)
- 2 Atendentes de Ouvidoria (CLT)
- 1 Auxiliar Administrativo (CLT)

2. Serviços Financeiros

2.1 Faturamento e Incremento de Receita

2.1.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de faturamento da UPA constitui um setor estratégico responsável pela geração de receitas através da adequada codificação e faturamento dos procedimentos realizados na unidade. Este serviço opera em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, garantindo que todos os atendimentos e procedimentos sejam adequadamente registrados nos sistemas de informação nacionais do DATASUS.

O departamento é responsável por compor equipe devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais, garantindo a maximização das receitas dentro dos parâmetros legais e éticos estabelecidos. O serviço trabalha de forma integrada com o SAME e com os setores assistenciais para garantir a fidedignidade das informações faturadas.

O faturamento abrange todos os procedimentos realizados na UPA, incluindo atendimentos de urgência e emergência, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de observação, sempre respeitando os limites e critérios estabelecidos pela tabela SUS-SIGTAP. O serviço também é responsável por identificar oportunidades de incremento de receita através da habilitação de novos serviços e procedimentos, sempre com o auxílio da administração pública e conforme as diretrizes do SUS.

2.1.2 Horários de Trabalho

O serviço de faturamento opera em horário comercial estendido, de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 19:00 horas, garantindo cobertura adequada para o processamento de todas as informações geradas durante os plantões. Aos sábados, mantém-se expediente reduzido das 08:00 às 12:00 horas para atividades de fechamento mensal e correção de pendências.

Durante os domingos e feriados, mantém-se plantão de sobreaviso para resolver questões urgentes relacionadas ao faturamento que possam impactar o funcionamento da unidade. O processamento das informações para envio aos sistemas do DATASUS é realizado diariamente, garantindo que não haja acúmulo de procedimentos não faturados.

2.1.3 Estrutura de Chefia

A estrutura hierárquica do setor de faturamento é liderada por um **Gerente de Faturamento**, profissional com formação superior em Administração, Ciências Contábeis ou áreas afins, com especialização em faturamento hospitalar e amplo conhecimento das normas e procedimentos do SUS.

Subordinados ao Gerente de Faturamento, encontram-se: **Coordenador de Auditoria Interna**, responsável pela revisão e validação dos procedimentos faturados; **Coordenador de Sistemas de Informação**, responsável pela interface com os sistemas do DATASUS; e **Supervisores de Faturamento**, responsáveis pela coordenação das equipes operacionais.

2.1.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe de faturamento é composta por 18 profissionais especializados, todos com vínculo celetista (CLT) através da Organização Social contratada:

- 1 Gerente de Faturamento (CLT)
- 2 Coordenadores (CLT)
- 3 Supervisores de Faturamento (CLT)
- 6 Analistas de Faturamento (CLT)
- 4 Técnicos em Faturamento (CLT)
- 2 Auxiliares Administrativos (CLT)

Todos os profissionais possuem certificação em faturamento hospitalar e participam regularmente de cursos de atualização sobre as normas e procedimentos do SUS.

2.2 Custeio Administrativo e Operacional

2.2.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de custeio administrativo e operacional é responsável pelo planejamento, controle e execução de todas as despesas necessárias para o funcionamento da UPA, abrangendo desde custos com pessoal até despesas com materiais, medicamentos, equipamentos e serviços terceirizados. Este setor opera

seguindo rigorosos controles orçamentários e de conformidade com as normas de gestão pública e prestação de contas.

O departamento é responsável por elaborar e acompanhar o orçamento anual da unidade, realizando o controle mensal da execução financeira e propondo ajustes quando necessário. O serviço trabalha de forma integrada com todos os demais setores da unidade para garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e econômica, sempre priorizando a qualidade da assistência prestada aos usuários.

O controle de custos abrange todas as categorias de despesas, incluindo folha de pagamento, encargos sociais, materiais de consumo, medicamentos, equipamentos, serviços de terceiros, utilidades públicas e demais gastos operacionais. O setor é responsável por manter controles rigorosos que permitam a identificação de desvios orçamentários e a implementação de medidas corretivas.

2.2.2 Horários de Trabalho

O departamento de custeio funciona em horário comercial, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas. Durante este período, são realizadas todas as atividades de planejamento, controle e análise financeira. O setor mantém plantão de sobreaviso para situações emergenciais que possam requerer autorização de gastos urgentes.

O fechamento mensal das contas é realizado nos primeiros cinco dias úteis de cada mês, período em que a equipe trabalha em regime de dedicação exclusiva para garantir a tempestividade das informações financeiras. Os relatórios de prestação de contas são elaborados mensalmente e enviados à Secretaria de Estado da Saúde conforme cronograma estabelecido.

2.2.3 Estrutura de Chefia

A chefia do departamento de custeio é exercida por um **Gerente Financeiro**, profissional com formação superior em Ciências Contábeis, Administração ou

Economia, com especialização em gestão financeira hospitalar e experiência comprovada em organizações de saúde.

A estrutura hierárquica inclui: **Coordenador de Orçamento**, responsável pelo planejamento e controle orçamentário; **Coordenador de Contas a Pagar**, responsável pelo processamento de pagamentos; e **Coordenador de Controle de Custos**, responsável pela análise e controle dos gastos operacionais.

2.2.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe do departamento de custeio é composta por 14 profissionais com vínculo celetista (CLT):

- 1 Gerente Financeiro (CLT)
- 3 Coordenadores (CLT)
- 4 Analistas Financeiros (CLT)
- 3 Assistentes Financeiros (CLT)
- 3 Auxiliares Administrativos (CLT)

2.3 Gestão de Contratos e Compras

2.3.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de gestão de contratos e compras é responsável por todos os processos de aquisição de bens e contratação de serviços necessários para o funcionamento da UPA, incluindo materiais médico-hospitalares, medicamentos, equipamentos, serviços de terceiros e demais insumos operacionais. Este setor opera seguindo as normas de licitação e contratação aplicáveis às organizações sociais de saúde.

O departamento é responsável por elaborar especificações técnicas, conduzir processos de cotação e seleção de fornecedores, negociar contratos e acompanhar a execução dos mesmos. O serviço trabalha de forma integrada com

os setores requisitantes para garantir que todas as necessidades sejam adequadamente atendidas dentro dos prazos e orçamentos estabelecidos.

A gestão de contratos inclui o acompanhamento de todos os contratos de terceirização, como limpeza, segurança, manutenção predial, manutenção de equipamentos e demais serviços especializados. O setor é responsável por garantir que todos os contratos sejam executados conforme especificações técnicas e que os fornecedores cumpram suas obrigações contratuais.

2.3.2 Horários de Trabalho

O departamento de compras e contratos funciona em horário comercial, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas. Durante este período, são realizadas todas as atividades de cotação, negociação e formalização de contratos. O setor mantém plantão de sobreaviso para situações emergenciais que possam requerer aquisições urgentes.

2.3.3 Estrutura de Chefia

A chefia é exercida por um **Gerente de Suprimentos**, profissional com formação superior em Administração, Engenharia ou áreas afins, com especialização em gestão de suprimentos hospitalares e conhecimento das normas de licitação e contratação.

2.3.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe é composta por 10 profissionais com vínculo celetista (CLT):

- 1 Gerente de Suprimentos (CLT)
- 2 Coordenadores de Compras (CLT)
- 3 Analistas de Compras (CLT)
- 2 Assistentes de Compras (CLT)
- 2 Auxiliares Administrativos (CLT)

3. Serviços Gerais

3.1 Limpeza e Higidez

3.1.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de limpeza e higidez da UPA é fundamental para garantir a segurança sanitária e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Este serviço opera seguindo rigorosos protocolos de limpeza e desinfecção específicos para ambientes hospitalares, utilizando produtos e técnicas adequadas para cada tipo de área e nível de risco.

O serviço abrange a limpeza de todas as áreas da unidade, incluindo consultórios médicos, salas de procedimentos, leitos de observação, áreas administrativas, banheiros, corredores e áreas externas. As atividades são realizadas conforme cronograma específico que considera a rotina assistencial e as necessidades de cada setor, garantindo que não haja interferência nas atividades médicas e de enfermagem.

O departamento é responsável por manter estoque adequado de materiais de limpeza, equipamentos de proteção individual (EPIs) e produtos químicos necessários para as atividades. Todos os profissionais recebem treinamento específico sobre técnicas de limpeza hospitalar, manuseio de produtos químicos e medidas de biossegurança.

3.1.2 Horários de Trabalho

O serviço de limpeza opera 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo que todas as áreas da UPA sejam mantidas em condições adequadas de higiene e limpeza. Durante o período diurno (06:00 às 18:00), mantém-se equipe completa para realizar a limpeza geral de todas as áreas. No período noturno (18:00 às

06:00), mantém-se equipe reduzida para limpeza de manutenção e atendimento a demandas emergenciais.

A limpeza terminal das salas de procedimentos é realizada após cada atendimento, enquanto a limpeza geral dos ambientes segue cronograma específico estabelecido em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Relacionada aos Serviços de Saúde (CCIRSS).

3.1.3 Estrutura de Chefia

A chefia do serviço é exercida por um **Supervisor de Limpeza**, profissional com formação técnica em enfermagem ou curso superior em áreas afins, com especialização em limpeza hospitalar e conhecimento das normas de controle de infecção.

Subordinados ao Supervisor, encontram-se: **Encarregados de Limpeza** para cada turno de trabalho, responsáveis pela coordenação das equipes operacionais e pelo cumprimento dos protocolos estabelecidos.

3.1.4 Membros e Vínculos com a Unidade

O serviço de limpeza é terceirizado através de empresa especializada em limpeza hospitalar, com supervisão direta da administração da UPA. A equipe é composta por:

- 1 Supervisor de Limpeza (funcionário da UPA - CLT)
- 3 Encarregados de Limpeza (terceirizados)
- 24 Auxiliares de Limpeza (terceirizados)
- 2 Auxiliares de Rouparia (terceirizados)

3.2 Manutenção Predial e Conforto Ambiental

3.2.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de manutenção predial é responsável por garantir o funcionamento adequado de toda a infraestrutura física da UPA, incluindo instalações elétricas, hidráulicas, de climatização, de gases medicinais e demais sistemas prediais. Este serviço opera de forma preventiva e corretiva, garantindo que todas as instalações estejam sempre em perfeitas condições de funcionamento.

As atividades de manutenção abrangem desde pequenos reparos até intervenções mais complexas nas instalações, sempre seguindo as normas técnicas aplicáveis (NBR 5410, NBR 13534) e as exigências da vigilância sanitária. O serviço trabalha de forma integrada com o Núcleo de Engenharia Clínica para garantir que as manutenções não interfiram no funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares.

O departamento é responsável por manter contratos com empresas especializadas em manutenção predial, manutenção de equipamentos de climatização, manutenção de elevadores e demais serviços técnicos especializados. Todas as intervenções são registradas em sistema específico que permite o acompanhamento histórico das manutenções realizadas.

3.2.2 Horários de Trabalho

O serviço de manutenção predial opera 24 horas por dia através de esquema de plantão. Durante o horário comercial (07:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira), mantém-se equipe completa para atividades de manutenção preventiva e corretiva. Nos demais horários, fins de semana e feriados, mantém-se plantão de sobreaviso para atendimento a emergências.

As manutenções preventivas são programadas preferencialmente durante os períodos de menor movimento da unidade, sempre em coordenação com os setores assistenciais para minimizar interferências no atendimento aos pacientes.

3.2.3 Estrutura de Chefia

A chefia do serviço é exercida por um **Coordenador de Manutenção**, profissional com formação técnica ou superior em Engenharia, com especialização em manutenção predial hospitalar e conhecimento das normas técnicas aplicáveis.

A estrutura inclui: **Supervisores de Manutenção** para cada especialidade (elétrica, hidráulica, climatização), responsáveis pela coordenação das equipes técnicas e pelo cumprimento dos cronogramas de manutenção.

3.2.4 Membros e Vínculos com a Unidade

A equipe de manutenção é mista, incluindo funcionários próprios e terceirizados:

- 1 Coordenador de Manutenção (CLT)
- 3 Supervisores de Manutenção (CLT)
- 6 Técnicos de Manutenção (CLT)
- 12 Auxiliares de Manutenção (terceirizados)

3.3 Segurança Patrimonial e Controle de Acesso

3.3.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de segurança patrimonial e controle de acesso é responsável por garantir a segurança de usuários, acompanhantes, profissionais e visitantes, bem como a proteção do patrimônio da UPA. Este serviço opera através de sistema integrado que inclui vigilância humana, sistema de câmeras de vigilância com gravação de vídeo e controle eletrônico de acesso.

O serviço é responsável por controlar o acesso às dependências da unidade, identificar pessoas suspeitas, prevenir furtos e roubos, e garantir a ordem nas dependências da UPA. Todos os profissionais de segurança são treinados para

atuar em ambiente hospitalar, respeitando as particularidades do atendimento de saúde e as necessidades dos usuários.

O sistema de câmeras de vigilância cobre todas as áreas críticas da unidade, com gravação contínua e armazenamento por período mínimo de 30 dias. O controle de acesso é realizado através de catracas eletrônicas e sistema de identificação por crachás para funcionários e visitantes.

3.3.2 Horários de Trabalho

O serviço de segurança opera 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo cobertura contínua de todas as áreas da UPA. A equipe é organizada em turnos de 12 horas, com revezamento que garante a presença constante de vigilantes em todos os pontos estratégicos da unidade.

Durante o período diurno, mantém-se equipe completa para controle de acesso e vigilância geral. No período noturno, mantém-se equipe reduzida, mas suficiente para garantir a segurança de todas as áreas.

3.3.3 Estrutura de Chefia

A chefia do serviço é exercida por um **Coordenador de Segurança**, profissional com formação em Segurança Pública ou áreas afins, com experiência em segurança hospitalar e conhecimento das normas de segurança patrimonial.

A estrutura inclui **Supervisores de Segurança** para cada turno, responsáveis pela coordenação das equipes de vigilantes e pelo cumprimento dos protocolos de segurança.

3.3.4 Membros e Vínculos com a Unidade

O serviço de segurança é terceirizado através de empresa especializada em segurança patrimonial, com supervisão da administração da UPA:

- 1 Coordenador de Segurança (funcionário da UPA - CLT)

- 4 Supervisores de Segurança (terceirizados)

- 24 Vigilantes (terceirizados)

- 2 Operadores de CFTV (terceirizados)

3.4 Lavanderia

3.4.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de lavanderia da UPA é responsável pelo processamento de toda a roupa hospitalar utilizada na unidade, incluindo roupas de cama, uniformes, aventais, campos cirúrgicos e demais materiais têxteis. Este serviço opera seguindo rigorosos protocolos de controle de infecção e normas de biossegurança.

O processamento inclui as etapas de coleta, separação, lavagem, desinfecção, secagem, passadoria e distribuição das roupas limpas. Todas as etapas seguem protocolos específicos que garantem a eliminação de microrganismos e a segurança sanitária dos materiais processados.

O serviço mantém estoque adequado de roupas para garantir a continuidade do atendimento, com controle rigoroso da movimentação e reposição dos materiais. Todas as roupas são identificadas e controladas através de sistema informatizado que permite o rastreamento de cada peça.

3.4.2 Horários de Trabalho

A lavanderia funciona 24 horas por dia, 6 dias por semana (segunda a sábado), com parada técnica aos domingos para manutenção dos equipamentos. Durante o período diurno (06:00 às 18:00), mantém-se equipe completa para processamento de toda a roupa. No período noturno (18:00 às 06:00), mantém-se equipe reduzida para atendimento a demandas urgentes.

3.4.3 Estrutura de Chefia

A chefia é exercida por um **Supervisor de Lavanderia**, profissional com formação técnica e experiência em processamento de roupas hospitalares.

3.4.4 Membros e Vínculos com a Unidade

O serviço pode ser próprio ou terceirizado:

- 1 Supervisor de Lavanderia (CLT)
- 2 Encarregados de Lavanderia (CLT ou terceirizados)
- 12 Operadores de Lavanderia (CLT ou terceirizados)

3.5 Gestão de Resíduos

3.5.1 Descrição do Funcionamento

O serviço de gestão de resíduos é responsável pela coleta, segregação, transporte e destinação adequada de todos os resíduos gerados na UPA, incluindo resíduos biológicos, químicos, radioativos (quando aplicável) e resíduos comuns. Este serviço opera seguindo rigorosamente a RDC 222/2018 da ANVISA e demais normas ambientais aplicáveis.

O serviço mantém o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) atualizado e implementa todas as medidas nele previstas. A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde acompanha e monitora todas as atividades relacionadas ao gerenciamento de resíduos.

3.5.2 Horários de Trabalho

O serviço opera 24 horas por dia, com coleta interna contínua e coleta externa conforme cronograma estabelecido com empresas especializadas.

3.5.3 Estrutura de Chefia

A chefia é exercida por um **Coordenador de Gestão Ambiental**, profissional com formação superior em áreas ambientais e conhecimento da legislação aplicável.

3.5.4 Membros e Vínculos com a Unidade

- 1 Coordenador de Gestão Ambiental (CLT)
- 2 Técnicos em Gestão de Resíduos (CLT)
- 8 Coletores de Resíduos (terceirizados)

4. Núcleos Especializados e Comissões

4.1 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

4.1.1 Descrição do Funcionamento

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde do Estado, através da Central de Regulação Estadual. Este núcleo opera como interface entre a UPA e o sistema de regulação estadual, garantindo o uso otimizado dos leitos de observação e a equidade no acesso aos serviços.

O NIR monitora continuamente a disponibilidade de leitos e serviços, comunicando em tempo real com a Central de Regulação Estadual sobre vagas disponíveis e ocupação da unidade. O núcleo também é responsável por acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, compartilhando esta informação semanalmente com o Complexo Regulador Estadual.

4.1.2 Horários de Trabalho

O NIR funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo interface contínua com a Central de Regulação Estadual. Durante o horário comercial, mantém-se equipe completa para atividades de planejamento e relatórios. Nos demais horários, mantém-se plantão para regulação de urgências.

4.1.3 Estrutura de Chefia e Membros

- 1 Coordenador do NIR - médico com experiência em regulação (CLT)
- 2 Médicos reguladores (CLT)
- 3 Enfermeiros reguladores (CLT)
- 2 Auxiliares administrativos (CLT)

4.2 Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)

4.2.1 Descrição do Funcionamento

O NVE é responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico. O núcleo opera em articulação com a vigilância epidemiológica municipal e estadual.

4.2.2 Horários de Trabalho

Funciona em horário comercial (08:00 às 17:00, segunda a sexta-feira) com plantão de sobreaviso para situações epidemiológicas urgentes.

4.2.3 Estrutura de Chefia e Membros

- 1 Coordenador do NVE - profissional de saúde com especialização em epidemiologia (CLT)
- 2 Técnicos em vigilância epidemiológica (CLT)
- 1 Auxiliar administrativo (CLT)

4.3 Núcleo de Engenharia Clínica

4.3.1 Descrição do Funcionamento

O Núcleo de Engenharia Clínica é responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, garantindo sua operação segura e eficiente conforme RDC 02 da ANVISA e NBR 15943:2011. O núcleo mantém o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde e o inventário técnico atualizado.

4.3.2 Horários de Trabalho

Funciona em horário comercial com plantão de sobreaviso 24 horas para emergências relacionadas a equipamentos críticos.

4.3.3 Estrutura de Chefia e Membros

- 1 Coordenador de Engenharia Clínica - engenheiro biomédico ou clínico (CLT)
- 2 Técnicos em equipamentos médicos (CLT)
- 1 Auxiliar técnico (CLT)

4.4 Comissões Obrigatórias

4.4.1 Composição e Funcionamento

A UPA mantém em funcionamento as seguintes comissões de caráter permanente:

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

- Presidente: Médico (CLT)
- 2 Médicos membros (CLT)
- 1 Enfermeiro (CLT)
- 1 Representante do SAME (CLT)

Comissão de Verificação de Óbitos:

- Presidente: Médico (CLT)
- 2 Médicos membros (CLT)
- 1 Enfermeiro (CLT)

Comissão de Ética Médica:

- Presidente: Médico (CLT)
- 2 Médicos membros (CLT)

Comissão de Controle de Infecção Relacionada aos Serviços de Saúde (CCIRSS):

- Presidente: Médico infectologista (CLT)
- 1 Enfermeiro especialista (CLT)
- 1 Farmacêutico (CLT)
- 1 Técnico de laboratório (CLT)

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA):

- Representantes eleitos dos trabalhadores (CLT)
- Representantes indicados pela administração (CLT)

Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde:

- Presidente: Coordenador de Gestão Ambiental (CLT)
- Representantes de diversos setores (CLT)

5. Integração e Coordenação dos Serviços

5.1 Funcionamento Integrado

Todos os serviços administrativos, financeiros e gerais da UPA operam de forma integrada e coordenada, garantindo que as atividades sejam realizadas de maneira eficiente e sem sobreposições. A integração é facilitada através de reuniões periódicas de coordenação, sistemas de informação compartilhados e protocolos de comunicação bem definidos.

5.2 Supervisão e Controle

A supervisão geral de todos os serviços é exercida pela Direção Geral da UPA, que se reporta diretamente à Organização Social contratada e à Secretaria de Estado da Saúde. Cada serviço possui indicadores específicos de desempenho que são monitorados mensalmente e reportados através de relatórios gerenciais.

5.3 Educação Continuada

Todos os profissionais dos serviços administrativos, financeiros e gerais participam regularmente de programas de educação continuada, garantindo a atualização constante de conhecimentos e a melhoria contínua dos processos de trabalho.

Considerações Finais

A estrutura de serviços administrativos, financeiros e gerais da UPA 24h Dr. B. Mitidieri foi concebida para garantir o suporte adequado às atividades assistenciais, operando de forma eficiente, econômica e em conformidade com todas as normas e diretrizes aplicáveis. A organização destes serviços reflete o compromisso com a qualidade, transparência e responsabilidade na gestão dos recursos públicos destinados à saúde.

O dimensionamento das equipes, a definição dos horários de funcionamento e a estruturação hierárquica foram estabelecidos considerando as necessidades específicas de uma unidade de urgência e emergência que opera 24 horas por

dia, garantindo que todos os aspectos administrativos, financeiros e operacionais sejam adequadamente gerenciados.

A integração entre todos os serviços e a implementação de sistemas de controle e monitoramento garantem que a UPA opere como um sistema orgânico e eficiente, contribuindo para o cumprimento de sua missão de prestar assistência de saúde de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Organização dos Recursos Humanos

937

1. Regulamentos de contratação de pessoal

938

REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL- Nº 02/2024

AHBB| REDE SANTA CASA

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

REGULAMENTO DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL Nº 02/2024

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AHBB| Rede Santa Casa

A ***AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - Rede Santa Casa***, pelo Departamento Jurídico e pela Diretoria de Projetos, edita o Regulamento de Contratação de Pessoal necessários à execução de Contratos de Gestão, Convênios e demais instrumentos jurídicos firmado com o Poder Público, devidamente aprovado pelo Diretor-Presidente e posteriormente pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º. O presente Regulamento tem por finalidade estabelecer e padronizar normas e procedimentos internos de relações de trabalho entre o empregador e o empregado da AHBB|Rede Santa Casa, no âmbito das unidades de saúde gerenciadas pela instituição.

939

Art. 2º. Das definições:

I. **Contrato de Gestão:** é a unidade de saúde gerenciada pela AHBB|Rede Santa Casa, mediante contrato de gestão, nos termos da Legislação das organizações sociais de saúde;

II. **Termo de Fomento** ou **Termo de Colaboração:** é a unidade de saúde gerenciada pela AHBB|Rede Santa Casa, mediante Termo de Fomento ou Termo de Colaboração, nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014;

III. **Convênio:** é a unidade de saúde gerenciada pela AHBB|Rede Santa Casa, mediante convênio, nos termos da Legislação e da Portaria nº 2.567/2016 do Ministério da Saúde e correlatas;

IV. **Contrato de prestação de serviços:** é a unidade de saúde gerenciada pela AHBB|Rede Santa Casa, mediante relações jurídicas de direito privado com terceiros privados;

V. **Requisição de admissão:** é a solicitação da unidade gerenciada pela AHBB|Rede Santa Casa ou pela administração da sede, com a descrição detalhada do cargo, função, remuneração e forma de contratação, de acordo com o Plano de Contas direcionado pela diretoria executiva;

VI. **Limite Orçamentário:** Toda admissão deverá ser fundamentada e ser coerente com o limite orçamentário e do dimensionamento de pessoal, conforme Proposta Financeira do Projeto apresentado ao Poder Público;

VII. **Plano de Cargos e Carreira:** É o plano de cargos e carreira de cada unidade administrada pela AHBB|Rede Santa Casa, a ser elaborado pelo Departamento de Recursos Humanos da sede;

VIII. **Edital de Seleção de Pessoal:** é a forma de dar publicidade para todo processo de seleção e contratação de pessoal das unidades gerenciadas pela AHBB|Rede Santa Casa.

CAPÍTULO II - DA REQUISIÇÃO DE VAGAS OU DE CARGOS

Art. 3º. Todo cargo ou vaga será definido com base na Proposta Financeira apresentada ao Poder Público contratante durante o Chamamento ou Processo Público de Contratação. No entanto, poderão ocorrer alterações nos cargos ou vagas, conforme o dimensionamento necessário para atender às metas de atendimentos e de produção assistencial. Essas alterações deverão estar sempre alinhadas com a carga horária prevista e a produção assistencial ou laboral a ser alcançada.

Parágrafo único. O dimensionamento de pessoal respeitará, na seguinte ordem:

I. A Portaria do Ministério da Saúde de Parâmetros que define critérios para o planejamento e ações de serviços de saúde no âmbito do SUS;

II. Resoluções do Conselho Federal de Medicina, Enfermagem, e de demais Conselhos Profissionais pertinentes aos serviços de saúde;

III. Meta de produção assistencial e laboral, considerando a quantidade de horas/pessoa/produção/plantão.

Art. 4º. Todo processo seletivo será precedido por um Edital público onde constará as regras de seleção com a garantia de impessoalidade e transparência.

Art. 5º. Toda requisição de vaga ou de cargos deverá seguir como etapas:

I. Solicitação de vaga ou de cargo à Diretoria Executiva, que remeterá ao Departamento ou Gerência de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas;

II. Antes de remeter ao Departamento de Recursos Humanos, a diretoria executiva deverá analisar o Plano de Contas definitivo e a dotação orçamentária, conforme o Projeto;

III. A solicitação de vaga ou de cargo iniciará pela Diretoria Executiva nos casos de implantação, nos termos do Plano de Contas. Também poderá ser iniciada a solicitação de vaga ou de cargo pelos diretores das unidades já em execução, com a devida justificativa e motivação;

IV. Toda vaga ou cargo deverão estar de acordo com legislação trabalhista e com o plano de contas.

Art. 6º. Ao departamento de Recursos Humanos de Gestão de Pessoas, compete:

I. Orientar e gerenciar a gestão de pessoas;
II. Verificar os custos de contratação de pessoal e sua compatibilidade com o projeto;
III. Elaborar e conduzir o processo de seleção;
IV. Instituir Políticas de Gestão de Pessoas;
V. Instituir o Regimento Interno de Gestão de Pessoas;
VI. Instituir o Regimento Interno de Departamento Pessoal;
VII. Verificar com o jurídico as questões de legislação trabalhista;
VIII. Verificar com a segurança e medicina do trabalho as questões pertinentes;
IX. Elaborar o cronograma de seleção e as informações pertinentes para elaboração do Edital de Seleção;
X. Elaborar o Plano de Cargos e Carreiras por unidade ou geral.

CAPÍTULO III – DO PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

Art. 7º. O processo seletivo será regulado por um edital publicado no site da AHBB|Rede Santa Casa, contendo as regras do processo seletivo e deverá, obrigatoriamente conter:

I. A descrição da função, nomenclatura do cargo e o número de vagas;
II. Os requisitos mínimos do candidato e previsão salarial e benefícios;
III. O local, o horário e os dias de inscrição para envio dos currículos, entrevistas, aplicação de provas e demais processos;
IV. Os cargos com exigência de ensino superior deverão conter no processo seletivo exigência de currículo, prova técnica e títulos;
V. Os cargos com exigência de ensino médio completo deverão conter no processo seletivo apresentação de currículo, podendo ser dispensado aplicação de provas.

Art. 8º. O processo seletivo é composto pelas seguintes etapas:

I. Primeira etapa:
   a) Publicação do edital;
   b) Fichas de inscrição no site e processo eletrônico de inscrição;
   c) Reserva de vagas aos candidatos, nos termos da lei;

II. Segunda etapa:
   a) Análise e seleção dos currículos de todos os inscritos;
   b) Contato com os selecionados;
   c) Aplicação das provas técnicas;
   d) Entrevista com o gestor imediato

Parágrafo único. Poderá ser aplicada dinâmicas em grupo, testes e demais métodos de seleção, conforme a Política de Gestão de Pessoas.

III. Terceira etapa:
   a) Os candidatos aprovados deverão encaminhar toda documentação necessária para admissão e passar no exame médico admissional.
   b) A aprovação no exame médico admissional não gera expectativa de contratação;
   c) A contratação é efetivada após assinatura do Contrato de Trabalho e anotações na Carteira de Trabalho e Previdência Social.

Art. 9º. Para os cargos de confiança, nos termos do art. 62 da Consolidação das Leis do Trabalho, poderá ser dispensada as etapas de contratação, sendo o ato de contratação direta pela diretoria executiva.

Parágrafo único. É proibida a contratação direta de pessoal, mesmo sendo cargo de confiança, de pessoas com grau de parentesco com agentes públicos quer exercem função no Poder Público contratante, agentes políticos e demais vedações previstas em Lei.

Art. 10. É permitida a terceirização nos termos da legislação e da jurisprudência dos Tribunais Superiores.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11. É proibido qualquer tipo de favorecimento na contratação de pessoal, que seja contrário aos princípios do Art. 37, *caput*, da Constituição Federal de 1988.

Art. 12. Aplica-se de maneira subsidiária a este regulamento o edital de seleção de pessoal.

Art. 13. Aplica-se de maneira suplementar os demais Manuais, Regimentos Internos e Políticas de Gestão de Pessoas e Recursos Humanos.

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Departamento de Recursos Humanos e de Gestão de Pessoas da sede da AHBB|Rede Santa Casa.

Art. 15. Este regulamento detém vigência a partir da aprovação do Diretor-Presidente, sendo necessário posteriormente *ad referendum* do Conselho de Administração.

De São Carlos/SP, para todas as unidades gerenciadas pela ***AHBB|Rede Santa Casa***, 20 de novembro de 2024.

Documento elaborado por:
- Pedro Guilherme Pires Andrade Cruz -Diretor de Projetos
- Bruno Lincoln Ramalho Paes- Advogado OAB/SP 381.178

Regulamento aprovado por:

_____

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
Diretor Presidente

A Política de Gestão de Pessoas da AHBB, por meio de seus princípios, sedimenta as bases para uma organização dinâmica, ágil e em transformação, pautada por princípios legais, com processos embasados na premissa de fazer bem-feito, em tempo adequado e com menor custo possível.

As diretrizes detalhadas neste documento, por sua vez, orientam sobre os vários aspectos de gestão e liderança, de forma a inspirar colaboradores e gestores em um cenário marcado pela constante inovação e necessidade de desenvolvimento. A fim de consolidar o compromisso de cuidar de vidas, atender aos objetivos estratégicos e reforçar a sua missão e visão, a **AHBB** integra esses conceitos aos valores defendidos para um crescimento sustentável, contribuindo para o desenvolvimento de cada profissional e impactando diretamente a vida de cada pessoa que interage com a **AHBB** e unidades por ela gerenciadas.

Ao estabelecer o propósito de cuidar de vidas, contemplamos o compromisso institucional em oferecer condições seguras e saudáveis de trabalho para todos os colaboradores e prestadores de serviço.

Nesta política, são detalhados os princípios da Gestão de Pessoas da **AHBB** e da sua contínua implementação, a partir dos subsistemas da área de Recursos Humanos. Sendo assim, destaca-se que é papel da área de Recursos Humanos a promoção e disseminação da cultura de gestão de pessoas na instituição, por meio de ações que estimulem a participação dos colaboradores mediante uma comunicação efetiva e transparente, incentivando e apoiando o seu desenvolvimento.

Nesse processo, as lideranças devem adotar postura de forma a contribuir com a motivação e comprometimento das pessoas visando o desenvolvimento das competências profissionais e o alcance dos objetivos e metas institucionais. Os colaboradores, por sua vez, devem atuar com foco no propósito da **AHBB** de cuidar de vidas, tendo como norte os valores institucionais.

A Política de Gestão de Pessoas tem como objetivo guiar comportamentos, processos e práticas relacionadas à gestão de pessoas na AHBB e em suas unidades. Ela define o papel das áreas de Recursos Humanos na contratação, aplicação, desenvolvimento e acompanhamento das pessoas, com foco em promover um ambiente seguro, produtivo e favorável ao crescimento,

reconhecimento e retenção dos profissionais. Essa abordagem reforça o compromisso com o propósito e a missão da instituição.

As diretrizes aqui descritas devem ser seguidas por todos no exercício de suas funções, servindo como referência para ações do setor de Recursos Humanos e como orientação para os demais profissionais das unidades. Em caso de dúvidas, é responsabilidade do colaborador buscar esclarecimentos com os responsáveis pelos processos, com o RH da unidade ou com a Diretoria Corporativa de Recursos Humanos. Cumprir corretamente os princípios dessa política é dever de todos — e essa responsabilidade é individual e intransferível.

PROVIMENTO DE PESSOAL

Recrutar e selecionar pessoas evocam os processos de agregar candidatos capazes de ajustar as características e competências pessoais aos requisitos e características predominantes na instituição.

Nesse sentido, o processo seletivo corresponde à busca da adequação entre o que a instituição pretende e o perfil apresentado pelo profissional. No entanto, não são apenas as organizações que selecionam, as pessoas também escolhem as instituições em que pretendem trabalhar.

Assim, trata-se de uma escolha recíproca: as instituições escolhem as pessoas que pretendem engajar e as pessoas escolhem as instituições nas quais pretendem trabalhar (Chiavenato, 2014).

Portanto, o processo de Provimento de Pessoal trata do abastecimento de talentos humanos necessários para o bom funcionamento da instituição.

O processo de seleção de pessoal realizado por Organização Social (O.S.) deve ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, conforme preconiza a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923.

É vedada, nos termos da Lei Federal nº 9.029/95, a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação

familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor prevista no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

O Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoas da AHBB preconiza que, autorizada a contratação pelo Superintendente Executivo, o Núcleo de Seleção dará início aos procedimentos para preenchimento da(s) vaga(s).

A seleção de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser interna, externa ou mista.

Os procedimentos para recrutamento, seleção e contratação de pessoal serão realizados pelo Núcleo de Seleção, estrutura do Recursos Humanos, por meio de técnicas e de pessoal capacitado.

- **Recrutamento**: é o processo de atrair pessoas interessadas em ocupar uma vaga que já tem perfil e requisitos definidos previamente.
- **Seleção**: é a etapa em que se escolhe, entre os candidatos recrutados, aquele que melhor se encaixa nas exigências da vaga.
- **Cargo/Função**: o **cargo** é a posição formal ocupada por alguém na instituição. Já a **função** se refere ao que essa pessoa faz — as tarefas e responsabilidades ligadas ao cargo.
- **Remanejamento/Transferência**: é a mudança de um colaborador de um setor para outro, ou de uma unidade para outra, mantendo o mesmo cargo.
- **Promoção/Alteração de dados funcionais**: mudança de cargo ou função para um nível mais elevado, aplicada a colaboradores que já fazem parte da instituição.
- **Recrutamento externo**: ações voltadas a atrair candidatos de fora da instituição que tenham o perfil e as qualificações desejadas para uma vaga.
- **Recrutamento misto**: quando a busca por candidatos é feita tanto dentro quanto fora da instituição, ampliando as possibilidades de

encontrar a pessoa ideal para o cargo.

- **Recrutamento interno**: processo que busca preencher uma vaga com profissionais que já fazem parte do quadro da instituição.
- **Competências**: são os conhecimentos, habilidades e atitudes que diferenciam cada profissional e influenciam no seu desempenho.
- **Ato Convocatório de Seleção Pública**: documento oficial que torna público um processo seletivo e informa os interessados sobre como ele vai acontecer.
- **Processo Seletivo**: conjunto de etapas voltado à escolha de profissionais qualificados, sempre com base em critérios como legalidade, igualdade de oportunidades, transparência e ética, conforme determina a Constituição Federal.
- **Ampla Concorrência**: vagas abertas ao público em geral, sem restrições ligadas a cotas ou outras políticas de inclusão.

Solicitação de Vagas

A abertura de vagas é realizada conforme quadro de pessoal, definido e aprovado, sendo aberta a requisição, via Portal RH, pelo Gestor/Requisitante.

Tipos de abertura de vagas:

Substituição: vaga em substituição de colaborador desligado por iniciativa da instituição ou do profissional.

Aumento de Quadro: vaga para aumento do quadro de uma determinada área. Os casos de aumento de quadro deverão, obrigatoriamente, ter autorização da Diretoria Administrativa Financeira da Unidade, bem como deliberação da Superintendência Executiva.

Substituição por Transferência e/ou Alteração de Dados Cadastrais: vaga em substituição ao colaborador aprovado em Processo Seletivo ou promovido para outra função, ou designado a ir para outra Unidade, na mesma função.

Processo Seletivo Misto

O processo seletivo se dará obedecendo aos critérios tecnicamente admitidos, por meio das possíveis etapas: inscrição, triagem curricular, avaliação específica online, análise curricular, entrevista por competências e análise funcional (apenas os colaboradores da instituição).

Este processo pode ser conjugado a outros instrumentos como: avaliação psicológica/testes psicológicos, avaliação prática operacional, dinâmica de grupo, dentre outros legalmente reconhecidos, desde que previamente previstos e divulgados no Ato Convocatório de Seleção Pública.

Inscrição: período em que a vaga fica disponível no site da AHBB para que o candidato interessado se inscreva.

Triagem curricular: análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no questionário de triagem e os requisitos da vaga.

Avaliação Específica Online: avaliação técnica, vinculada ao cargo proposto. A Avaliação Específica Online conterá questões objetivas e/ou discursivas com conteúdo de conhecimentos específicos, conforme requeira o perfil da vaga.

Análise Curricular: verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência do candidato para o cargo pretendido.

Entrevista por Competências: instrumento que busca investigar comportamentos e características que confirmam, ou não, a presença de determinados atributos ou competências, embasado no conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o desempenho do cargo.

Avaliação Psicológica: refere-se à coleta e interpretação de dados, obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica. A avaliação consiste na aplicação de testes (comportamentais, psicométricos e/ou testes de personalidade).

Avaliação Prática: aplicadas in loco, com o objetivo de verificar o grau de domínio do candidato para a função.

Dinâmica de Grupo: consiste na aplicação de um conjunto de técnicas grupais, para a identificação e análise das habilidades e atitudes individuais, possibilitando

aos candidatos a participação em vivências baseadas em situações reais ou não, para analisá-los em suas relações no trabalho.

Regras para interessados em participar do processo seletivo misto:

Colaboradores:

- Adesão voluntária, tendo o colaborador no mínimo 06 (seis) meses desde a data de sua admissão na Instituição ou de sua última promoção.
- Salário/hora atual menor que o salário/hora proposto pela vaga oportunizada
- Não haver recebido sanções disciplinares, como advertências, suspensões e/ou mais de duas faltas injustificadas nos últimos 06 (seis) meses que antecedem o primeiro dia de inscrição no processo seletivo.
- Não possuir vínculo institucional com status de afastamento do trabalho, no período de inscrição à vaga e/ou na data da convocação, e/ou em período coincidente à data da oitiva da proposta, e/ou em data estipulada para a movimentação de pessoal.

O colaborador em período de férias não poderá assumir a vaga para a qual foi convocado caso a data de convocação, oitiva da proposta, ou movimentação de pessoal coincida com o período de gozo de férias.

É importante destacar que as férias são um direito indisponível garantido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e o colaborador não pode renunciar a esse direito.

Ex-colaboradores:

Período de desligamento superior a 90 (noventa) dias, sendo esses completados até o último dia das inscrições.

Em acordo com a Portaria 384/92, artigo 2º do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que dispõe que a readmissão não deve ser feita dentro dos 90 dias seguintes da rescisão: "Art. 2º Considera-se fraudulenta a rescisão seguida de recontratação ou de permanência do trabalhador em serviço quando ocorrida dentro dos noventa dias subsequentes à data em que formalmente a rescisão se operou."

Aproveitamento de candidato classificado

A AHBB poderá, a seu critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado tenha sido publicado a menos de 06 (seis) meses, prorrogáveis a critério da instituição por igual período.

O aproveitamento se dá por meio do chamamento de pessoas que foram aprovadas em processo seletivo anterior e ficaram classificadas, cujo cargo e os requisitos do processo seletivo que o candidato participou sejam idênticos aos da nova vaga em questão, respeitando rigorosamente a ordem de classificação.

Processo Seletivo Interno

O processo seletivo interno é aberto exclusivamente para os colaboradores que já trabalham na instituição. As etapas são consoantes às estabelecidas no Processo Seletivo Misto, sendo da mesma forma, realizada a Análise Funcional, conforme requisitos já detalhados.

Seleção de liderança

De acordo com Regulamento de Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoas da AHBB, o preenchimento de funções gratificadas, quer pelo público interno, quer pelo externo, por se tratar de atividades de liderança e gestão, será de livre escolha dos Superintendentes e, quando for o caso, consultado o Diretor das unidades.

Serão observados os critérios de qualificação técnica e fidúcia para o desempenho da função, aprovação da Superintendência de Gestão e Planejamento, e deliberação da Superintendência Executiva.

Os Diretores de unidades são de livre escolha do Conselho de Administração, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia.

Para essas situações, fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e Municípios,

especificamente do Estado de Goiás, bem com o dos Diretores de unidades e Superintendentes da AHBB.

Transferência entre unidades e mudança de função

As transferências entre unidades e/ou mudança de função se dão mediante a necessidade da instituição e/ou a partir da aprovação do colaborador em Processo Seletivo Interno ou Misto. Visam suprir uma vaga internamente, a partir da existência de talentos internos, oportunizando a valorização destes profissionais.

Para tanto, são observados alguns critérios, tais como: a autorização pelo Superintendente Executivo do aumento de quadro ou substituição e o atendimento por parte do candidato aos requisitos de acesso para o cargo, sendo analisado o desempenho de performance deste aliado, às competências técnicas e comportamentais e, preferencialmente, estar empregado há no mínimo 6(seis) meses na instituição. Esses critérios estão descritos de forma detalhada no Protocolo Operacional Padrão (POP) de Transferência e/ou Promoção.

Em caso de movimentação do colaborador (transferência ou mudança de função), seja proveniente de processo seletivo interno ou misto, fica estabelecido o prazo para a alteração funcional e liberação do colaborador, pelo gestor concedente para a nova oportunidade, de 07 (sete) dias úteis a partir da data da publicação do resultado.

Vínculos diversos

A contratação é a firmação de compromisso entre o colaborador e o contratante de acordo com o modelo estabelecido, sendo apresentados os direitos que o profissional possui, os acordos de trabalho e como funcionará para que esses compromissos sejam firmados. Existem diversos modelos de contratação, cada tipo de contratação tem as suas especificidades, seja com relação aos objetivos, remuneração e normas.

Nesse sentido, a AHBB, pautada nos pilares de inovação, humanização e transparência, trabalha com diversificação de vínculos, sendo eles: Mão de obra terceirizada, Cooperados, Pessoa Jurídica, Contrato por tempo determinado,

Estatutários, Voluntários, Reeducandos, Programa de ingresso Institucional, Programa de Aprendizagem (Jovem Aprendiz) e Programa de Trainee.

Mão de obra terceirizada

A terceirização de serviços é uma tendência mundial e tem sido cada vez mais praticada. Esta ocorre a partir da delegação de determinados serviços específicos a uma prestadora de serviços a fim de se obter uma produção mais eficiente e um foco no desenvolvimento interno.

Ou seja, o contrato é firmado entre a instituição solicitante e a empresa que presta o serviço, que fica como responsável por intermediar os interesses da contratante e dos prestadores de mão de obra. Desse modo, a solicitante não terá nenhuma ligação com os profissionais terceirizados.

Sendo assim, não se configura vínculo empregatício entre a contratante e os trabalhadores ou sócios das empresas prestadoras de serviços, qualquer que seja o seu ramo. Trata-se de uma contratação de empresa-empresa sendo que a responsabilidade pelo colaborador é da empresa contratada. Dessa forma, o responsável pela contratação, gestão e pagamento dos colaboradores é a contratada.

Refere-se a um acordo celebrado entre a AHBB, e a empresa prestadora de serviços e/ou cooperativa de trabalho, por meio do qual é estabelecido um tratado de vontades, com obrigações para as partes e formalização de um vínculo jurídico.

Cooperados

De acordo com a Lei nº 12.690 / 2012, cooperativa de trabalho é uma coletividade composta por trabalhadores exercendo atividades de interesse comum, com autonomia e autogestão. Nesse modelo, todo o faturamento é dividido entre os associados e são eles que gerem a instituição. Os sócios prestam serviços especializados para outras empresas, porém não há vínculo empregatício entre as partes.

Apesar da cooperativa se assemelhar à terceirização em alguns aspectos, elas não são a mesma coisa. De acordo com o parágrafo único do artigo 442 da CLT, é legal a possibilidade de terceirização de serviços por meio de cooperativas: "Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela".

A opção pela contratação de cooperativa, traz benefícios à instituição, como a possibilidade de alcançar profissionais competentes e treinados para atender áreas e demandas por vezes mais concorridas no mercado cujos profissionais estão menos dispostos para o regime de contratação CLT. Assim como proporciona a redução do absenteísmo, uma vez que na falta de um profissional a cooperativa tem o papel de reposição rápida da posição, reduzindo assim a probabilidade de lacunas de profissionais.

Pessoa Jurídica - PJ

Pessoa Jurídica (PJ) é o termo usado para identificar uma empresa, independentemente do seu porte. Isso quer dizer que, uma vez que haja um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ativo, o profissional pode ser considerado uma pessoa jurídica na hora de prestar os seus serviços. Ou seja, estabelece uma relação comercial firmada entre dois negócios, ainda que o prestador de serviço seja uma única pessoa, como acontece com quem é empresário individual. O contrato PJ estabelecido versa sobre a relação entre as duas pessoas jurídicas devendo incluir o prazo de vigência, forma de atendimento, responsabilidades, entre outros.

Mão de obra temporária

O trabalho temporário é regulamentado pela Lei 6.019/1974 e preconiza o atendimento a uma substituição transitória de pessoal permanente ou a uma demanda complementar de serviços. Os motivos que justificam a contratação da mão de obra temporária em caráter de substituição são: férias, licença-maternidade, licença médica/afastamento e casos oriundos de fatores imprevisíveis ou previsíveis com natureza intermitente, periódica ou sazonal.

Portanto, em situações como as descritas, o prazo de contrato pode ser de até 180 dias (6 meses) consecutivos, ou não, prorrogáveis por mais 90 dias (3 meses), podendo chegar a no máximo 270 dias (9 meses).

Contrato por tempo determinado

Face às urgentes demandas por contratos de gestão firmados por tempo determinado, com caráter de emergência ou não, dada a temporalidade e sazonalidade destes, a AHBB entende como uma alternativa importante a ser somada ao seu modelo de contratação, a adoção do contrato por tempo determinado, como previsto em CLT.

O contrato por tempo determinado tem sua duração limitada a um termo extintivo definido, portanto, uma data previamente conhecida pelas partes para acabar.

Além disso, pode se dar para a contratação de serviços especializados e específicos. Devendo essa ser expressa no contrato, sob pena de ser considerado contrato por prazo indeterminado.

Para ser válido, o contrato por prazo determinado deverá se tratar de serviço cuja natureza ou transitoriedade justifique a predeterminação do prazo; de atividades empresariais de caráter transitório ou de contrato de experiência, conforme §2º do artigo 443 da CLT. O contrato por tempo determinado não poderá ter duração superior a 2 (dois) anos, e o de experiência limita-se a 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogado apenas uma vez, respeitados os limites descritos.

Estatutários

O regime estatutário é aquele destinado aos servidores públicos concursados. Ele trata de normas específicas aplicadas no vínculo trabalhista dos servidores que ocupam cargos públicos. Os servidores estatutários são aqueles que são funcionários públicos e que seguem ao regime estatutário, de acordo com o Art. 37, II da CF, com direitos e deveres regidos por este estatuto.

A AHBB, em atenção à Lei 9.637/98, dispõe em seu quadro de pessoal de servidores estatutários, sendo estes absorvidos/mantidos a partir da assunção

por parte da instituição, de novo contrato de gestão, em unidade hospitalar na qual os servidores estejam lotados, ou a partir de encaminhamento da SES – Secretaria da Saúde, para complementar o quadro da unidade.

A referida Lei versa sobre a parceria entre Organizações Sociais e a Administração Pública, formalizada por meio de contrato de gestão, e dispõe ainda que, em virtude da relevância dos serviços prestados pela O.S., no contrato de prestação de serviços poderá constar de provimento de fomento estatal, que além de recursos financeiros também poderá constituir na cessão de servidores públicos. Portanto, no valor do repasse mensal para custeio da unidade hospitalar, é englobado o custo estimado para a quitação integral da folha de pagamento dos servidores públicos cedidos.

Os servidores cedidos, em exercício em uma das unidades gerenciadas pela AHBB, têm resguardados todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pela AHBB.

Portanto resguardados os direitos e deveres previstos em estatuto próprio, a eles incorrem os mesmos direitos e deveres dos demais colaboradores da instituição e da unidade hospitalar na qual estiver inserido.

Voluntários

Tendo a AHBB como propósito cuidar de vidas, entende que as pessoas são fator determinante para a construção e efetivação desse propósito, dessa forma prima por valores como a filantropia e a responsabilidade social. Face a isso, relaciona às suas práticas o programa de voluntariado, como uma prática efetiva de disseminação desses valores, estimulando ações de cidadania e solidariedade, para a promoção do atendimento mais humanizado aos pacientes e acompanhantes e apoio às áreas administrativas dos hospitais.

Intitulado como AHBB Voluntário, é um programa institucional, praticado em todas as unidades geridas pela AHBB, cuja gestão matricial é centralizada na área de Recursos Humanos corporativa, e conta com uma referência de Recursos

Humanos em cada unidade, como apoio operacional na gestão dos voluntários in loco. Conta também com a cooperação dos profissionais das diversas áreas, acompanhando, orientando e estreitando o laço entre os voluntários da unidade e a comunidade. O trabalho voluntário vem a complementar o trabalho do profissional, e não a substituí-lo.

A Lei 9.608, de 18 de fevereiro de 1998 regulamenta a relação entre voluntários e organizações sociais. Considera como serviço voluntário a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada de fins não lucrativos. E estabelece ainda que o serviço voluntário não gera vínculo empregatício nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Para o exercício do serviço voluntário, de acordo com a referida Lei, deverá ser celebrado um Termo de Adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, constando o objeto do serviço voluntário e as condições do seu exercício, bem como outras informações relevantes.

O Programa AHBB voluntário, dispõe de normativas bem delimitadas alicerçadas na Declaração Universal do Voluntariado, no propósito de cuidar de vidas e nos valores da AHBB: Compromisso com a Qualidade, Cuidado Humanizado, Colaboração e Trabalho em Equipe, Transparência e Comunicação Eficaz, Eficiência e Inovação, Responsabilidade Social e Ambiental.

Os voluntários do programa podem atuar em uma das diversas áreas delimitadas dentro do programa, de acordo com a sua afinidade e impulso solidário, atendendo tanto às necessidades do próximo ou aos imperativos de uma causa, como às suas próprias motivações pessoais, sejam estas de caráter religioso, cultural, filosófico, político, emocional.

Programas de ingresso institucional

Além da forma convencional de ingresso na instituição, através dos processos seletivos, via Ato Convocatório de Seleção Pública, que se destina às oportunidades específicas nas diversas áreas, a Agir entende como essencial investir em outros programas de ingresso institucional, como forma de ampliar e

qualificar os meios de atração e seleção de pessoas. Assim, atendendo às normativas que regem à CLT e proporcionando maior pool de talentos à instituição.

Programa de Aprendizagem (Jovem Aprendiz)

A contratação dos aprendizes é regulamentada pela Lei nº 10.097/2000, que foi ampliada pelo Decreto Federal nº 5.598/2005.

A referida lei determina que todas as organizações de médio e grande porte contratem um número de aprendizes equivalente a um mínimo de 5% e um máximo de 15% do seu quadro de funcionários cujas funções demandem formação profissional. A aprendizagem proporciona a qualificação social e profissional adequada às demandas e diversidades dos adolescentes, em sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, dos jovens, do mundo de trabalho e da sociedade quanto às dimensões ética, cognitiva, social e cultural do aprendiz.

A AHBB contrata, preferencialmente, jovens entre 18 e 22 anos nas unidades hospitalares. Para o corporativo contempla jovens de 14 aos 22 anos, considerando 24 meses como o período máximo de contrato.

O processo de recrutamento destes jovens é realizado pelo Recursos Humanos da Unidade, com a parceria da Instituição Agente de Integração, que exerce papel de responsável pela parte educacional do Programa.

Programa de Trainee

A AHBB entende que a excelência na saúde depende, em grande parte, do trabalho dos gestores e, tendo como missão de Promover Gestão de Excelência em Saúde, contribuindo com a construção do conhecimento, considera como primordial para a perenidade e crescimento da instituição ampliar as suas estratégias de aceleração do pipeline de gestão.

Dessa forma, preparar os futuros líderes é fundamental para garantir o crescimento e a perenidade da Instituição. Nesse sentido, a AHBB tem no

programa de trainees uma trilha de formação e desenvolvimento de novos líderes.

O Programa de Trainee da AHBB, intitulado Incubadora de Líderes, acontece anualmente e visa a atração, contratação e o desenvolvimento de potenciais talentos de gestão em saúde, somando-se às estratégias de pipeline de liderança da instituição.

Configura-se também como um meio para a formação de líderes dentro do nicho de atuação em saúde pública, de modo a oferecer aprendizagem prática, tendo em vista a carência desses profissionais no mercado. O Programa tem duração de 12 (doze) meses, e visa formar as lideranças do amanhã.

São elegíveis profissionais de todo o país, graduados nas áreas de Engenharia, Administração, Economia, Ciências Contábeis, Tecnologia da Informação, Enfermagem, Gestão Hospitalar, Saúde Pública e áreas afins, que possuam mobilidade nacional.

É permitida a participação dos colaboradores, desde que atendam aos critérios do perfil de seleção, possuam no mínimo 06 (seis) meses da data da sua admissão ou da sua última promoção, e que não tenham recebido sanções disciplinares, como advertências, suspensões e/ou mais de duas faltas injustificadas nos últimos 06 (seis) meses que antecedem o primeiro dia de inscrição no processo seletivo.

O contrato de trabalho do trainee é regido pelos dispositivos da CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas. Sendo o trainee, como qualquer outro empregado, regido pela CLT, é contratado inicialmente em contrato de experiência de 45 dias renováveis por mais 45, após esse período o contrato passa a ser válido por prazo indeterminado. Ao trainee, portanto, ficam assegurados todos os direitos trabalhistas, uma vez caracterizada a relação de emprego. Portanto, o trainee possui os mesmos direitos e deveres de qualquer outro funcionário da instituição, apenas com a diferença de que os mesmos, entram na instituição com um programa de treinamento delimitado e formatado com cursos e treinamentos recebidos ao longo do período de vigência do Programa.

Dimensionamento de pessoal e quadro de vagas

O Dimensionamento de Pessoal visa atender aos dispositivos legais e necessidade institucional de parametrização e planejamento da força de trabalho. O objetivo é a adequação de pessoal às demandas institucionais, dimensionando as necessidades institucionais de pessoal, com definição da alocação do quadro de vagas que contemple a realidade da instituição por meio dos seguintes procedimentos: análise do quadro de pessoal baseada na necessidade da estrutura organizacional (reestruturação dos organogramas), dos processos, funções necessárias para suportar às necessidades da estrutura, análise dos processos, suas demandas (volume) e principalmente produtividade.

Gestão do Quadro de Lotação (posições ocupadas e/ou vagas)

O cadastro do Quadro de Lotação tem como objetivo definir as lotações permitidas para cada função/cargo. Nesse controle são validados os limites de vagas disponíveis em cada seção/setor, ou seja, deverá existir para a função limites disponíveis para contratação e/ou realocação de colaboradores.

Definições para aumento de quadro

O aumento de quadro é baseado no dimensionamento da demanda a ser atendida e previsão de limite no quadro de lotação. É necessário que a função/cargo seja dimensionada (prevista) no quadro de lotação da seção/setor demandante.

Formalização de pessoal

A área de Formalização de Pessoal é responsável pela jornada do colaborador referente às relações trabalhistas e previdenciárias, desde a contratação, férias, jornada de trabalho, aditivos contratuais, relações sindicais até o desligamento. Por isso, é um setor estratégico ao mediar as relações entre empregado e empregador, garantindo que ambas as partes sigam o que foi pactuado em contrato de trabalho.

Admissão

Conjunto de normas internas visando padronizar o processo de admissões observadas os critérios e requisitos estabelecidos no processo de recrutamento e seleção.

Toda admissão será concretizada pela área de Formalização de Pessoal, depois da requisição aprovada pela Superintendência Executiva e após o candidato ser considerado apto no atestado de saúde ocupacional.

O prazo legal para registro do colaborador no e- social é de até 24 horas antes da data de admissão.

O colaborador admitido deverá assinar o contrato de experiência com o prazo inicial de 45 dias, não manifestando as partes ao final dos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias, considera-se o contrato prorrogado automaticamente por mais 45 (quarenta e cinco) dias também a título de experiência, totalizando os 90 (noventa) dias, conforme preconiza o parágrafo único do artigo 445 da CLT, após esse período o contrato passa a vigorar como prazo indeterminado.

Pagamento de Insalubridade

A insalubridade pode ser entendida como a exposição do trabalhador a determinados agentes físicos, químicos ou biológicos em circunstâncias prejudiciais à saúde que porventura possam existir no ambiente de trabalho. O pagamento da insalubridade pode variar conforme o Laudo Técnico Pericial de Insalubridade é também possível previsão em acordo/convenção coletiva de trabalho de cada categoria e sindicato.

Assiduidade e Pontualidade

Previsto em acordo coletivo de trabalho de cada categoria, paga-se mensalmente o percentual de 5% (cinco inteiros por cento) sobre o salário-base de cada empregado como adicional de assiduidade, desde que o colaborador não apresente faltas injustificadas ou atrasos superiores a 30 minutos, no decorrer do mês.

Adicional noturno

O trabalho noturno possui remuneração superior à do diurno e, para esse efeito, sua remuneração tem um acréscimo de 20% pago sob a hora noturna trabalhada

a partir das 22h até o fim da jornada, conforme artigo 73º CLT e súmula 60º TST, exceto para jornada 12x36 (doze horas seguidas de trabalho por trinta e seis horas ininterruptas de descanso).

Triênio e quinquênio

Previsto em acordo coletivo de trabalho de cada categoria, fica assegurado o pagamento mensal de 3% (três inteiros por cento) calculados sobre salário base ao colaborador que completar três anos de trabalho a título de triênio, quando o colaborador completar 5 (anos) de trabalho fica assegurado o pagamento mensal de 5% (cinco inteiros por cento) calculados sobre salário base ao colaborador a título de quinquênio. Os referidos adicionais não são cumulativos, quando o colaborador completar 05 anos de trabalho, deixará de receber o triênio e passará a receber apenas o quinquênio.

13º Salário

Décimo terceiro salário é uma gratificação salarial paga por lei, entre os meses de novembro e dezembro de cada ano, a todo colaborador que atua com carteira assinada. Faz jus ao pagamento do 13º salário o colaborador urbano ou rural, o trabalhador avulso e o doméstico. A primeira parcela do 13º deve ser paga no máximo até dia 30 de novembro, ou se solicitado em janeiro do ano corrente, na data definida pelo empregado no gozo de suas férias, e a segunda deve ser paga até 20 de dezembro do ano vigente.

Gratificação por área (Ambiente Fechado)

Previsto em acordo/convenção coletiva de trabalho, o pagamento de gratificação, para profissionais que exerçam atividades em setores especializados, para cada acordo ou convenção coletiva é especificado a área que compreende o setor especializado, havendo variações conforme cada categoria.

A referida gratificação é compreendida como um valor variável, sendo condicionado o seu pagamento às regras estabelecidas nos acordos coletivos e área de atuação do profissional.

Adicional de Periculosidade

O Adicional de Periculosidade é um acréscimo ao salário do colaborador que realiza atividades ou operações perigosas que colocam em risco sua integridade física. O valor é de 30% (trinta por cento) do salário-base do empregado.

Jornada de Trabalho

Objetiva estabelecer a jornada de trabalho do colaborador e os procedimentos definidos pela AHBB para o devido controle de frequência.

A jornada máxima diária de trabalho, fixada pela Constituição Federal, é de 08 (oito) horas, para área administrativa e no máximo 12 (doze) horas nos casos da jornada de trabalho 12x36 (doze horas seguidas de trabalho por trinta e seis horas ininterruptas de descanso), para área assistencial.

Intervalos Intrajornada e Interjornada

Entender o que é intervalo intrajornada e interjornada é fundamental para o descanso durante a jornada de trabalho e entre a jornada de trabalho do colaborador.

Disposto no artigo 71 da CLT, o intervalo intrajornada é concedido durante a jornada de trabalho, ou seja, a folga do almoço ou do jantar. Conforme a CLT, essa pausa deve ser de pelo menos 15 minutos para as jornadas de trabalho entre 04 e 06 horas diárias, já para jornadas superiores a 06(seis) horas o intervalo deve ser de no mínimo 01 (uma) hora e no máximo 02 (duas) horas.

Jornada	Intervalo
De até 4 horas	Não obrigatório
De 4 a 6 horas	Mínimo de 15 minutos
Superior a 6 horas	Mínimo de 1 hora

Por fim, o intervalo Interjornada é previsto no artigo 66 da CLT, o intervalo interjornada é aquele que deve existir entre duas jornadas de trabalho consecutivas. Este tipo de intervalo conta-se a partir da saída definitiva do

colaborador do posto de trabalho até a entrada no dia seguinte ao posto de trabalho.

Hora Extra

O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente, e com anuência do gestor da área, limitando-se a 02 (duas) horas extras diárias, exceto para os profissionais na jornada de trabalho 12x36, onde é vedado a prorrogação de jornada.

A jornada diária de trabalho, nela já incluídas as horas extras, não poderá ultrapassar 10 (dez) horas, salvo nas situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizada pelo Diretor da área.

Férias

Todo colaborador adquire o direito a férias após cada 12 meses de vigência do contrato de trabalho.

As férias constituem o período anual de descanso remunerado, com duração máxima de 30 dias, sendo proporcionais ao número de dias trabalhados, descontadas as faltas injustificadas ao trabalho ocorridas durante o período aquisitivo. Desde que haja concordância do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até 03 (três) períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a 14 (quatorze) dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a 5 (cinco) dias corridos, cada um. O gozo de férias deverá obedecer à programação previamente elaborada em cada área e devidamente aprovada pela respectiva gerência da área.

Não terá direito às férias o colaborador que no decorrer do período aquisitivo faltar injustificadamente por mais de 32 dias consecutivos ou alternados durante o período aquisitivo ou se ausentar por auxílio-doença ou acidente do trabalho por mais de 180 dias durante o período aquisitivo.

A quantidade de dias de férias deverá ser reduzida para o colaborador que faltar injustificadamente, considerando as seguintes proporções:

A cada período aquisitivo normal de 12 meses	
Número de faltas	Número de dias de férias que o empregado terá direito
Até 05 faltas no período	30 dias corridos de férias
De 06 a 14 faltas no período	24 dias corridos de férias
De 15 a 23 faltas no período	18 dias corridos de férias
De 24 a 32 faltas no período	12 dias corridos de férias
Acima de 32 faltas no período	O empregado perde o direito às férias

Ausência, Falta e Atraso

No descumprimento do horário de trabalho previsto em escala ou contrato, deve ser classificado nos seguintes enquadramentos:

Falta: é o não comparecimento do colaborador durante um ou mais dias de trabalho.

Atraso: é o comparecimento do colaborador depois do horário inicial de trabalho.

É tolerado e não serão descontadas nem computadas como jornada extraordinária as variações de horário no registro de ponto não excedentes de cinco minutos, observado o limite máximo de dez minutos diários, conforme preconiza o parágrafo 1º do artigo 58 da CLT.

São consideradas faltas justificadas, sem prejuízo de salário, as ausências amparadas no artigo 473 da CLT e as previstas em Acordo Coletivo de Trabalho/Convenção Coletiva de Trabalho.

São consideradas faltas injustificadas, com prejuízo de salário, aquelas cujos motivos apresentados pelo colaborador e analisados pelo responsável da área, forem considerados insuficientes para justificar o não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.

Quando o colaborador se ausentar do trabalho deverá informar ao gestor da área com antecedência e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório, quando couber.

Afastamentos

Período em que o colaborador deve se afastar do exercício de suas atividades, por motivos de saúde. O colaborador deverá informar ao gerente, ou responsável pela unidade, as ausências por motivos médicos ou odontológicos com antecedência, ou no primeiro dia de afastamento, conforme o caso. Na impossibilidade do colaborador em comunicar a instituição sobre seu afastamento, esta formalização poderá ser feita por familiares ou testemunhas.

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 será encaminhado, pelo SESMT, para a realização de perícia médica previdenciária – INSS.

O colaborador que obtiver alta do Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença e que apresentar novo atestado, pelo mesmo motivo do afastamento anterior, em um período de

60 dias após a data da alta, independentemente do número de dias, deverá ser encaminhado para avaliação do médico do trabalho.

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.

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.

Medidas disciplinares

No sistema disciplinar trabalhista, o empregador poderá aplicar as sanções de advertência, suspensão disciplinar, dispensas com e sem justa causa, conforme artigo 482 da CLT a depender das ocorrências praticadas pelo empregado.

Todas as orientações de como aplicar, quando aplicar, o que aplicar, ocorrências e tratativas sobre medidas disciplinares, devem seguir os pilares definidos no programa cultura justa, acolher, treinar e disciplinar.

Folha de pagamento

A folha de pagamento refere-se ao registro detalhado das rubricas salariais percebidas por cada colaborador mensalmente, as rubricas são compostas principalmente por salário base, assiduidade, adicional noturno, insalubridade, periculosidade, horas extras, adicionais de ambiente fechado, desconto de INSS, desconto de IRRF e descontos de contribuições sindicais.

Rescisão de Contrato de Trabalho

A rescisão de contrato de trabalho do colaborador celetista se refere ao encerramento formal e legal de um contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A rescisão ocorre quando há o término da relação de trabalho entre o empregado e o empregador, podendo ser motivada por diversas circunstâncias, tais como:

Iniciativa do empregador	Iniciativa do colaborador	Outras formas
Por justa causa	A pedido	Invalidez permanente
Sem justa causa	Término do contrato de experiência	Falecimento
Término do contrato de	Rescisão antecipada do	Decisão judicial

Formalização do Contrato de Trabalho

O contrato de trabalho é fundamental para estabelecer um vínculo empregatício que atenda às normas legais, proporcionando estabilidade e previsibilidade para ambos os envolvidos.

O processo de contratação sob regime celetista (CLT - Consolidação das Leis do Trabalho), visa garantir direitos e deveres para ambas as partes, assegurando uma relação de trabalho justa e equilibrada. É um processo automatizado, proporcionando eficiência e precisão desde a coleta de informações dos candidatos até a formalização dos contratos de trabalho. Este processo começa com a submissão das informações dos candidatos de forma eletrônica, permitindo um fluxo contínuo e ágil.

O primeiro passo envolve o recebimento da requisição de contratação, que é submetida eletronicamente para aprovação. Esta requisição detalha a necessidade de contratação e passa por um processo de validação interna. Uma vez aprovada, a requisição é integrada ao nosso sistema automatizado de gestão de contratações.

Com a requisição aprovada, os dados do candidato são inseridos no sistema, que automaticamente processa a admissão do novo empregado. Este sistema garante que todas as informações necessárias sejam coletadas e verificadas, reduzindo erros e garantindo conformidade com as políticas internas e a legislação vigente.

Após a conclusão do processo de admissão, o contrato de trabalho é gerado e enviado para o Portal de Assinatura Digital/Eletrônica. O novo empregado recebe uma notificação por e-mail, contendo um link para acessar e revisar seu contrato de trabalho. Este portal é seguro e permite que o empregado leia todos os termos do contrato no seu próprio tempo.

Se o empregado estiver de acordo com os termos, ele pode proceder com a assinatura digital. Este método não só economiza tempo, como também elimina a necessidade de manipulação de documentos físicos, proporcionando maior segurança e rastreabilidade.

Uma vez que ambas as partes, empregado e empregador, tenham assinado o contrato digitalmente, o documento é automaticamente baixado em formato PDF. Este PDF inclui todas as autenticações de assinatura eletrônicas e/ou digitais necessárias, garantindo sua validade jurídica. O contrato assinado é então salvo no dossiê eletrônico do empregado, onde fica armazenado de forma segura e pode ser acessado facilmente quando necessário.

Desenvolvimento Humano Organizacional

A área de Desenvolvimento Humano Organizacional concentra-se em diversas estratégias e práticas voltadas para o aprimoramento dos conhecimentos, habilidades, competências e no aumento da satisfação dos colaboradores e parceiros. Isso envolve o gerenciamento dos programas de aprendizado, desempenho, clima, cultura, carreira e remuneração, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

Educação Corporativa

Conforme afirma Madruga, 2018 "a verdadeira Educação Corporativa ocorre quando a instituição estabelece um processo contínuo, vigoroso e planejado de implementação de várias modalidades educacionais fundamentadas em métodos e técnicas de ensino estruturados e motivadores, visando o desenvolvimento de competências nos seus colaboradores e parceiros sem excluir grupos nem cargos."

Ou seja, a Educação Corporativa, está para além da aplicação de treinamentos isolados. Ela é pensada a longo prazo, para que tanto a instituição quanto os colaboradores estejam alinhados aos mesmos objetivos.

Diferente do treinamento, que se apresenta quanto parte da educação corporativa, e é feito a curto prazo, visando a capacitação imediata de habilidades para áreas, funções e atividades específicas, porém importantíssimo que aconteça, desde que esteja em consonância com as práticas institucionais.

Dessa forma, o foco da educação corporativa na Agir é realizar a gestão de conhecimento e ações de aprendizagens, alinhada ao planejamento estratégico. Ou seja, visa colocar os colaboradores em um processo de aprendizagem e desenvolvimento de acordo com competências e habilidades que são importantes para a instituição, dentro de toda a jornada do colaborador.

A Jornada do Colaborador representa o percurso do profissional na instituição, englobando todos os processos de aprendizagem ao longo de sua carreira. Esse acompanhamento vai desde a admissão até o momento do offboarding, incluindo orientações gerais sobre os termos do contrato de trabalho, avaliações durante o período de experiência e de desempenho, além de capacitações e

treinamentos. Essa abordagem garante o desenvolvimento contínuo do colaborador, alinhado ao planejamento estratégico e fortalecendo o propósito de cuidar de vidas.

Destaca-se ainda nesse percurso, conteúdos padronizados exclusivamente para a execução das práticas da Educação Corporativa, denominada Jornada de Aprendizagem, que são ações de aprendizagens focadas em três pilares centrais de ensino, sendo eles: Onboarding, Performance e Carreira. Todos os pilares são estruturados com base na definição dos eixos organizacionais e categorias ocupacionais, conforme descrito no PCCR (Plano de Cargos Carreira e Remuneração). A seguir, será detalhado cada um para melhor contextualização.

Pilar Onboarding

O pilar Onboarding é considerado o processo de integração, apresentação, acolhimento, instrução e capacitação do novo colaborador.

Está relacionado à jornada de adaptação do profissional, visando alinhar seus conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entorno - (CHAVE), às necessidades do cargo/função descritos.

Este pilar é imprescindível aos profissionais que ingressam na instituição, sendo requisito essencial tanto para novos colaboradores quanto para aqueles em processo de movimentação/transferência entre unidades ou mudança de função. É estruturado de forma a garantir que o colaborador se integre à identidade, cultura e operacionalização da instituição.

O pilar onboarding possui um fluxo de três etapas sequenciais, sendo elas: Treinamento de Integração., boas-vindas e acolhimento.

Treinamento de Integração

O Treinamento de Integração é a ação de aprendizagem que apresenta a instituição ao novo colaborador, com o objetivo de facilitar sua adaptação ao ambiente social e físico. Isso é feito por meio de trilhas virtuais planejadas de acordo com os cargos e atribuições estabelecidos por eixos organizacionais.

Todos os colaboradores, independente do vínculo empregatício, realizam o treinamento de integração no primeiro dia de trabalho, via plataforma em

formato EAD. Após a conclusão do processo admissional, as informações de registro do novo colaborador são direcionadas ao Serviço de Desenvolvimento Humano e Organizacional da respectiva unidade de atuação, para que seja providenciado a orientação da realização deste treinamento.

Este treinamento tem validade de 1 ano. Em casos de promoção, movimentação ou transferência, se o colaborador o tiver realizado nos últimos 12 meses, não precisará refazer a integração e poderá seguir diretamente para a etapa de boas-vindas. Entretanto, isso não se aplica quando a promoção envolve uma mudança na modalidade de contratação.

Ao término do conteúdo aplicado, é disponibilizado ao colaborador o termo de ciência e compromisso na própria plataforma, para leitura e assinatura. Após a conclusão do Treinamento de Integração, um certificado é emitido, atestando a aprovação do novo colaborador.

Com o certificado em mãos, o profissional deve comparecer à sua unidade de destino no dia útil seguinte para dar continuidade ao processo de Onboarding, conforme seu cargo/função.

Boas-Vindas

A etapa de Boas-Vindas é conduzida de forma presencial, proporcionando ao novo colaborador a oportunidade de familiarizar-se com as instalações físicas e concluir as formalidades relacionadas ao contrato de trabalho.

Esse processo inclui a recepção do colaborador na unidade de destino durante seu primeiro dia de presença física, garantindo uma integração acolhedora e eficiente. Todos os eixos organizacionais e categorias ocupacionais são abrangidos nesta etapa.

Acolhimento

A etapa do Acolhimento tem como principal objetivo promover a adaptação do colaborador à cultura institucional e garantir harmonização das competências técnicas e comportamentais conforme descrições dos cargos.

Com foco em disponibilizar um acolhimento específico e abrangência a todos os cargos, este processo acontece em três possibilidades: Jornada da Liderança, Conte Comigo e Acolher Para Desenvolver.

O direcionamento para a execução em algum desses programas dependerá do eixo organizacional e da categoria ocupacional de cada cargo/função, podendo ser ministrados nas modalidades EAD, presencial ou híbrido.

Jornada da Liderança

A Jornada da Liderança é especificamente voltada para cargos de categoria ocupacional de gestão.

Ela visa qualificar, capacitar, integrar e aprimorar as habilidades dos novos líderes (sejam os admitidos ou promovidos) dentro da instituição. Esse enfoque é fundamental porque os gestores desempenham um papel crucial na condução das equipes, influenciando diretamente a eficácia operacional e a cultura organizacional.

Ao oferecer um desenvolvimento contínuo e direcionado aos líderes, a instituição assegura que eles estejam preparados para enfrentar desafios, tomar decisões estratégicas e inspirar suas equipes.

O impacto dessa jornada nas instituições é significativo, promovendo uma liderança mais eficaz, que resulta em maior produtividade, melhor alinhamento com os objetivos estratégicos e um ambiente de trabalho mais coeso e motivado.

O programa é realizado em formato de trilhas de aprendizagem, com conteúdo específicos divididos por eixo organizacional, unidade de atuação e função gratificada. Esse formato inclui capacitações presenciais e a distância (EAD) para todas as funções gratificadas e o Job rotation para níveis de gerência acima, além de reuniões com pares e subordinados.

Conte Comigo

O Conte Comigo é especificamente voltado para cargos de categoria ocupacional profissional e especialista. Ele visa integrar e aprimorar as habilidades dos colaboradores, preenchendo lacunas relacionadas às práticas institucionais.

Considerando que todos os profissionais dessas categorias ocupacionais já possuem formação acadêmica como requisito de acesso, o programa se concentra em complementar esse conhecimento, esclarecendo dúvidas tanto em questões técnicas quanto em normativas e diretrizes institucionais. Ao fazer isso, promove um senso de pertencimento, impulsiona o desempenho e contribui significativamente para a retenção de talentos na instituição.

O programa Conte Comigo é conduzido por um facilitador designado pelo gestor da área. Este facilitador utiliza como guia um checklist padronizado, disponível no sistema da qualidade, para acompanhar o novo colaborador.

A missão do facilitador é realizar o acompanhamento inicial do profissional na instituição, orientando-o sobre todos os processos descritos no checklist e esclarecendo suas dúvidas, tanto em questões técnicas quanto em normas institucionais.

O checklist do programa Conte Comigo abrange quatro contextos principais:

- Institucional.
- Sistemas e acessos.
- Documentos institucionais.
- Atividades específicas da área de atuação.

Acolher para desenvolver

O programa "Acolher para Desenvolver" é voltado especificamente para cargos de categoria ocupacional, apoio e técnico.

O foco é capacitar os novos colaboradores para o desempenho de suas atribuições por meio de trilhas de aprendizagem especializadas.

Considerando que os requisitos de acesso para os cargos dessas categorias ocupacionais não necessitam de formação acadêmica ou especializações, o programa se concentra em fornecer conteúdos detalhados e padronizados para suprir essa lacuna. Ele qualifica as habilidades desses profissionais, esclarecendo dúvidas e capacitando-os tanto em questões técnicas e operacionais quanto em normativas e diretrizes institucionais.

Especificamente, o programa visa:

- Aumentar o senso de pertencimento;
- Reduzir o turnover;

- Aumentar o índice de permanência dos novos colaboradores;
- Aumentar o índice de produtividade dos novos colaboradores;
- Diminuir falhas e retrabalhos no processo de trabalho.

O conteúdo programático é padronizado de acordo com a área de atuação, com foco na capacitação do novo colaborador. Cada cargo ou função conta com uma grade específica de temas e carga horária, adequados para a execução de suas responsabilidades.

A quantidade de módulos é adaptada conforme a necessidade de cada cargo, porém, recomenda-se respeitar a carga horária máxima de 30 horas para minimizar possíveis impactos na operação. Todos os módulos do conteúdo programático devem ser aprovados pelo grupo gestor, visando à padronização do material para a trilha de aprendizagem.

Essa organização de conteúdo é cuidadosamente estruturada para garantir que cada colaborador receba as informações necessárias para desempenhar suas funções com eficiência e segurança desde o início de sua jornada na organização. O conteúdo é dividido em módulos de domínios técnicos e obrigatórios. Entre os conteúdos obrigatórios, estão as temáticas "Acolher para Pertencer" e "Diálogo com o Líder".

Acolher para Pertencer: Aborda a identidade organizacional, descrição de cargos, documentos institucionais, aplicação teórica e práticas ligadas aos recursos tecnológicos e sistemas operacionais.

Diálogo com o Líder: Refere-se ao último módulo da trilha, que promove o diálogo com o líder para reforçar as responsabilidades da função, organograma institucional, aplicação da APPO (Avaliação Participativa por Objetivos) e alinhamento das expectativas.

Quanto aos módulos de domínio técnico, as temáticas incluem noções básicas dos serviços, contextualização dos padrões e rotinas gerais adotadas no setor, imersão prática nas atividades a serem desempenhadas e apresentação dos principais documentos do setor.

Pilar Performance

O pilar de Performance abrange todas as iniciativas de aprendizagem voltadas para manter o quadro de colaboradores da instituição capacitado, atualizado e

em constante aperfeiçoamento. Essas ações são mais eficazes quando estão alinhadas aos objetivos estratégicos da organização.

Isso significa que os programas de aprendizagem são planejados para apoiar diretamente o alcance das metas organizacionais, como aumentar a produtividade, promover a inovação, melhorar a qualidade do serviço, bem como a performance, satisfação e retenção dos colaboradores.

Em resumo, as ações de aprendizagem são iniciativas estruturadas e contínuas que buscam equipar os indivíduos com os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para desempenhar suas funções de forma eficaz e contribuir para o sucesso da instituição. Elas são fundamentais para o desenvolvimento profissional e para a manutenção de uma força de trabalho competitiva e bem preparada.

Neste contexto, considera-se aprendizagem a mudança de comportamento decorrente da incorporação de hábitos, atitudes, conhecimentos, destrezas e competências (Chiavenato, 2014).

Desse modo, o pilar performance expressa o compilado de ações de aprendizagem da Agir, norteadas por três domínios de aprendizagem: obrigatório, técnico e comportamental.

Domínio de aprendizagem obrigatório

O domínio de aprendizagem obrigatório abrange ações essenciais impostas por normas regulamentadoras de órgãos governamentais, documentos institucionais e outras entidades reguladoras, que normatizam as atividades de determinadas categorias profissionais. Essas ações são obrigatórias para todos os colaboradores da instituição ou para públicos/cargos específicos, conforme as normativas estabelecidas.

Focar em ações de aprendizagem obrigatórias é crucial para assegurar que todos os colaboradores estejam em conformidade com regulamentações legais e normas internas. Isso inclui treinamentos em segurança no trabalho, políticas de ética e conformidade, e outras exigências regulamentares. Garantir que todos cumpram essas exigências minimiza riscos legais e operacionais, protegendo

tanto os colaboradores quanto a instituição de possíveis penalidades e reputações negativas.

Domínio de aprendizagem técnico

O domínio de aprendizagem técnico, refere-se às ações de aprendizagem focadas na ampliação do nível de aptidão dos colaboradores, conforme rotinas e atividades que compõem a descrição do cargo/função previstos no PCCR.

A aprendizagem técnica é fundamental para desenvolver as habilidades específicas necessárias para executar as funções do trabalho de maneira eficaz e eficiente. Esse tipo de treinamento abrange o uso de ferramentas e tecnologias específicas, bem como a aplicação de técnicas de trabalho e conhecimentos especializados. Manter os colaboradores tecnicamente atualizados é vital, pois promove a inovação, eleva a qualidade do trabalho e incrementa a produtividade. Além disso, a expertise técnica dos colaboradores contribui diretamente para a excelência operacional. Estas ações visam aprimorar hard skills requeridas para o exercício do cargo, tais como ferramentas e procedimentos de trabalho (Madruga, 2018).

Domínio de aprendizagem comportamental

O domínio de aprendizagem comportamental abrange ações de capacitação e atualização dos colaboradores, com o objetivo de desenvolver suas competências e alinhar suas práticas com as da organização. Essas ações visam aprimorar as soft skills dos colaboradores e formar equipes de alta performance, promovendo o desenvolvimento comportamental e contribuindo significativamente para a melhoria do trabalho.

Pilar Carreira

O pilar de Carreira é destinado para ampliar e desenvolver as competências dos colaboradores, a fim de alavancar o seu potencial, resultando na possibilidade de ascensão profissional mediante as expectativas e oportunidades da instituição com base na estratégia organizacional.

Este pilar é estruturado com base no PDL (Programa de Desenvolvimento de Líderes) e no PDI (Plano de Desenvolvimento Individual).

Nesse contexto, espera-se que a aprendizagem promova mudanças de comportamento por meio da incorporação de novos hábitos, atitudes, conhecimentos, habilidades e competências (Chiavenato, 2014). As ações de aprendizagem são desenvolvidas considerando os domínios de aprendizagem técnico e comportamental.

PDL – Plano de Desenvolvimento de Líderes

O PDL (Programa de Desenvolvimento de Líderes) refere-se às práticas de desenvolvimento adotadas a quem ocupa posições de liderança dentro da Instituição, no intuito de potencializar as habilidades de gestão, liderança e excelência operacional, para que estes, por sua vez, estejam aptos a desenvolver a própria equipe e entregar resultados de excelência.

Esta modalidade de desenvolvimento de carreira visa construir, anualmente, um programa de formação teórica e prática que assegure o desenvolvimento contínuo e o aperfeiçoamento da liderança, promovendo engajamento e alinhamento nas unidades/corporativo.

A proposta é baseada no levantamento dos principais GAPs de gestão, identificados por meio de avaliações de desempenho e observações da própria liderança, além da análise de tendências de gestão no mercado e do planejamento estratégico da instituição.

Esses GAPs podem ser técnicos, comportamentais ou ambos.

Com os temas indicados, será elaborada a trilha de aprendizagem do PDL, que posteriormente será validada pelas hierarquias vigentes. As trilhas serão desenvolvidas em formato virtual e/ou presencial. A definição do público para cada ano será feita de acordo com a proposta de desenvolvimento da liderança e a estratégia adotada para potencializar o alcance dos resultados conforme estabelecido pelo planejamento estratégico da instituição.

PDI – Plano de Desenvolvimento Individual

O PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) é um plano desenhado especificamente para cada colaborador, com base no resultado da avaliação de

desempenho por competências, estabelecendo metas claras e prazos, com o objetivo de orientar o autodesenvolvimento e maximizar o potencial do colaborador, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional. Funciona como um mapa, delineando uma rota clara entre o ponto de partida e o objetivo final, com orientações a serem seguidas em cada etapa do percurso.

Neste cenário, o líder atua como facilitador, auxiliando na identificação de possibilidades dentro da perspectiva do liderado e oferecendo feedbacks contínuos.

A metodologia utilizada é a de 70:20:10. Essa abordagem considera que 70% do aprendizado ocorre por meio de experiências práticas e na solução de problemas reais do dia a dia. Esses são os conhecimentos adquiridos com a prática. 20% do aprendizado acontece por meio da interação com outros profissionais, através da solicitação de feedbacks e do espelhamento em pessoas que são referências em determinados assuntos, habilidades ou atitudes que o profissional busca desenvolver. E os 10% restantes do aprendizado são obtidos através do modelo formal de educação, como cursos de graduação, pós-graduação, idiomas, cursos à distância, leitura de livros, participação em eventos e treinamentos.

Gestão por Competências

Segundo Brandão (2017), um dos modelos de gerir o capital intelectual de forma estratégica é por meio da gestão por competências que tem como propósito identificar, avaliar, desenvolver e mobilizar as competências necessárias à concepção dos objetivos organizacionais.

A metodologia de Gestão por Competências tem o intuito de otimizar os processos de gestão de pessoas e fortalecer o engajamento institucional, aumentando a capacidade de atuação estratégica e melhorando a tomada de decisão. Esta metodologia subsidia todos os processos de Gestão de Pessoas – Recrutamento e Seleção, Educação Corporativa, Avaliação de Desempenho, Feedback, Gestão do Clima Organizacional, Ações de Endomarketing, Carreira, Remuneração e Desligamento.

As competências são definidas pensando na estratégia e objetivos da instituição em conjunto com o que se espera de cada cargo, norteando o desenvolvimento do colaborador em suas atividades.

A AHBB adota o modelo de Gestão por Competências para gerenciar e desenvolver ao máximo as habilidades técnicas e comportamentais dos colaboradores. As competências representam o conjunto de entregas do profissional, resultante da mobilização do repertório individual em determinado contexto, considerando as diretrizes estratégicas e as competências da instituição (Dutra, 2001).

Dessa forma, estabeleceu-se na instituição, a prática da metodologia CHAVE, que compreende, os conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entorno, conforme detalhado a seguir:

Conhecimento - é o Saber Teórico adquirido em cursos, especializações, capacitações, graduações e/ou aperfeiçoamento.

Habilidades - é o Saber Fazer, ou seja, é colocar em prática o conhecimento que possui.

Atitudes - estão relacionadas ao Querer fazer, é a vontade/interesse do colaborador de colocar em prática os conhecimentos e as habilidades que possui para concretizar tarefas e atingir objetivos.

Valores - estão relacionados aos valores, tudo aquilo que o indivíduo prioriza e valoriza com base em sua cultura, linguagem e história pessoal.

Entorno - está relacionado à interação entre a pessoa e o ambiente, é externo ao colaborador, toda estrutura envolvida para o desenvolvimento de suas atividades.

Considerando o processo de identificar as habilidades, conhecimentos e atitudes específicas necessárias para um profissional realizar as atribuições de seu cargo/função de forma efetiva, a AHBB, com base nos objetivos institucionais e nas estratégias de gestão, definiu competências que traduzem o propósito, a missão, visão, valores e estabelecem vantagens competitivas no mercado das Organizações Sociais de Saúde.

Estas competências foram descritas e traduzidas em conceitos e em evidências de comportamento para que todos tenham o mesmo entendimento do significado de cada competência para a Agir. Desta forma, todos saberão o que identificar no perfil dos colaboradores. As competências da Agir foram agrupadas em 5 grupos:

Competência Essencial ou Competência Core: Compõe a razão de ser do negócio, está relacionada à missão, visão, valores, propósito e estratégia da instituição.

Competências Comportamentais (Soft Skills): Estão relacionadas ao comportamento humano, o modo de se comportar ou de reagir a determinada situação, à capacidade de se relacionar e/ou ao cumprimento de regras.

Competências Técnicas (Hards Skills): Estão relacionadas aos conhecimentos técnicos requeridos para o exercício do cargo, conhecimento de instrumentos e ferramentas de trabalho.

Competências de Resultado: Avalia as entregas conforme o esperado por cada cargo/função, juntamente com os indicadores e metas setoriais.

Avaliação

A avaliação é um processo de análise sistemática, com o propósito de determinar qualidade ou desempenho. É uma prática que exerce um papel crucial na busca de melhoria contínua e na tomada de decisões.

Avaliação em período de experiência

O contrato de experiência é uma modalidade de contrato de trabalho prevista pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que permite realizar a avaliação do novo colaborador durante a execução das atividades para o qual foi contratado. O objetivo da avaliação em período de experiência é fornecer elementos que possibilitem a análise quanto ao desempenho do colaborador no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a viabilidade da prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado.

A avaliação é realizada pelo gestor imediato do colaborador, em formulário via sistema, em dois períodos, 45 e 90 dias a contar da data de admissão, trata-se de uma avaliação que resulta em feedback, prevalecendo-se a transparência, o

respeito, à contribuição para o desenvolvimento, a discrição e a confidencialidade.

Avaliação de Desempenho por Competências

Uma das ferramentas utilizadas na gestão por competências é a avaliação de desempenho, que visa a mensuração dos resultados de cada colaborador, proporcionando uma visão mais clara do seu desempenho, direcionando o desenvolvimento profissional, além de desdobrar as estratégias institucionais em ações voltadas para resultados.

A avaliação de desempenho por competências é uma ferramenta de desenvolvimento, que gera evidências para a tomada de decisões estratégicas, que envolvem ações de aprendizagem, plano de carreira e remuneração.

As competências de cada cargo estão definidas dentro de suas respectivas descrições de cargos, e são avaliadas em dois eixos, potencial e desempenho. No eixo potencial, são consideradas as competências comportamentais, sendo o conjunto de habilidades e atitudes que influenciam na maneira como o colaborador interage com os outros, enfrenta desafios e realiza seu trabalho. No eixo desempenho são consideradas as competências técnicas, que são conhecimentos específicos relacionados ao campo de atuação do profissional, diz respeito a performance, entregas tangíveis e resultados.

Para os cargos de liderança e profissionais de nível superior contratados no regime celetista, a avaliação é realizada anualmente na modalidade de 180º. Nesse processo, o líder avalia o colaborador, o colaborador se autoavalia e ambos fazem a avaliação consensual, mediante o registro do feedback e/ou plano de desenvolvimento individual – PDI. Para os cargos, técnicos e/ou nível médio e/ou fundamental, a avaliação também ocorre anualmente, na modalidade de 90º, onde o líder avalia o colaborador.

Feedback

O principal objetivo do feedback é promover o desenvolvimento do colaborador, é um diálogo que traz aprendizagem e necessita ser conduzido de forma estruturada.

Pensando nisso, a AHBB investiu no desenvolvimento de uma ferramenta para que nela seja realizado o registro desta comunicação entre o gestor e o colaborador.

A ferramenta de feedback está disponível no Portal AHBB. O registro é realizado pelo gestor, na presença do colaborador, onde ele dará ciência ao lançamento. O jeito AHBB de proporcionar feedback envolve três tipos:

Feedback Avaliativo: comparar com um padrão, ajustar expectativas, subsidiar a tomada de decisões;

Feedback de Reconhecimento: reconhecer, conectar, motivar, agradecer;

Feedback Orientativo: contribuir para a ampliação de conhecimentos, aprimorar técnicas, aperfeiçoar capacidades.

Para que esse processo se torne verdadeiramente construtivo, o feedback deve ser uma parte intrínseca da gestão do líder, garantindo que seus colaboradores estejam cientes do alinhamento de suas entregas com as expectativas da instituição, se dentro e/ou acima do esperado, e quais os pontos de melhoria. É uma ferramenta que subsidia e gera evidências para outros processos, como Avaliação de Experiência, Avaliação de Desempenho e demais ações estratégicas da instituição.

Pesquisa de clima e ambiência organizacional

Segundo Luz (2015), o clima organizacional está relacionado à percepção coletiva que os profissionais têm sobre diferentes aspectos da instituição, influenciados por forças internas e externas, que corroboram para a satisfação e engajamento dos indivíduos dentro dela.

Na AHBB espera-se um clima organizacional que promova um ambiente de valorização das pessoas, assim como, o fortalecimento dos valores organizacionais (transparência, humanização, inovação, competência, ética, respeito, responsabilidade, eficiência, credibilidade e comprometimento).

Uma das ferramentas estratégicas da área de gestão de pessoas para mensuração do clima organizacional é a pesquisa de clima, aplicada para os colaboradores. É uma ferramenta usada para mapear as percepções dos profissionais sobre o

ambiente de trabalho. Aplica-se em forma de questionário, desta forma o profissional assinala as questões conforme sua experiência dentro da instituição, demonstrando o grau de engajamento e satisfação com os pontos abordados.

A pesquisa é realizada anualmente, seus resultados são apresentados aos colaboradores da instituição e resulta na elaboração do Plano de Ação registrado em sistema, que deverá conter, as ações propostas e o prazo para execução. No entanto, para garantir que as iniciativas identificadas no Plano de Ação estejam efetivamente sendo implementadas e surtindo os efeitos desejados, é importante complementar esse processo com a aplicação da pesquisa de satisfação e-NPS em intervalos menores, como a cada quatro meses.

A aplicação quadrimestral do e-NPS permite à organização captar de forma contínua o nível de satisfação e engajamento dos colaboradores, oferecendo uma visão mais dinâmica e atualizada do clima organizacional. Isso possibilita ajustes rápidos nas estratégias e ações, garantindo que os esforços para melhorar o ambiente de trabalho sejam eficazes e alinhados às expectativas dos colaboradores.

Além disso, a coleta frequente de feedback através do e-NPS demonstra um compromisso contínuo com o bem-estar dos colaboradores, promovendo uma cultura organizacional baseada em escuta ativa e resposta ágil. Essa prática fortalece a confiança entre a equipe e a liderança, assegurando que os colaboradores se sintam valorizados e que suas opiniões são levadas em consideração no desenvolvimento de um ambiente de trabalho mais positivo e produtivo.

Ações de Endomarketing

São ações voltadas para reforçar o engajamento, humanizar as relações, criar um ambiente de trabalho positivo, promover o sentimento de pertencimento, valorizar os profissionais e reter talentos. Essas ações visam construir uma cultura organizacional

saudável, fortalecer a relação entre a instituição e os colaboradores e cultivar um ambiente que promova a satisfação e o bem-estar.

Dentro desta perspectiva, são implementadas inciativas internas que abrangem datas comemorativas, aniversariantes do mês, datas profissionais e de conscientização.

Entrevista de desligamento

A AHBB tem como propósito, "Cuidar de vidas" e esse cuidado perpassa por toda trajetória do colaborador na instituição.

Dessa forma, espera-se que o momento de desligamento, seja por interesse da instituição (passivo), ou por iniciativa do colaborador (ativo), esteja alinhado aos valores da instituição.

Neste sentido, o propósito de compreender a jornada do colaborador desde sua entrada até fatores que levaram à rescisão contratual, a AHBB implementou a ferramenta de entrevista de desligamento.

Essa abordagem permite a coleta organizada das percepções do ex-colaborador em relação à instituição, que por sua vez converge em planos de ação voltados para a redução de indicadores como absenteísmo e turnover, e para a melhora do clima organizacional.

Plano de Cargos Carreira e Remuneração - PCCR

Visando o equilíbrio econômico e financeiro aliado às estratégias de excelência na gestão de suas unidades, a AHBB tem buscado as melhores práticas de mercado para provimento e retenção de seus colaboradores.

Tendo em vista os princípios da legalidade, transparência, impessoalidade, isonomia, eficiência, profissionalização e publicidade, assim como as previsões dos Contratos de gestão de suas unidades, a instituição implantou o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração - PCCR.

O referido PCCR consolida às descrições dos cargos existentes na instituição, os requisitos de acesso, as atribuições e responsabilidades, bem como os critérios de remuneração dos profissionais contratados pela AHBB e unidades por ela administradas.

Tem por objetivo, orientar a execução da administração e práticas de remuneração da AHBB, bem como estabelecer as diretrizes para a evolução dos

colaboradores nos cargos/funções e possibilidades de carreira, regulamentando a gestão das movimentações salariais e funcionais, visando o equilíbrio interno, externo e orçamentário, alinhado às Diretrizes Estratégicas da Instituição e Política de Gestão de Pessoas.

Política de Remuneração

A política de remuneração leva em conta o desempenho econômico-financeiro institucional e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. (Pontes, 2012).

A AHBB reúne um conjunto de critérios que definem as movimentações funcionais e salariais, bem como os prazos e períodos de toda a prática salarial, possibilitando o desenvolvimento da carreira dos colaboradores, pautado pela gestão de desempenho.

Remuneração Estratégica

A remuneração estratégica alinhada ao contexto e à estratégia institucional, constitui fator de harmonização de interesses, ajuda a gerar consensos e atua como alavanca de resultados (Wood Jr. e Picarelli Filho, 1999).

Assim sendo, a composição da Remuneração da AHBB reconhece os esforços dos colaboradores que contribuem para o sucesso da instituição. Ela é composta por valores fixos (Remuneração Fixa) e variável (Remuneração Variável), e recompensa por meios de adicionais, bonificações e pagamentos aos colaboradores que apresentam bom desempenho.

Remuneração Fixa

A Remuneração Fixa é todo e qualquer tipo de remuneração que tem um valor fixo pré-estabelecido. Está relacionada diretamente ao cargo ocupado pelo colaborador.

Salário Base

Corresponde ao salário nominal definido de acordo com a posição ocupada na tabela salarial da AHBB, quanto ao cargo/função, nível e faixa correspondente, sem o acréscimo de adicionais fixos ou variáveis que o colaborador possa receber.

Remuneração Variável

É um complemento da remuneração fixa, e como não é necessariamente mensal, o valor pode sofrer alteração. Na AHBB a remuneração variável funciona como um programa de reconhecimento e recompensa ao desempenho individual do colaborador. É monetária, e se apresenta como gratificação por função, gratificação por projeto, bonificação, premiação e comissão.

Demais adicionais e/ou gratificações de função por atividade específica

Os demais adicionais, tais como: insalubridade, assiduidade/pontualidade, adicional noturno, tempo de serviço, função por atividade específica (exemplo: UTI, ambiente fechado, dentre outros), serão contemplados conforme legislação específica e/ou se assegurará o estabelecido em Acordo /Convenção Coletiva das categorias.

Recompensas não financeiras

Ao contrário das recompensas financeiras, as não financeiras vão além do valor percebido pelo colaborador, inclui reconhecimento por desempenho, oportunidades de desenvolvimento, preocupação com o bem-estar e um ambiente organizacional atrativo. Trata-se de fatores que melhoram significativamente o olhar do colaborador sobre a instituição.

Núcleo de Saúde Mental no Trabalho

O Núcleo de Saúde Mental no Trabalho destina-se ao cuidado com a saúde mental dos colaboradores e parceiros da AHBB, visando melhor qualidade de vida, humanização e felicidade no ambiente de trabalho.

Ações de conscientização e prevenção

O Núcleo de Saúde Mental no Trabalho tem uma programação anual de palestras psicoeducativas e atividades de promoção de bem-estar com os setores de Recursos Humanos das unidades gerenciadas, buscando desenvolver ações pontuais de acordo com demanda específica, visando a prevenção e promoção de saúde para os colaboradores.

Programa Sinta-se bem no ambiente de trabalho

O projeto tem como escopo compreender o perfil epidemiológico e o diagnóstico emocional dos setores das unidades da AHBB e a partir destes dados realizar ações de promoção de bem-estar e prevenção do adoecimento mental e ocupacional, com foco na saúde integral do colaborador e promoção de bem-estar.

Programa Dialoga Mais

O programa Dialoga Mais é um programa do Núcleo de Saúde Mental no Trabalho, que atua como facilitador na prevenção e promoção da saúde com ações individuais e coletivas a partir do atendimento psicológico baseado na terapia breve focal.

O programa Dialoga Mais proporciona atendimentos conforme a necessidade de cada profissional, sendo inicialmente estabelecido o limite de 8 (oito) sessões, mas havendo flexibilidade em casos específicos que são analisados pelo psicólogo do Núcleo de Saúde Mental no Trabalho. Todos os atendimentos são 100% custeados pela instituição.

Programa Mais Gestão

O Mais Gestão é um programa que visa criar um ambiente organizacional saudável, com mais significado, conexão, bem estar e saúde mental para os gestores, o que impactará também indiretamente em todos os times.

O programa envolve a escuta de gestores das unidades, análise de dados coletados para que sejam identificados temas relevantes para a criação de planos de ação direcionados a cada área de gestão.

Canal da Integridade

Pode-se destacar a solidificação de uma cultura de integridade, aplicando os conceitos de cultura justa e proporcionando melhorias aos processos e ajustes de condutas pertinentes por meio da gestão de pessoas.

Buscando construir um ambiente de trabalho seguro e saudável, foi instituído o Canal de Integridade (DIS 033- Programa de Integridade), para comunicação e fonte de informações que possibilite a investigação de pontos de melhoria e de

condutas divergentes da legislação vigente e/ou do Código de Conduta Ética da AHBB.

Os registros no Canal de integridade organizam-se em categorias para destinação de área de análise, cabendo a Gerência Corporativa de Recursos Humanos e Recursos Humanos das unidades a responsabilidade das tratativas enquadradas na categoria Comportamento.

Operacionalização de fluxo entre Núcleo de Compliance e Integridade e Núcleo de Saúde Mental no Trabalho

Trata-se de um fluxo intersetorial, entre Núcleo de Compliance e Integridade (responsável pela coordenação do Canal de Integridade) e Núcleo de Saúde Mental no Trabalho, onde foram desenvolvidos dois fluxos:

Fluxo para gestão de conflitos: registros no Canal de Integridade que não contemplam o escopo do canal são encaminhados ao Núcleo de Saúde Mental no Trabalho para que sejam tratados como conflitos interpessoais. Desta forma, a finalidade do Canal de Integridade é mantida, ao mesmo tempo em que os colaboradores continuam sendo amparados na mitigação de conflitos.

Fluxo para atendimento às vítimas de violência: as vítimas de violência confirmada através do fluxo do Canal de Integridade são encaminhadas para o Núcleo de Saúde Mental no Trabalho para que sejam acolhidas com suporte técnico especializado e recebam todo o atendimento psicológico necessário.

Iniciativas institucionais normatizadas para o fluxo de violência

As iniciativas têm o objetivo atuar junto à prevenção, apuração e tratativas nos casos de violência (física, psicológica, sexual e moral) no ambiente de trabalho, norteando-se pelo Código de Conduta Ética da instituição (POL 002 - Código de Conduta Ética).

No itinerário da violência institucional, faz-se necessário realizar um compilado de ações realizadas para zelar pelo bem-estar dos colaboradores, sendo elas:

Medidas para prevenção da violência: palestras de prevenção à violência, cartilha de boas práticas no ambiente de trabalho e trilhas de aprendizagem para capacitação dos colaboradores dentro dos princípios de ética e respeito;

Medidas para apurar casos de violência: Canal de Integridade e em casos de possível violação grave, CET- Comitê de Ética

Medidas para tratar casos confirmados de violência: aplicação dos conceitos de cultura justa e encaminhamento das vítimas para atendimento junto ao programa Dialoga Mais, conforme fluxo citado para atendimento às vítimas de violência.

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

A AHBB por meio do SESMT adota procedimentos, a fim de garantir a qualidade e desempenho em matéria de segurança e saúde dos colaboradores, preservando sua integridade física e psíquica. A metodologia de atuação é pautada por rotinas de adequação, identificação e controle dos riscos ocupacionais, com intuito de eliminar e ou reduzir incidentes, adoecimentos e acidentes de trabalho.

Nossos profissionais são constantemente orientados a zelar pela segurança e saúde ocupacional, com o foco na prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e promoção da saúde, atendendo os requisitos legais e regulamentares. São disponibilizados atendimentos com o médico do trabalho para o acompanhamento da saúde ocupacional do colaborador de forma periódica ou pontual conforme necessidade, ações de saúde preventiva, imunização, ginástica laboral, realização de palestras com foco em ergonomia e postura adequada, realização de oficinas de vivência corporal, atividades de relaxamento e alongamento para os profissionais.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT atua de forma preventiva liderando ações estabelecidas nos cronogramas dos programas de gerenciamento de risco, controle médico de saúde ocupacionais e os laudos técnicos, a fim de ter um melhor atendimento na área de segurança e saúde dos colaboradores, para tanto desenvolve atividades voltadas para a prevenção de acidentes ou doenças ocupacionais. Todos os processos e procedimentos são realizados, conforme as Normas Regulamentadoras – NR e Legislações Vigentes do Ministério da Economia – Secretaria do Trabalho.

Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho é uma especialidade médica voltada para a promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes relacionados ao ambiente de trabalho. Seu foco principal é a proteção da saúde dos colaboradores, assegurando que as condições laborais sejam saudáveis, minimizando riscos ocupacionais e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos no contexto profissional.

PCMSO - Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional

O PCMSO preconizado pela NR 07, é elaborado pelo Médico do Trabalho e visa promover e preservar a saúde dos profissionais, rastreando e diagnosticando precocemente os agravos relacionados ao trabalho, a partir dos exames complementares, conforme os riscos de exposição. Constam exames para fins de Atestado de Saúde Ocupacional: Admissional, Periódico, Demissional, Retorno ao Trabalho e Mudança de Risco Ocupacional.

Acidente de trabalho

Conforme o Artigo 19 da Lei 8.213/91, acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Dentre as possibilidades existentes, temos:

- Doença profissional ou do trabalho: produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade;
- Acidente típico: ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da instituição;
- Acidente de trajeto: ocorre no percurso do local de residência para o trabalho ou desse para aquele, considerando a distância e o tempo de deslocamentos compatíveis com o percurso do referido trajeto. Para que seja considerado acidente de trajeto, é necessária a cópia do boletim de ocorrência, atestado médico com o CID ou duas testemunhas.

Todos os acidentes de trabalho deverão ser comunicados ao SESMT em até 24 horas, ou no primeiro dia útil após a ocorrência, para o acompanhamento da Medicina do Trabalho e emissão de CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho.

As orientações acerca dos procedimentos quando ocorre um acidente de trabalho constam na Diretriz do Fluxo de atendimento para o colaborador acidentado.

Atestado médico/odontológico

Os atestados médicos e odontológicos deverão ser entregues ao Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT até o segundo dia útil após a data do início do afastamento. Passado este período, não serão aceitos pela instituição, conforme a Diretriz de Recebimento de Atestados.

Exame Periódicos – NR 07

Os exames médicos periódicos são fundamentais para avaliação do estado de saúde cdos colaboradores, e visa orientá-los quanto aos níveis dos fatores de risco, sejam eles físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos/acidente, a que estão expostos em seus ambientes laborais. É responsabilidade do colaborador comparecer ao SESMT para a realização do seu exame na data prevista.

Programa de Imunização Ocupacional

O programa de imunização ocupacional desempenhando um papel fundamental na prevenção de doenças infecciosas relacionadas ao trabalho, promovendo a saúde e o bem-estar dos colaboradores, assegurando a cobertura geral do ambiente de trabalho. As imunizações são acompanhadas e realizadas conforme as recomendações da NR – 32.

Aqui está a ilustração de **uniformização dos recursos humanos** na UPA 24 h de Boquim: diferentes profissionais (enfermagem, médico, recepção, serviço de apoio e segurança) posicionados na entrada da unidade, todos com crachás e uniformes padronizados que reforçam identidade visual, organização e profissionalismo da equipe. Ideal para materiais de apresentação ou manuais de RH.

UPA 24h
de Boquim

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL – UPA 24H DE BOQUIM/SE

Aprovado pela Diretoria de Projetos e pelo Departamento Jurídico da AHBB | Rede Santa Casa

Versão Prévia para Deliberação do Conselho de Administração

PREÂMBULO

O Departamento Jurídico e a Diretoria de Projetos da **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB) | Rede Santa Casa**, no uso de suas atribuições estatutárias, editam o presente **Regulamento de Contratação de Pessoal** aplicável à **UPA 24h de Boquim**, unidade gerenciada pela AHBB mediante Contrato de Gestão celebrado com o Município de Boquim/SE. O documento segue os princípios constitucionais da Administração Pública (art. 37 da CF/1988) e as normas trabalhistas, orçamentárias e sanitárias vigentes.

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E DEFINIÇÕES

Art. 1º Finalidade

Estabelecer normas e procedimentos padronizados de gestão de pessoas na UPA 24h de Boquim, assegurando impessoalidade, transparência, economicidade e alinhamento às metas assistenciais pactuadas com o Poder Público.

Art. 2º Definições

I. **UPA 24h de Boquim**: unidade de pronto atendimento gerenciada pela AHBB por meio de Contrato de Gestão nº ___/2024, firmado nos termos da Lei Estadual nº 7.170/2011 e da legislação das Organizações Sociais de Saúde.
II. **Contrato de Gestão**: instrumento jurídico que rege a relação entre a AHBB e o Município de Boquim para operação da UPA, definindo metas, indicadores e teto orçamentário.
III. **Termo de Fomento/Colaboração**: instrumento previsto na Lei Federal nº 13.019/2014, quando aplicável.
IV. **Convênio**: instrumento administrativo regido pela Portaria MS nº 2.567/2016 e normas complementares.
V. **Contrato de Prestação de Serviços**: relação contratual de direito privado com terceiros.

VI. **Requisição de Admissão**: solicitação formal de abertura de vaga, contendo descrição do cargo, jornada, remuneração e vínculo, alinhada ao Plano de Contas aprovado.
VII. **Limite Orçamentário**: teto de gastos com pessoal definido na proposta financeira aprovada pelo Município.
VIII. **Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)**: instrumento de gestão de pessoas específico da UPA, elaborado pelo RH Corporativo e homologado pelo Diretor-Presidente.
IX. **Edital de Seleção**: documento público que disciplina cada processo seletivo.

CAPÍTULO II – DA REQUISIÇÃO DE VAGAS E CARGOS

Art. 3º Dimensionamento de Pessoal

§ 1º A estrutura de cargos da UPA decorre da proposta financeira aprovada; ajustes posteriores dependerão de demonstração de necessidade assistencial e compatibilidade orçamentária.
§ 2º A ordem de referência para dimensionamento é:

1. Portarias do Ministério da Saúde sobre parâmetros assistenciais (ex.: Portaria GM/MS nº 3.390/2013);
2. Resoluções dos Conselhos Profissionais (CFM, COFEN, CRO, etc.);
3. Metas de produção assistencial pactuadas no Contrato de Gestão.

Art. 4º Publicidade

Todo processo seletivo será precedido de Edital público no site oficial da AHBB, assegurando igualdade de oportunidades.

Art. 5º Fluxo de Aprovação de Vaga

I. Solicitação inicial pela Direção da UPA ou pela Diretoria Executiva;
II. Conferência de dotação orçamentária pela Controladoria e validação do Plano de Contas;
III. Encaminhamento ao Departamento de RH e Gestão de Pessoas para abertura do processo seletivo.

CAPÍTULO III – DO PROCESSO SELETIVO

Art. 6º Competências do RH e Gestão de Pessoas

I. Coordenar políticas de RH e garantir aderência ao orçamento;
II. Elaborar PCCS, cronograma e instrumentos de seleção;
III. Providenciar consulta prévia ao Jurídico sobre legislação trabalhista e requisitos de segurança e medicina do trabalho.

Art. 7º Conteúdo do Edital

O Edital deverá conter, no mínimo: descrição da função, número de vagas, requisitos, salário, benefícios, etapas, critérios de pontuação e cronograma.

Art. 8º Etapas do Processo Seletivo

1. **Primeira Etapa** – Publicação do Edital, inscrições on-line e reserva de cotas;
2. **Segunda Etapa** – Triagem curricular, provas técnicas e entrevistas;
3. **Terceira Etapa** – Entrega documental, exame médico admissional e assinatura de CTPS.

Parágrafo único. Metodologias adicionais (dinâmicas de grupo, testes psicológicos, etc.) poderão ser incluídas conforme Política de RH.

Art. 9º Cargos de Confiança

Para cargos enquadrados no art. 62 da CLT, a Diretoria Executiva poderá realizar contratação direta, vedado o nepotismo e observadas as restrições da Lei Federal nº 9.784/1999 e do Decreto Federal nº 7.203/2010.

Art. 10 Terceirização

É permitida a terceirização de atividades-meio e de apoio, nos termos da Lei nº 13.429/2017, inexistindo vínculo trabalhista direto entre terceirizados e a AHBB.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11 Vedação de Favorecimento

É expressamente proibida qualquer forma de favorecimento pessoal, político, religioso ou de gênero na contratação de pessoal.

Art. 12 Aplicação Subsidiária

Aplicam-se subsidiariamente: (a) o Edital específico de cada seleção; (b) os Manuais e Políticas Corporativas de RH da AHBB; (c) a legislação trabalhista e sanitária vigente.

Art. 13 Casos Omissos

Serão dirimidos pelo Departamento de RH Corporativo, ad referendum da Diretoria Executiva da AHBB.

Art. 14 Vigência

Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor-Presidente da AHBB e produzirá efeitos após homologação pelo Conselho de Administração.

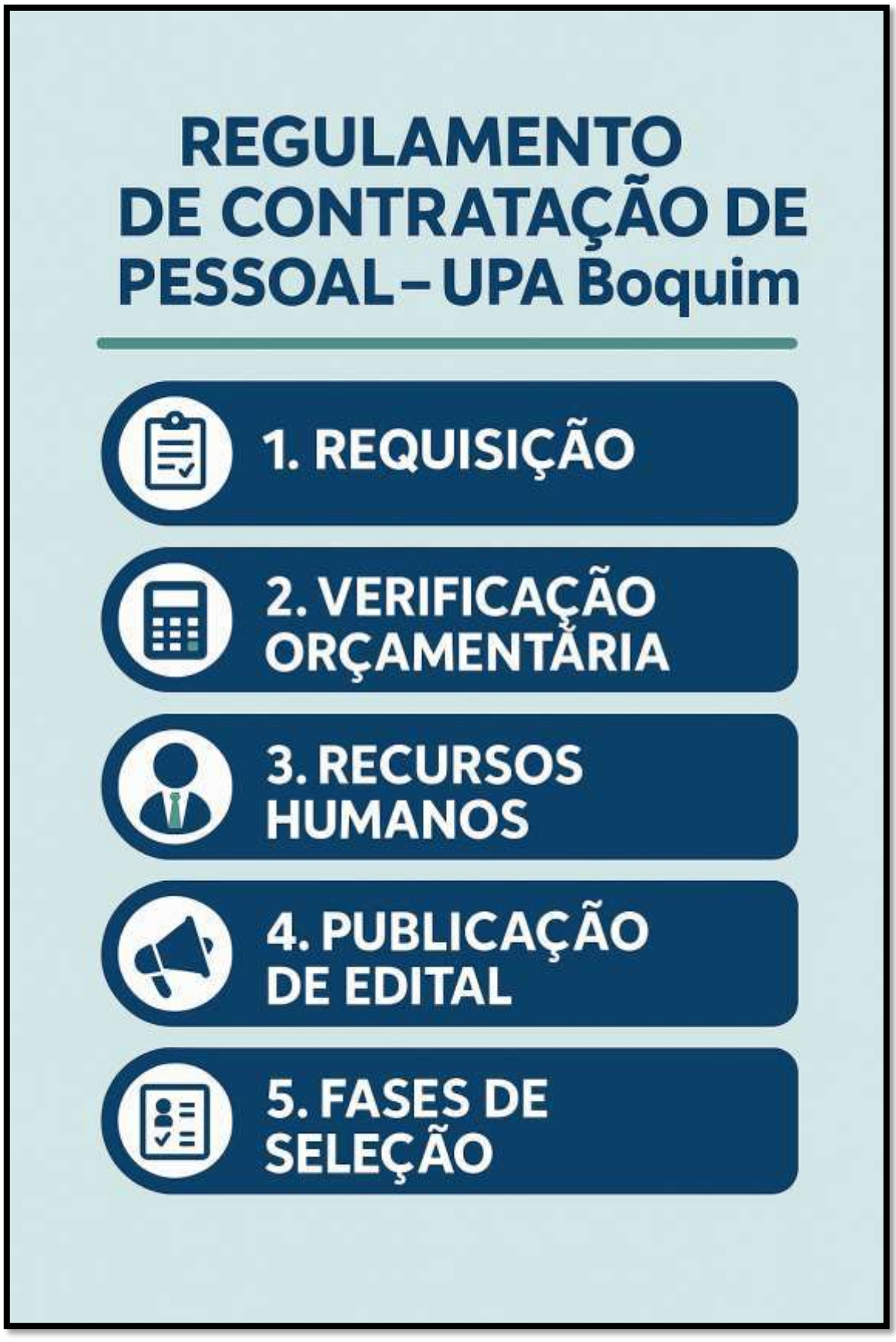
Boquim/SE, 05 de julho de 2025.

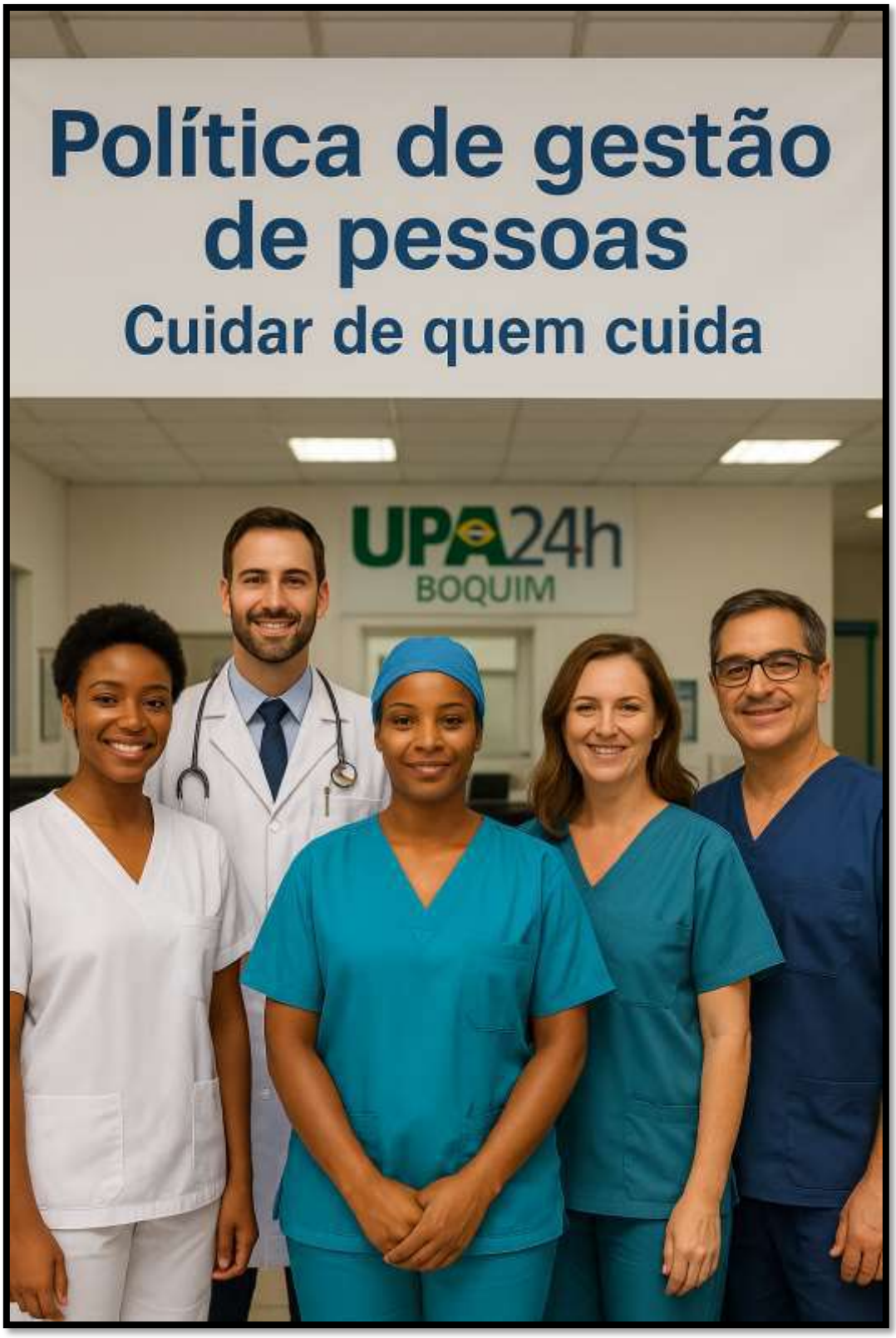
Documento elaborado por:

- *Pedro Guilherme Pires Andrade Cruz* – Diretor de Projetos
- *Bruno Lincoln Ramalho Paes* – Advogado (OAB/SP 381.178)

Regulamento aprovado por:

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
Diretor-Presidente


REGULAMENTO
DE CONTRATAÇÃO DE
PESSOAL – UPA Boquim
1. REQUISIÇÃO
2. VERIFICAÇÃO
ORÇAMENTÁRIA
3. RECURSOS
HUMANOS
4. PUBLICAÇÃO
DE EDITAL
5. FASES DE
SELEÇÃO


Política de gestão de pessoas
Cuidar de quem cuida
UPA 24h
BOQUIM

ANEXO DA PARTE 4 DA PROPOSTA DO PLANO DE TRABALHO

ANEXO I

CONTRATOS DE GESTÃO

CONTRATO Nº. 138/2024

CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2024
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 062/2024

CONTRATO DE GESTÃO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARAGUARI, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A ENTIDADE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL (AHBB), QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA O GERENCIAMENTO OPERACIONAL E ADMINISTRATIVO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO -UPA.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o MUNICÍPIO DE ARAGUARI, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, com sede na Rua Doutor Afrânio, n°. 163, Centro, CEP 38.440-072, Araguari-MG; representada pela Secretária Municipal de Saúde Sra. Thereza Christina Griep, nomeado(a) pela Portaria nº 125, de 30 de janeiro de 2024, publicada no Correio Oficial do Município de 30 de janeiro de 2024, portadorA da Matrícula Funcional nº 0253642, doravante denominado CONTRATANTE, e, do outro lado, a entidade ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ: 45.349.461/0001-02 com sede no município de Garça, Estado de São Paulo, à Rua Dr. Orlando Thiago Santos, nº 50, Bairro Vila Williams, CEP: 17402-064, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu diretor presidente, Sr. JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO, portador do documento de identidade RG nº 42.818.243.4 SSP-SP, e inscrito no CPF/MF nº 362.328.398-38, doravante denominada CONTRATADA, realizada através do Processo de Chamada Pública nº 003/2024, ao que dispõe a Lei Federal n°. 8.080, de 19/09/90, a Lei 14.133/21 e a Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, a Lei Municipal n°. 5.427, de 08 de setembro de 2014, alterada pela Lei Municipal n°. 5.640, de 10 de dezembro de 2015, regulamentada pelo Decreto Municipal n°. 059, de 01 de junho de 2015 e demais alterações, considerando as diretrizes e normas do Sistema Público de Saúde — SUS emanadas do Ministério da Saúde MS, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO para o Gerenciamento Operacional e Administrativo da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Contrato de Gestão tem por objetivo o gerenciamento operacional e administrativo, pela CONTRATADA, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 hs), localizada na Praça da Constituição, S/N, Bairro Goiás, CEP 38.440-212, com funcionamento em tempo integral (24 horas por dia, todos os dias da semana).

1.2. A execução do presente Contrato de Gestão dar-se-á pela CONTRATADA, nos termos e condições propostas no Programa de Trabalho aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde e demais diplomas legais.

1.3. O presente Contrato vincula-se ao instrumento convocatório e seus Anexos, bem como à proposta apresentada pela CONTRATADA nos autos do procedimento CHAMADA PÚBLICA nº. 003/2024.

1.4. Fazem parte do presente Contrato de Gestão todos os anexos do Edital.

CLÁUSULA SEGUNDA — DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

2.1. Conforme Termo de Permissão de Uso (ANEXO III) o imóvel da Unidade de Pronto Atendimento — UPA, de propriedade do Município de Araguari, assim como os bens móveis têm o seu uso permitido pela CONTRATADA durante a vigência do presente Contrato de Gestão, nos termos da Lei Federal n°. 9.637 de 15 de maio de 1998, Lei Municipal no. 5.427, de 08 de setembro de 2014 e Decreto n°. 059 de 1° de junho de 2015, com alterações posteriores.

CLÁUSULA TERCEIRA — OBRIGAÇÃO DA CONTRATADA

3.1. Cumprir todas as obrigações constantes no Edital de Chamamento Público, seus anexos e na proposta por ela apresentada, no Termo de Referência (TR), assumindo com exclusividade os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

3.2. Manter durante toda a execução do contrato em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Chamamento Público e no Termo de Referência.

3.3. Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato de gestão, devendo o mesmo ser formalmente designado pela contratada antes do início da prestação dos serviços, em cujo instrumento deverá constar expressamente os poderes e deveres em relação à execução do objeto. (artigo 44, Instrução Normativa nº 05, de 26 de maio de 2017).

3.4. Conhecer e responsabilizar-se por todas as providências e deveres estabelecidos na legislação, normas, políticas e procedimentos de Segurança da Informação da Secretaria Municipal de Saúde, bem como assinar o Termo de Confidencialidade.

3.5. Assegurar, em conjunto com a Contratante, a proteção dos dados de cada um dos usuários pacientes, na forma regulamentada pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

3.6. Executar modelo de Governança Corporativa e de Gestão administrativa da UPA 24 horas listada no termo de referência.

3.7. Responsabilizar pelos bens e ativos da UPA 24 horas.

3.8. Responsabilizar pela Gestão de Insumos e Almoxarifado.

3.9. Responsabilizar pela documentação da UPA 24 horas, incluindo inscrição e manutenção de dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a legislação vigente.

3.10. Responsabilizar integralmente e exclusivamente pela contratação de pessoal e de terceiros para execução dos serviços que compõem o objeto pactuado.

3.11. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da UPA 24 horas e os serviços a serem prestados, conforme ANEXO I – Plano Operativo.

3.12. Prover a contratação dos recursos humanos em conformidade com os dispositivos legais da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), observados no tocante aos profissionais médicos, querendo, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), em especial no Agravo Regimental na Reclamação nº 47.843, Relatora Ministra Carmem Lucia; RE 958.252 – Tema 725, Relator Ministro Luiz Fux; Agravo Regimental na Reclamação nº 39.351, Relator Ministro Alexandre de Moraes; responsabilizando-se por todos os ônus advindos da relação contratual, inclusive encargos sociais e sem prejuízo de arcar com as verbas rescisórias, no âmbito administrativo e/ou judicial.

3.13. Desenvolver Política de Gestão de Pessoas e obedecer às Normas do Ministério da Saúde/MS,

especialmente a Portaria MS de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017; as Deliberações CIB-SUSMG, as normas aplicáveis à atenção às urgências e emergências do SUS/Araguari; as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, as normas relacionadas à defesa e proteção do Meio Ambiente; as Normas relativas à LGPD; as normas editadas pelos respectivos Conselhos Profissionais e outros dispositivos normativos e legais aplicáveis à execução do objeto. Deverá, ainda, desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR 32/2005 do MTE.

3.14. Contratar, no uso de sua prerrogativa legal, em face de seu gerenciamento administrativo, sem comprometimento da qualidade dos serviços, observado o seu Regulamento de Compras e Contratações, empresas para prestação de serviços de apoio, tais como, higienização e limpeza, lavanderia, fornecimento de gases medicinais, entre outros.

3.15. Designar profissional de Enfermagem como Responsável Técnico da equipe pactuada. Deverá providenciar até o 30º dia após a assinatura do contrato com o profissional, o Certificado de Responsabilidade Técnica da unidade emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem- COREN.

3.16. Disponibilizar em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços, equipe médica e de enfermagem composta por profissionais devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002) e no Conselho Regional de Enfermagem (Resolução COREN nº 293/2004.), ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato.

3.17. Instruir o prontuário eletrônico do cidadão, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem e demais profissionais que o assistam).

3.18. Não permitir o uso das instalações, usuários ou a Prefeitura Municipal de Araguari e sua Secretaria Municipal de Saúde em tratamento experimental ou pesquisa médica sem prévia permissão da gestão municipal, observadas as disposições relativas ao CONEP.

3.19. Adotar metodologia de trabalho, através de sistema de informação oficial, seja originado do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde em todos os setores e serviços prestados na unidade, podendo ser usados de natureza privada, desde que com interoperabilidade sistêmica e qualidade técnica comprovada.

3.20. Manter e conservar todos os equipamentos clínicos, não-clínicos e mobiliários, os respectivos equipamentos e acessórios, assim como deverá manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem padrões altos de conforto e limpeza.

3.21. Prover e manter o abastecimento de todos os equipamentos e mobiliários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas).

3.22. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados administrativos, assim como assegurar a frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

3.23. Registrar e controlar diariamente a frequência e a pontualidade dos profissionais de saúde, para o fiel cumprimento da sua carga horária cadastrada mediante controle eletrônico de ponto ou congênere, de mesma qualidade, que o venha a substituir.

3.24. Garantir a atualização dos registros da carga horária compatível dos profissionais de saúde junto ao CNES-DATASUS.

3.25. Apresentar, ao final do contrato de gestão, à Secretaria Municipal de Saúde de Araguari inventário de

mobiliário e equipamentos preexistentes indicando o estado de conservação dos itens.

23.26. Prestar os Serviços em Saúde pertinentes ao perfil de atendimento da UPA 24 horas de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

3.27. Dispor de planos operativos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas ou afastamentos, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços assistenciais ofertados à população.

3.28. Responsabilizar-se, com exclusividade, pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade, solidária ou subsidiária, à Administração Pública, na forma da Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, com alteração dada pela Lei federal nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, aplicável à espécie em razão de seu caráter de norma geral.

3.29. Possuir Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde que deverá ser adequado às necessidades da UPA 24 horas e providenciar todas as documentações necessárias para liberação de alvará sanitário.

3.30. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, em face dos indicadores epidemiológicos, sugestões de expansão de serviços ou da estrutura predial, não previstas em suas obrigações ou no Termo de Referência.

3.31. Implementar um Plano de Qualidade dos serviços prestados atuando sobre os seguintes aspectos:

3.31.1. Qualidade no registro dos atendimentos;

3.31.2. Implantação de revisão de prontuários;

3.31.3. Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros de atendimento atendendo metas e indicadores;

3.31.4. Sistema de gestão hospitalar (compras, custos e estoques);

3.31.5. Atendimento à legislação e normas do Ministério da Saúde (MS) e do SUS em relação às comissões obrigatórias para o atendimento de urgências e emergências;

3.31.6. Acolhimento com classificação de risco;

3.31.7. Contrarreferência dos pacientes após os atendimentos agudos à Atenção Básica e ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com fornecimento de relatório com resumo de atendimento;

3.31.8. Protocolos de acesso e oferta de serviços aos pacientes, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e do SUS para as urgências e emergências (medicação e exames diretamente vinculados ao perfil de classificação);

3.31.9. Promoção de capacitação continuada aos trabalhadores, bem como de ações que visem atualizar as práticas e conhecimentos profissionais.

3.32. Dar retaguarda às urgências das Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família.

3.33. Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

3.34. Atender os pacientes agudos de média complexidade.

3.35. Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da UPA 24 horas e, os casos de menor complexidade, à noite, nos finais de semana e feriados, quando a rede básica e o Programa Saúde da Família não estão ativos.

3.36. Desenvolver ações e serviços de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a Rede Básica de Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar, rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não agudos e favorecendo, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes).

3.37. Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência.

3.38. Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

3.39. Prestar os serviços e as ações de saúde com qualidade atendendo exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo gratuito, universal e igualitário.

3.40. Manter afixado, em local visível aos seus usuários, conforme modelo padronizado pela Secretaria Municipal de Saúde, os seguintes avisos: Estabelecimento integrante da Rede SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição; informações da Ouvidoria Geral do SUS local para sugestões, reclamações e denúncias.

3.41. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão a execução deste contrato.

3.42. Para efeito de produção, a contratada deverá informar no SIA todos os atendimentos realizados na UPA 24 horas, compreendendo:

3.42.1. primeira consulta médica e classificação de risco (entende-se por primeira consulta a visita inicial do paciente encaminhado pela rede assistencial do município ou de livre demanda na UPA);

3.42.2. interconsulta médica, enfermagem e demais profissionais assistentes (entende-se por interconsulta a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição);

3.42.3. consulta subsequente (entende-se por consulta subsequente todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais);

3.42.4. pequenos procedimentos na clínica cirúrgica e ortopédica (será considerado intervenção cirúrgica aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias da Unidade que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita).

3.43. A contratada será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes à SMS ou a terceiros na execução do Contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

3.44. A contratada também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços, cuja natureza jurídica dos contratos por ela celebrados é privado, conforme decidido erga omnes pelo STF na ADIN 1923-DF.

3.45. A contratada responsabiliza-se civil e criminalmente pelas condições estruturais do imóvel, alvará de funcionamento, alvará sanitário, Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais CBMMG, Projeto de Combate à Incêndio.

3.46. Possuir controle de estoque que possa ser realizado em tempo real por unidade os lançamentos e saídas de materiais.

CLÁUSULA QUARTA — OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Caberá ao Poder Público garantir à Parceira, celebrante do contrato de gestão, as condições necessárias para a operacionalização da UPA 24 horas constante do termo de referência, obrigando-se pelos seguintes:

4.1.1. Disponibilizar a atual instalação física da UPA 24 horas para a Contratada, visando o seu gerenciamento operacional e administrativo, assim como bens existentes no local e equipamento disponíveis.

4.1.2. Fornecer abastecimento de água, internet e energia elétrica, compatíveis com o perfil assistencial da Unidade.

4.1.3. Fornecer suporte com transporte/remoção/locomoção de pacientes com disponibilização de veículo e motorista quando necessário para realização de exames e/ou transferência para outras unidades de saúde, extrapolada a capacidade da unidade.

4.1.4. Realizar inventário patrimonial e sua disponibilização para o uso da Contratada.

4.1.5. Realizar inventário de estoque de materiais, medicamentos, insumos e sua disponibilização para o uso da Contratada.

4.1.6. Promover a entrega da estrutura em condições de funcionamento.

4.1.7. Efetuar o pagamento da prestação de serviço, correspondente à gestão compartilhada, no prazo fixado, sem atrasos, no valor integral dos serviços contratados, em data a ser estabelecida em instrumento contratual.

4.1.8. Designar um gestor e um Fiscal para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, neste caso sendo a Subsecretaria de Urgência e Emergência, sem prejuízo das atribuições da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização, definidas nos artigos 2º, 3º e 4º do Decreto Municipal nº 67, de 15 de junho de 2016.

4.1.9. Prestar, sempre que necessário, as informações e os esclarecimentos solicitados pela Contratada.

4.1.10. Desenvolver controle e avaliação periódica através da fiscalização (fiscal do contrato).

4.1.11. Permitir e acompanhar o acesso dos funcionários da Contratada às suas dependências, para execução dos serviços referentes ao objeto, sempre que necessário.

4.1.12. Notificar, por escrito, a Contratada acerca da aplicação de eventuais penalidades garantindo-lhe, na forma do Termo de Referência, o direito ao contraditório e a ampla defesa.

4.1.13. Aplicar à Contratada as sanções administrativas regulamentares e contratuais cabíveis, quando necessário, observadas as garantias legais.

4.1.14. Assegurar, em conjunto com a Contratada, a segurança das informações clínicas dos usuários, na

forma regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), observadas as adequações à Lei federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

4.1.15. Realizar, a qualquer tempo, visitas técnicas à Unidade com vistas ao acompanhamento e monitoramento dos serviços e atividades assistenciais.

4.1.16. Elaborar relatórios a partir das visitas realizadas, assim como proceder notificação, formal e tempestiva, à entidade sobre as irregularidades observadas no cumprimento deste contrato.

4.1.17. Especificar e estabelecer diretrizes para aceitação dos serviços executados ou produzidos pela entidade.

4.1.18. Promover as glosas de pagamento na parcela do custeio mensal devido à Contratada, no caso de descumprimento total ou parcial das metas/indicadores variáveis exigidos no Termo de Referência.

4.1.19. Providenciar a cessão de servidor, se for o caso, na forma da Lei federal nº 9.637/98 e outras normas aplicáveis.

4.1.20. Responsabilizar-se pelo pagamento dos vencimentos ou remuneração dos servidores cedidos para atuação na UPA 24 horas, sob o gerenciamento operacional e administrativo da Contratada.

4.1.21. Proceder ao inventário dos bens móveis da UPA 24 horas para a sua adequada e formal disponibilização para a contratada parceira.

4.1.22. Observar, na celebração do contrato de gestão, os preceitos definidos no artigo 16 do Decreto Municipal nº 59, de 1º de junho de 2015.

CLÁUSULA QUINTA — DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. O valor de custeio estimado para a execução do presente Contrato de Gestão para o exercício de 2024/2025 é de **R$ 31.849.989,72 (trinta e um milhões, oitocentos e quarenta e nove mil, novecentos e oitenta e nove reais e setenta e dois centavos)**.

5.1.2. O valor estimado para pagamento referente aos pacientes em observação, será computado após 24h da inserção do paciente no sistema SUSFACIL, em R$ 712.716,59 (setecentos e doze mil, setecentos e dezesseis reais e cinquenta e nove centavos).

5.1.3. Valor total estimado (parcela fixa + variável) para contratação é de R$ 31.849.989,72 (trinta e um milhões, oitocentos e quarenta e nove mil, novecentos e oitenta e nove reais e setenta e dois centavos).

5.2. A primeira parcela será paga em duas etapas, sendo 50% no ato da assinatura do contrato de gestão, e o restante será pago até o 5º (quinto) dia do mês subsequente. O valor do Operacional 2 será pago até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente, após a análise dos dados da prestação de contas e cumprimento de metas e indicadores do mês anterior.

5.3. Os desembolsos seguintes ocorrerão mensalmente com o valor integral da parcela do Operacional 1 até o 5º (quinto) dia do mês e o restante do Operacional 2 até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente, após a análise dos dados da prestação de contas e cumprimento de metas e indicadores do mês anterior.

5.4. O pagamento referente ao Cronograma de Desembolso – ANEXO IV será calculado com base no faturamento das despesas efetivamente realizadas/faturadas pela Contratada (Parceira) para consecução dos fins do objeto do Contrato de Gestão, relativos a aquisição de insumos, bens, materiais hospitalares, descartáveis, medicamentos, filmes radiográficos, bem como relativos a contratação de serviços laboratoriais, telemedicina, lavanderia, refeição, entre outros descrito na Proposta Financeira.

5.5. Quando a contratada não atingir as metas contratuais ou indicadores de desempenho não forem atingidos, poderá haver glosa ou sanções ao pagamento da parcela fixa.

5.5. O pagamento mensal será fixo, com parcela fixa e pagamento variável dos pacientes que ultrapassarem 24horas de internação, após inserção no SUSFÁCIL.

5.6. A quantidade de atendimentos mensais pela Contratada poderá ser menor ou maior do que a estabelecida no Edital, exigindo-se, nesse caso, justificativa.

5.7. Cada parcela mensal de pagamento de recursos referente ao Custeio e Passivo Contingente da UPA serão depositados em contas correntes específicas distintas de titularidade da CONTRATADA, até o 5° (quinto) dia útil de cada mês para pagamento da folha de salário e até 10° dia útil para pagamentos das demais despesas de custeio, observadas as disposições do Edital e do Anexo I – Termo de Referência.

5.8. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato de Gestão serão alocados para a CONTRATADA mediante pagamentos oriundos da CONTRATANTE, sendo permitido à CONTRATADA o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração, devendo ser realizada a prestação de contas dos referidos valores quando recebidos.

5.9. A CONTRATADA, conforme previsto no Plano de Trabalho, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, se responsabilizará pela gestão da conta do Passivo Contingente cuja finalidade será de assegurar o pagamento de condenações judiciais e trabalhistas, inclusive depósitos recursais, pagamento de custas processuais, honorários advocatícios e periciais bem como demais despesas inerentes à administração do passivo contencioso, sanções e juros que eventualmente sejam devidos em razão do descumprimento do objeto contratual, observadas as disposições do Edital e do Anexo I – Termo de Referência.

5.10. Os excedentes financeiros deverão ser encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde e à Comissão da UPA, para apuração e em caso de evidenciado o gasto, os valores aprovados serão restituídos à Contratada.

5.11. As despesas decorrentes deste Contrato de Gestão correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Fonte de Recurso	Ficha	Dotação
1.500	**1312**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.500	**507**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**
1.500	**508**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.92.00**
1.600/1.605/1.621	**1313**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.600/1.605/1.621	**759**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**

CLÁUSULA SEXTA — PAGAMENTOS VARIÁVEIS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO APÓS 24H DA INSERÇÃO NO SUSFACIL.

6.1. Nas situações justificadas que ocorrerem a permanência de paciente dentro da Unidade de Pronto Atendimento por mais de 24 horas, após inserção no sistema SUSFACIL, conforme definido no EDITAL, o cálculo do custo de manutenção deste paciente até que ocorra a sua transferência para unidade de retaguarda para internação, ocorrerá da seguinte forma:

6.1.1. Ápos 24 horas de permanência dentro da Unidade de Pronto Atendimento, após inserção no sistema SUS FACIL, será calculado o valor de diária ((Vlr. do Contrato /Nº Atendimento Anual Contratado[1]) x Qtd de Paciente em Observação);

6.1.2. Para essa situação excepcional, deverá ser apresentado relatório com quadro clínico do paciente e a justificativa validada com o motivo da não transferência do paciente pelo SusFácil, com comprovação de evolução das informações atualizadas a cada 06 horas do quadro clínico do paciente no SusFácil e suas negativas de não transferência;

6.1.3. A documentação comprobatória deve ser apresentada juntamente com o fechamento do mês subsequente.

Dotação a ser utilizada para os pagamentos variáveis.

Fonte de Recurso	Ficha	Dotação
1.500	**1312**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.500	**507**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**
1.500	**508**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.92.00**
1.600/1.605/1.621	**1313**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.600/1.605/1.621	**759**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**

Cronograma de Desembolso dos Pagamentos Variáveis (Exercício 2024/2025)

DEZ/24	JAN/25	FEV/25	MAR/25	ABR/25	MAIO/25
R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602
JUN/25	**JUL/25**	**AGO/25**	**SET/25**	**OUT/25**	**NOV/25**
R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602

Este cronograma de Desembolso de pagamentos variáveis será realizado conforme notificação de pacientes em observação após 24 horas na UPA, após inserção do paciente no SUSFACIL, devendo ser claramente especificado o quadro clínico e a necessidade de permanencia na Unidade de Pronto Atendimento.

CLÁUSULA SÉTIMA — DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO.

7.1. O acompanhamento, avaliação e fiscalização da execução do Contrato de Gestão, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo, será efetuado pela Secretaria Municipal de Saúde.

7.2. O acompanhamento, avaliação e fiscalização do presente Contrato de Gestão será efetuado por intermédio da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização indicada pela Secretaria Municipal de Saúde e designada por decreto por Ato do Prefeito Municipal.

7.3. A Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização elaborará relatórios trimestrais sobre o cumprimento das metas acordadas, constantes nos Anexos deste contrato, que serão enviados a Secretária Municipal da Saúde, comunicando os resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas.

7.4. Os resultados e metas alcançados com a execução do Contrato de Gestão serão avaliados, quadrimestralmente pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização, formalmente designada pela CONTRATANTE.

7.5. A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela

Secretaria Municipal de Saúde no Diário Oficial do Município e, pela Organização Social no seu sítio eletrônico.

7.6. A CONTRATADA fica obrigada a fornecer à Comissão Técnica para Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão, todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades, com encaminhamento de relatórios mensais.

7.7. A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da CONTRATADA, nem a exime de manter fiscalização própria.

7.8. A Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização deverá elaborar relatório anual conclusivo quanto à execução do presente Contrato de Gestão.

7.9. Os relatórios supracitados, devidos pela Contratada, deverão ser encaminhados ao Secretário Municipal da Saúde para subsidiar a decisão quanto a continuidade do Contrato de Gestão.

7.10. A existência da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização não impede nem substitui as atividades de auditoria e regulação da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

7.11. A confecção periódica de relatórios pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização não exime ou retira a sua prerrogativa de outras fiscalizações e de elaboração de relatórios.

7.12. Os responsáveis pela fiscalização da execução do Contrato de Gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência à Procuradoria Geral do Município, à Superintendência da Controladoria do Município, ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA OITAVA — DA ALTERAÇÃO TOTAL E PARCIAL

8.1. O presente Contrato de Gestão poderá ser alterado, mediante revisão das metas e indicadores inicialmente pactuadas, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos ou, se for o caso, apostilamentos.

8.2. O Contrato de Gestão poderá ainda ser alterado para assegurar a manutenção do seu equilíbrio econômico e financeiro na hipótese superveniente de fatos imprevisíveis ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior ou caso fortuito, configurando alea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA NONA — DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO.

9.1. Sem prejuízo das situações já definidas no Edital e no Termo de Referência constante do ANEXO I, a rescisão do Contrato de Gestão poderá ser efetivada:

9.1.1. Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato de Gestão decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

9.1.2. Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

9.1.3. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar a CONTRATANTE, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços

contratados.

9.2. Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, a CONTRATANTE providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

9.3. A CONTRATADA terá o prazo máximo de 90 (noventa dias), a contar da data da rescisão do Contrato de Gestão, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE, desde que todos os repasses financeiros tenham sido transferidos à CONTRATADA conforme cronograma estabelecido entre as partes.

9.4. Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, a utilização de forma irregular de recursos públicos; deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade; violar os princípios que regem o Sistema Público de Saúde.

9.5. A ocorrência de infração contratual sujeita a CONTRATADA, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

9.6. Garantida a defesa prévia, a inexecução total ou parcial do contrato de gestão, assim como sua execução irregular, sujeitará a Organização Social, sem prejuízo da revogação unilateral do ajuste, às seguintes penalidades:

9.6.1. advertência;

9.6.2. multa;

9.6.3. suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Araguari/MG, por período não superior a 2 (dois) anos.

9.6.4. declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

9.7. A advertência poderá ser aplicada quando ocorrer:

9.7.1. descumprimento das obrigações que não acarretem prejuízos para à Prefeitura;

9.7.2. execução insatisfatória ou pequenos transtornos ao desenvolvimento da atividade, desde que sua gravidade não recomende a aplicação da suspensão temporária ou declaração de inidoneidade.

9.7.3. A contratante poderá aplicar à contratada MULTA de:

9.7.3.1. 0,5% do valor mensal de contrato por dia de atraso na execução dos serviços;

9.7.3.2. 1% do valor mensal de contrato por inexecução parcial do serviço, caracterizada pelo descumprimento de obrigação contratual pertinaz após advertência em mês subsequente;

9.7.3.3. 5% do valor mensal de contrato por inexecução parcial do serviço, caracterizada pelo descumprimento de obrigação contratual pertinaz a primeira multa em mês subsequente;

9.7.3.4. 10% do valor mensal de contrato por inexecução parcial do serviço, caracterizada pelo descumprimento de três ou mais obrigações contratuais;

9.7.3.5. 20% do valor total do contrato, em caso de inexecução total das obrigações contratuais.

9.7.3.6. Caso haja situação em que se enquadre em mais de um caso de multa poderá ser utilizado o maior valor.

9.8. A suspensão temporária será aplicada quando ocorrer:

9.8.1. apresentação de documentos falsos ou falsificados;

9.8.2. reincidência de execução insatisfatória do ajuste;

9.8.3. reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;

9.8.4. irregularidades que ensejam a rescisão unilateral do contrato de gestão;

9.8.5. condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

9.8.6. prática de atos ilícitos visando prejudicar o contrato de gestão;

9.8.7. prática de atos ilícitos que demonstrem não possuir a Organização Social idoneidade para contratar com o Município de Araguari/MG.

9.9. A declaração de inidoneidade poderá ser proposta ao Secretário(a) Municipal de Saúde quando constatada a má fé, ação maliciosa e premeditada em prejuízo da execução do contrato, evidência de atuação com interesses escusos ou reincidência de faltas que acarretem prejuízo à Prefeitura ou aplicações sucessivas de outras penalidades.

9.10. Caso julgadas devidas as multas, após garantido à Organização Social o direito de defesa, os valores correspondentes serão abatidos ao valor mensal ajustado.

9.11. As penalidades definidas no Termo de Referência são independentes e a aplicação de uma não exclui outras que sejam pertinentes ao caso, sendo possível a aplicação de multas cumulativamente às demais sanções previstas no item 27.2. deste termo.

9.12. Pelo não cumprimento das Metas/Indicadores previstos no Termo de Referência, devidamente apuradas pela Comissão de Monitoramento e Fiscalização, serão aplicadas, proporcionalmente, as glosas de pagamento do contrato de gestão no mês seguinte à apuração.

CLÁUSULA DÉCIMA — REAJUSTE

10.1. Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da assinatura do Contrato de Gestão poderá a CONTRATADA fazer jus ao reajuste do valor contratual pelo IPCA acumulado no período, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção ou dos insuetos utilizados na consecução do objeto contratual.

10.2. O reajuste deverá ser requerido expressamente pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias que antecede a data da renovação contratual, sob pena de preclusão, acompanhado da variação efetiva do custo de produção na consecução do objeto contratual, bem corno dos instrumentos coletivos de trabalho firmados com entidades sindicais.

10.3. Após a celebração da renovação, presumir-se-á de modo absoluto a aceitação do valor do contrato, sem o reajuste requerido, para o respectivo período renovado.

10.2. Em caso de desequilíbrio da equação econômico-financeira, será adotado o critério de revisão, como forma de restabelecer as condições originalmente pactuadas.

10.3. A revisão poderá ocorrer a qualquer tempo da vigência do contrato de gestão, desde que a parte interessada comprove a ocorrência de fato imprevisível, superveniente à formalização da proposta, que importe, diretamente, em majoração de seus encargos.

10.4. Em caso de revisão, a alteração do preço ajustado, além de obedecer aos requisitos referidos no item anterior, deverá ocorrer de forma proporcional à modificação dos encargos, comprovada minuciosamente por meio de memória de cálculo a ser apresentada pela parte interessada.

10.5. Dentre os fatos ensejadores da revisão, não se incluem aqueles eventos dotados de previsibilidade, cujo caráter possibilite à parte interessada a sua aferição ao tempo da formulação/aceitação da proposta, bem como aqueles decorrentes exclusivamente da variação inflacionária, uma vez que inseridos, estes últimos, na hipótese de reajustamento contratual.

10.6. A incorporação de novos serviços, solicitados pela contratante, desde que no conteúdo material descrito no Termo de Referência, será feita por Aditivo, com a consequente revisão de valores do contrato de gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA — VIGÊNCIA – ALTERAÇÃO, RENOVAÇÃO E RESCISÃO DO CONTRATO

11.1. O presente contrato vigorará por 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado sucessivamente até o limite de 10 (dez) anos.

11.2. A renovação do presente contrato dependerá, também, da demonstração da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, consubstanciadas em relatório circunstanciado elaborado pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização do contrato de gestão.

11.3. Havendo necessidade de introdução de novas especialidades médicas, serviços especializados, atendimento de urgências/emergências, novos exames ou outra atividade decorrente de demandas, essas mudanças poderão ser previamente definidas e/ou autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, após análise técnica, quantificação do atendimento e orçamento econômico-financeiro, sendo formalizadas através de aditivo contratual, devidamente justificado.

11.4. Sem prejuízo das disposições do Edital e do Termo de Referência (ANEXO I), o presente contrato poderá ser rescindido por ato unilateral e escrito do Contratante, bem como, administrativamente por acordo entre as partes, independentemente de demais medidas cabíveis, nas situações previstas neste instrumento.

11.5. Em caso de rescisão do contrato de gestão, a Contratada se obriga a continuar prestando os serviços de saúde, objeto do contrato, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do ato rescisório.

11.6. Nas hipóteses de inexecução total ou parcial do contrato, a critério da Contratante, poderá ensejar sua rescisão, com as consequências previstas no contrato e na lei.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA — PUBLICAÇÃO

12.1. O presente Contrato de Gestão deverá ser publicado, na íntegra, no Diário Oficial do Município, ficando condicionada a essa publicação à plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA — FORO

13.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Araguari do Estado de Minas Gerais para dirimir qualquer questão oriunda do presente Contrato de Gestão ou de sua execução, renunciando a CONTRATADA a qualquer outro

foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Araguari, 14 de novembro de 2024.

THEREZA CHRISTINA GRIEP:00146934024
Assinado de forma digital por THEREZA CHRISTINA GRIEP:00146934024 Dados: 2024.11.21 09:11:01 -03'00'

CONTRATANTE
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sra. Thereza Christina Griep

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Dados: 2024.11.21 09:52:06 -03'00'

CONTRATADA
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

TESTEMUNHAS:

gov.br Documento assinado digitalmente
PATRICIA CARDOSO GOMIDE
Data: 21/11/2024 09:18:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

NOME: PATRICIA CARDOSO GOMIDE
CPF: 006.167.446-09

JOAO VICTOR SILVA NOGUEIRA:10438761626
Assinado de forma digital por JOAO VICTOR SILVA NOGUEIRA:10438761626 Dados: 2024.11.21 09:39:49 -03'00'

NOME: JOAO VICTOR DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 104.387.616-26

TERMO DE FOMENTO Nº 013/2023

MEMORANDO 1-DOC Nº 29.642/2023

TERMO DE FOMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GARÇA E ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA HOSPITALAR, SENDO GERIDO CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA CIRÚRGICA, CLÍNICA GINECO-OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI ADULTO), ALÉM DE SERVIÇOS DE RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E FISIOTERAPIA, NO HOSPITAL SÃO LUCAS, EM CONFORMIDADE COM OS DEMONSTRATIVOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM O PLANO DE TRABALHO

Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro do ano de 2023, nesta cidade de Garça, Estado de São Paulo, presentes de um lado o **MUNICÍPIO DE GARÇA**, inscrito no C.N.P.J./M.F. sob nº44.518.371.0001/35, com endereço na Praça Hilmar Machado de Oliveira nº 102, Centro, Garça/São Paulo, neste ato devidamente representado pelo Prefeito Municipal Sr. **JOÃO CARLOS DOS SANTOS**, portador da Cédula de Identidade RG nº 11.262. 977-5 SSP/SP e inscrito no CPF nº 061.759.778-23, doravante designado simplesmente **MUNICÍPIO**, e de outro lado a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (AHBB)**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n.º 45.349.461/0001-02, e sua filial, inscrita no CNPJ nº 45.349.461/0009-60, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago dos Santos nº 50, Willians, Garça/SP, CEP 17402-064, representada neste ato pelo seu Presidente, Sr**. JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO**, brasileiro, casado, empresário, portador do RG nº 42.818.243-4/SSP-SP, inscrito no CPF sob o nº 362.328.398-38, com domicílio na Alameda dos Pessegueiros nº 121, Parque Faber I, São Carlos/SP, CEP 13561-385, doravante designada simplesmente **ENTIDADE,** resolvem, celebram o presente **TERMO DE FOMENTO**, com fundamento na Instrução nº 01/2020 do Tribunal de contas do Estado de São Paulo e às normas contidas na Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O Termo de fomento tem por objeto a operacionalização e a prestação de serviços de saúde na área hospitalar, sendo gerido clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica, clínica pediátrica e unidade de terapia intensiva (UTI Adulto), além de serviços de radiologia, tomografia e fisioterapia, no Hospital São Lucas, em conformidade com os demonstrativos técnicos que integram o Plano de Trabalho

§ 1º O objeto executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas, conforme Plano de Trabalho.

§ 2º Para atender ao disposto neste Termo de Fomento, as partes estabelecem:

I. Que a **ENTIDADE** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.
II. Que a **ENTIDADE** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este Termo de Fomento.

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ENTIDADE

São de responsabilidade da **ENTIDADE**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas previstas no Plano de Trabalho e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS e na Lei Nacional nº 13.019/2014 e Decreto Municipal nº 8557/2017, as seguintes:

1. Prestar os serviços de saúde que estão especificados e descritos no Plano de Trabalho, de acordo com o estabelecido neste Termo de Fomento e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

a. Universalidade de Serviços de saúde;

b. Prover serviços de assistência à saúde de melhor qualidade;

c. Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

d. Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS;

e. Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **ENTIDADE** por cobrança indevida feita por seu empregado, preposto, bem como servidores públicos cedidos;

f. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

g. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

h. Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

i. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

j. Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;

k. Fomento dos meios para participação da comunidade;

l. Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz, a fim de atender a demanda de atendimento;

m. Deverá arcar com todas as despesas com: manutenção de equipamentos, manutenção predial, veículos para transporte das equipes técnicas para realização das visitas domiciliares em locais de difícil acesso, estrutura administrativa, identificação do profissional e uniforme.

2. Observar aos seguintes requisitos básicos:

a) Manter uma estrutura física e administrativa no Município;

b) Manter equipe completa para que não haja prejuízo de repasse orçamentário do Ministério da Saúde para o Município;

c) Atender de imediato as solicitações e/ou projetos específicos da Secretaria Municipal de Saúde, tais como: epidemias, calamidade pública, estado de emergência, educação permanente e continuada e ações de utilidade pública na área de atuação;

d) Garantir que o processo de trabalho transcorra de forma organizada e sistematizada;

e) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

f) Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários, fundiários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados ou colaboradores utilizados na execução dos serviços, objeto deste Termo de Fomento;

g) Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus empregados, nessa qualidade, causarem a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros a este vinculado, bem como aos bens públicos móveis e imóveis, objeto de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

h) A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

falhas relativas à prestação dos serviços;

i) Manter registro atualizado de todos os atendimentos, disponibilizando a qualquer momento ao **MUNICÍPIO** e auditorias do SUS, os prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados nas Unidades;

j) Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações utilizadas, realizando a devida manutenção;

k) Garantir a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos, enfermagem, odontológico e mobiliário em geral em atenção aos seguintes pontos:

k.1. Os equipamentos, mobiliários e instrumentais do **MUNICÍPIO** serão repassados para a gestão da **ENTIDADE** em perfeito estado de uso e conservação;

k.2. A permissão de uso, mencionada no item anterior, deverá ser formalizada mediante Decreto de Permissão de Uso específico e determinado, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens, que deverá ser efetuado pela Secretaria Municipal de Saúde;

k.3. Os equipamentos, mobiliários e instrumentais que por ventura apresentarem obsolescência ou impossibilidade de conserto poderão ser repostos pela Municipalidade, classificados como inservíveis e retirados de uso a cargo desta;

k.4. A **ENTIDADE** deverá solicitar autorização à Secretaria Municipal de Saúde, sempre que houver a necessidade de realizar aquisições de bens móveis;

k.5. Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Termo de Fomento, deverão ser incorporados ao patrimônio do **MUNICÍPIO**.

k.5.1. Em caso de extinção ou desqualificação da **ENTIDADE**, a mesma deverá entregar ao **MUNICÍPIO** a documentação necessária para o processo de incorporação dos bens mencionados no item anterior.

l) Os equipamentos, especialmente médicos, de enfermagem e odontológicos, após avaliação técnica, com diagnóstico de perda de funcionalidade, deverão ser repostos pela Municipalidade na modalidade de investimento;

m) Garantir a manutenção predial preventiva e corretiva em atenção aos seguintes pontos:

m.1.) As estruturas prediais serão repassadas para a gestão da **ENTIDADE**, em perfeito estado de uso, funcionamento e conservação através de decreto de permissão de uso, após avaliação e mediante aceite das partes;

m.2.) As estruturas que por ventura apresentarem necessidade de intervenção estrutural serão objeto de reforma, sendo seu plano de trabalho recepcionado dentro da modalidade de investimento;

m.3.) As benfeitorias realizadas nas unidades de Saúde do Município serão incorporadas ao patrimônio municipal, não importando sua natureza ou origem dos recursos;

n) Oferecer material de uso e consumo geral e materiais descartáveis de forma complementar ao fornecimento regular do Município, quando necessário, de forma excepcional e temporária, com o intuito da não descontinuidade da assistência;

o) Encaminhar ao **MUNICÍPIO**, nos prazos e instrumentos por ele definidos, os Relatórios de atividades expressando a produtividade e qualidade da assistência oferecida aos usuários, os Relatórios de Execução Financeira expressando os gastos de custeio e investimento dos serviços, os Relatórios de Execução Fiscal tratando dos pagamentos de tributos, além de pagamento (folhas) de pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados das devidas comprovações;

p) Implantar um sistema de pesquisa de satisfação pós-atendimento, emitindo relatórios quadrimestrais e encaminhados juntamente com os apontamentos da Comissão de Monitoramento e Avaliação ao **MUNICÍPIO**;

q) Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças no plano de trabalho sem prévio relatório ao **MUNICÍPIO** e aprovação expressa da mesma;

r) Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos no Plano de Trabalho;

s) Garantir o acesso aos serviços prestados de forma integral e contínua dentro das metas pactuadas;

t) Utilizar ferramentas gerenciais que facilitem a horizontalização da gestão e a tomada de decisão;

u) Garantir transparência do processo de gestão administrativo-financeira, com abertura de planilhas financeiras e de custos, para acompanhamento das partes;

v) Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores das unidades, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral, inclusive aos agentes comunitários e endemias;

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

w) Promover ambiente acolhedor à comunidade interna e externa dos serviços;
x) Prestar esclarecimentos ao **MUNICÍPIO** por escrito sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a **ENTIDADE**, independentemente de solicitação;

3. Na prestação dos serviços descritos nos itens anteriores, a **ENTIDADE** deverá observar:
a) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
b) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
c) Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;
d) Manter a contabilidade e registros atualizados e em boa ordem, bem como relação nominal dos beneficiários das ações colaboradas à disposição dos órgãos fiscalizadores, e ainda, manter registros contábeis específicos relativos aos recebimentos de recursos oriundos da presente Fomento.
e) Apresentar no ato da assinatura da Fomento, lista com nome e número da Carteira de Identidade e Previdência Social de cada um dos trabalhadores por ele recrutados para executar o Plano de Trabalho, mediante prévio registro com base na legislação trabalhista, bem como, declaração firmada por seu representante legal, sob as penas da lei, de que nenhum outro empregado seu, além daqueles discriminados na referida relação, trabalharão na execução da Fomento, exceto se a substituição ou a inclusão de um deles for previamente comunicada à Administração, observando-se a mesma exigência de identificação, com nome e número da Carteira de Identidade e da Carteira de Trabalho e Previdência Social do empregado substituto ou incluso;
f) Apresentar declaração de idêntico teor, sob as penas da lei, como condição para o pagamento de cada parcela mensal do preço colaborado, exceto quando efetivamente algum dos empregados tenha sido substituído ou houver a inclusão de novo empregado, hipóteses nas quais a **ENTIDADE** deverá identifica-lo na forma prevista no inciso anterior;
g) Em atendimento ao artigo 2° da Lei Federal nº 12.527/2011, Lei de Acesso à Informação, a **ENTIDADE** deverá divulgar em seu sítio eletrônico o recurso recebido e a destinação a ele atribuída, sem prejuízo de outras formas de divulgação;
h) Apresentar o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros, no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados de 01/12/2023, sob pena de suspensão dos repasses.

4. Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos, inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

5. Contratar serviços de terceiros, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;
5.1. Adotar o símbolo e o nome do **MUNICÍPIO**, seguido pelo nome designativo "Organização da Sociedade Civil", bem como sua logomarca", devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização da Sociedade Civil, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

6. Elaborar e publicar na imprensa de circulação do Município, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da assinatura do Termo de Fomento, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obra e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público;

7. Para a fixação de base salarial dos seus empregados, A **ENTIDADE** deverá seguir o previsto no Acordo Coletivo de trabalho vinculado ao serviço de saúde.

8. Transferir, integralmente ao **MUNICÍPIO** em caso de desqualificação e consequente extinção da **ENTIDADE**, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde, objeto deste Termo de Fomento, cujo uso lhe fora permitido;

9. Deverá prestar contas dos recursos recebidos e do cumprimento das obrigações assumidas no âmbito do Termo de Fomento, mediante apresentação de relatórios, conforme abaixo:

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

I. A **ENTIDADE** apresentará ao Departamento de Convênios prestação de contas, parcial e anual, de acordo com as instruções da Administração Pública e às normativas vigentes do Tribunal de Contas do Estado, além da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e alterações;
II. Prestação de contas mensal: até o 5º dia útil do mês subsequente ao do repasse, devendo conter a documentação comprovadora (via original e uma cópia) da aplicação dos recursos recebidos mensalmente, conforme descrito no Plano de Trabalho, devidamente acompanhado de relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas; extratos bancários conciliados, evidenciando a movimentação do recurso e rentabilidade do período; relatório de receita e de despesas; certidão negativa de regularidade de situação junto à Previdência Social (CND) – (CNDT) e FGTS (CRF), relação nominal dos atendidos;
III. Prestação de contas anual: deverá ser apresentada até 31 de janeiro do exercício subsequente, nos moldes das instruções específicas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (prestação de contas do recurso total recebido no exercício, incluindo rentabilidade). Eventuais saldos não utilizados deverão ser restituídos aos cofres municipais até 31 de dezembro do exercício a que se refere o repasse;
IV. Apresentada a prestação de contas parcial e anual, a Comissão de Monitoramento e Avaliação, juntamente com o Departamento de Convênios emitirá parecer:
a) Técnico quanto à execução física e atingimento dos objetivos da Fomento.
b) Financeiro, quanto à correta e regular aplicação dos recursos da Fomento.

§ 1º Para fins de comprovação dos gastos, não serão aceitas despesas efetuadas em data anterior ou posterior à vigência da Fomento.

§ 2º Não poderão ser pagas com recursos da Fomento, despesas decorrentes de multas, juros, taxas ou mora, referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo e a título de taxa de administração, bem como de aquisição de bens permanentes.

§ 3º A falta de prestação de contas nas condições estabelecidas nesta Cláusula, ou a sua não aprovação pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e Departamento de Convênios, importará na suspensão das liberações subsequentes até a correção das impropriedades ocorridas. Fica estabelecida a responsabilidade exclusiva da **ENTIDADE** pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal.

V. A responsabilidade exclusiva da **ENTIDADE** pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relativos ao funcionamento da instituição e ao adimplemento do presente Termo de Fomento, não se caracteriza responsabilidade solidária ou subsidiária da Administração Pública.
VI. Os casos omissos serão solucionados nos termos das normas do Tribunal de Contas e Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e alterações.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

Para a execução dos serviços do presente Termo de Fomento, o **MUNICÍPIO** obrigar-se-á:

I. Prover a **ENTIDADE** dos meios necessários à execução deste Termo de Fomento;
II. Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo de Fomento, fazendo o repasse mensal no valor de até R$ 1.556.818,86 (um milhão, quinhentos e cinquenta e seis mil, oitocentos e dezoito reais e oitenta e seis centavos), conforme determinado no Plano de trabalho;
III. Autorizar o uso dos bens móveis e imóveis, mediante Decreto de Permissão de Uso, inclusive quando for realizada uma nova aquisição pela **ENTIDADE**;
IV. Inventariar, avaliar e identificar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização do Decreto de Permissão de Uso;
V. Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização da

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

Sociedade Civil, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para continuidade da prestação dos serviços;

VI. Acompanhar a execução do presente Termo de Fomento através da Comissão de Monitoramento e Avaliação, Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

VII. Assinalar prazo para que a **ENTIDADE** adote providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes desta Fomento, sempre que verificada alguma irregularidade, sem prejuízo da retenção das parcelas dos recursos financeiros, até o saneamento das impropriedades ocorrentes.

VIII. Responsabilizar-se pelo pagamento da multa de FGTS de 40% (quarenta por cento), nos casos de demissão sem justa causa, dos funcionários contratados pela **ENTIDADE** através do Convênio nº 02/2013 e que continuarem fazendo parte do presente Termo de Fomento.

Parágrafo Único. É obrigação da **ENTIDADE**, manter e movimentar os recursos na conta bancária especificada da parceria.

CLÁUSULA QUARTA – DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

O controle e a fiscalização da execução do presente ajuste ficarão sob encargo da Secretaria Municipal de Saúde, pela Comissão de Monitoramento de Avaliação, Departamento de Convênios e do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º Fica assegurado o livre acesso dos servidores do **MUNICÍPIO**, bem como dos órgãos de controle, aos documentos, às informações referentes aos instrumentos de transferências regulamentados pela lei vigente, bem como aos locais de execução do objeto.

§ 2º Fica estabelecida a obrigação da **ENTIDADE** inserir cláusula, no contrato que celebrar com fornecedor de bens ou serviços com a finalidade de executar o objeto da parceria, que permita o livre acesso dos servidores do **MUNICÍPIO**, bem como dos órgãos de controle, aos documentos e registros contábeis da empresa contratada, nos termos desta Fomento, salvo quando o contrato obedecer a normas uniformes para todo e qualquer contratante.

CLÁUSULA QUINTA – DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

I. A Comissão de Monitoramento e Avaliação, cujos membros serão indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, deverá ser composta por, pelo menos, 05 (cinco) membros, sendo 03 (três) servidores efetivos, nos termos do inciso XI, do artigo 3º e § 1º do Decreto nº 8.557/2017.

II. Em cumprimento do disposto na alínea "h", do inciso V, do artigo 35 da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e alterações, a Comissão de Monitoramento e Avaliação realizará o monitoramento e avaliação da presente parceria, e ainda procederá à avaliação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEXTA – DO GESTOR DA PARCERIA

Em cumprimento ao disposto na alínea "g", do inciso V, do artigo 35 da Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e alterações, fica designado a servidora Alessandra Jordão. na qualidade de gestor deste Termo de Fomento.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo de Fomento será de 13 (treze) meses, tendo por termo inicial o dia 01/12/2023 até 31/12/2024, podendo ser prorrogado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância entre ambas as partes até o limite de 60 (sessenta) meses.

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo de Fomento, especificados no Plano de Trabalho, o **MUNICÍPIO** repassará à **ENTIDADE**, no prazo e condições constantes neste instrumento, o valor de até R$ 20.238.645,18 (vinte milhões, duzentos e trinta e oito mil, seiscentos e quarenta e cinco reais e dezoito centavos), repassados à Entidade em 13 (treze) parcelas, da seguinte forma:

a) nos meses de dezembro/2023 e dezembro/2024, o valor de até R$ 1.556.818,86 (um milhão, quinhentos e cinquenta e seis mil, oitocentos e dezoito reais e oitenta e seis centavos)/mês.

§1º As despesas deste Termo de Fomento onerarão a rubrica orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde, conforme abaixo:

4 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GARÇA
02 PODER EXECUTIVO
02 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Ficha 254 - 3.3.50.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA 0.01.00 302.101 FMS EC 29/00 - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Ficha 255 - 3.3.50.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA 0.05.00 302.000 ATENÇÃO DE MÉDIA/ALTA COMPLEX.AMBUL/HOS
Ficha 859 - 3.1.90.11.00 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS – PESSOAL CIVIL 0.05.00 370.000 GRUPO IMPLEMENT.PISO SALARIAL ENFERMA

§ 2º O primeiro repasse será efetuado no mês de janeiro/2024 (competência dezembro/2023), em duas parcelas, sendo a primeira no porcentual de 60% (sessenta por cento) até o 5º dia útil, e a segunda no porcentual de 40% (quarenta por cento) até o dia 25;

§ 3º O segundo repasse será efetuado no mês de fevereiro/2024 (competência janeiro/2024), em duas parcelas, sendo a primeira no porcentual de 60% (sessenta por cento) até o 5º dia útil, e a segunda no porcentual de 40% (quarenta por cento) até o dia 25;

§ 4º O repasse da terceira parcela mensal fica condicionado à apresentação e aprovação da prestação de contas da primeira parcela, o da quarta parcela fica condicionado à apresentação e aprovação da segunda e, assim sucessivamente, nos termos estabelecidos na Cláusula Oitava do Termo de Fomento nº 003/2023.

§ 5º O primeiro repasse à ENTIDADE fica condicionado ao cumprimento das notificações efetuadas pelo Departamento de Convênios, relacionadas as prestações de contas e devolução dos valores vinculados aos bloqueios judiciais até a data de 29/12/2023, referente à prestação de contas do Termo de Fomento nº 001/2018 e aditamentos.

§ 6º Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente Termo de Fomento serão oriundos das transferências do Fundo Nacional de Saúde, Fundo Estadual de Saúde e do Tesouro Municipal.

§ 7º A **ENTIDADE** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **MUNICÍPIO** em conta corrente específica e exclusiva para esse Termo de Fomento, de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da **ENTIDADE**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente ao **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA NONA- DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Para o cumprimento das metas estabelecidas neste Termo de Fomento o MUNICIPIO estimou o valor global de até R$ 20.238.645,18 (vinte milhões, duzentos e trinta e oito mil, seiscentos e quarenta e cinco reais e dezoito centavos), a ser pago em 13 (treze) parcelas a serem repassados à **ENTIDADE**, conforme consta na Cláusula Oitava, do presente Termo.

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

§ 1º Os valores a que se refere cada parcela descrita na Cláusula Oitava, alínea "a" constituem-se como previsão de custos para a execução mensal do projeto. No entanto, tendo em vista que as ações do referido programa poderão variar ao longo de sua execução, o valor da parcela mensal poderá sofrer variação a maior ou a menor, independente de aditamento.

Na hipótese de o valor global ser excedido antes do término do programa, deverá ser celebrado instrumento aditivo ao referido Termo de Fomento para tal finalidade, mediante as justificativas legais correspondentes e acordadas entre ambas as partes.

§ 2º O **MUNICÍPIO**, no processo de acompanhamento e supervisão deste Termo e Fomento, poderá recomendar alterações e valores, que implicará a revisão das metas pactuadas, alterando o valor mensal pactuado, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelas partes, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados termos aditivos.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA ALTERAÇÃO DO TERMO DE FOMENTO

O presente Termo de Fomento poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESTITUIÇÃO A ENTIDADE

A **ENTIDADE** compromete-se a restituir no prazo de 30 (trinta) dias os valores repassados pelo **MUNICÍPIO**, atualizados pelos índices de remuneração das cadernetas de poupança, a partir da data de seu recebimento, nas seguintes hipóteses:

I. A inexecução do objeto deste Termo de Fomento.
II. Não apresentação do relatório de execução físico-financeira; e prestação de contas no prazo exigido.
III. Utilização dos recursos financeiros em finalidade diversa da estabelecida.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

O presente Termo de Fomento poderá ser rescindido por infração legal ou descumprimento de suas Cláusulas e condições executórias, bem como por denúncia precedida de notificação no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, por desinteresse unilateral ou consensual, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do efetivo desfazimento.

§ 1º Quando da denúncia, rescisão ou extinção da Fomento, caberá a **ENTIDADE** apresentar ao **MUNICÍPIO** no prazo de 10 (dez) dias, documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas até aquela data, bem como devolução dos saldos financeiros remanescentes, inclusive dos provenientes das aplicações financeiras.

§ 2º É prerrogativa do **MUNICÍPIO**, assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto desta parceria, no caso de paralisação ou da ocorrência de fato relevante, de modo a evitar sua descontinuidade.

§ 3º Na ocorrência de cancelamento de restos a pagar, o quantitativo poderá ser reduzido até a etapa que apresente funcionalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS

I. É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.
II. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

pelo MUNICÍPIO sobre a execução do presente Termo de Fomento, a **ENTIDADE** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema único de saúde, decorrente da Lei nº 8.080/90 (Lei orgânica de saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **ENTIDADE.**

III. A **ENTIDADE** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao município de Garça, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA –DA PUBLICAÇÃO

O resumo deste instrumento será publicado pela Administração no Diário Oficial Eletrônico do Município, nos termos do artigo 38 da Lei nº 13.019/2014 e alterações, juntamente com a justificativa acerca da inexigibilidade do chamamento público, e entrará em vigor na data de sua publicação, **retroagindo seus efeitos a partir de 01 de dezembro de 2023.**

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Garça para dirimir quaisquer questões resultantes da execução deste Termo de Fomento.

E, por estarem assim justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas, para que produza os efeitos legais e jurídicos, em Juízo ou dele.

Garça, 14 de dezembro de 2023.

JOÃO CARLOS DOS SANTOS
Prefeito Municipal

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Secretária Municipal de Saúde

DANIEL MESQUITA DE ARAÚJO
Procurador Geral do Município

Testemunhas:
Nome: Carolina Rachéll Gomes de Sá de Lima
Nome: Pedro Gabriel Torrecilla da Silva

Assinado por 6 pessoas: CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA, DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO, PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA, JOAO CARLOS DOS SANTOS , DANIEL MESQUITA DE ARAUJO e JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54 e informe o código AEFF-D4A4-3EB2-5B54

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: AEFF-D4A4-3EB2-5B54

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- CAROLINA RACHELL GOMES DE SÁ DE LIMA (CPF 295.XXX.XXX-90) em 14/12/2023 09:23:56 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 14/12/2023 09:34:59 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- PEDRO GABRIEL TORRECILLA DA SILVA (CPF 440.XXX.XXX-12) em 14/12/2023 09:35:26 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- JOAO CARLOS DOS SANTOS (CPF 061.XXX.XXX-23) em 14/12/2023 09:58:08 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: AC Certisign RFB G5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- DANIEL MESQUITA DE ARAUJO (CPF 218.XXX.XXX-29) em 14/12/2023 10:23:06 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: AC OAB G3 << AC Certisign G7 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO (CPF 362.XXX.XXX-38) em 14/12/2023 16:49:22 (GMT-03:00)
  Papel: Assinante
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/AEFF-D4A4-3EB2-5B54

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

Atestado de Capacidade Técnica

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, da **PREFEITURA MUNICIPAL DE GARÇA**, estado de São Paulo, pessoa jurídica de direito público, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 44.518.371/0001-35, com sede na Praça Hilmar Machado de Oliveira, nº 102, Williams, de CEP: 17.402.-0001, neste ato representado pelo atual secretário (a) municipal de saúde, **ATESTA e DECLARA** a capacidade técnica da **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 45.349.461/0001-02, nos seguintes termos:

1. Execução das atividades de gestão e administração hospitalar em unidade de média e alta complexidade, especificamente no Hospital São Lucas, localizado no Município de Garça/SP.
2. Atuação como unidade hospitalar de referência da Rede de Urgência e Emergência da Diretoria Regional de Saúde – DRS IX (Marília), com cobertura assistencial prioritária aos Municípios de Garça, Álvaro de Carvalho e Ubirajara.
3. Gestão e operacionalização de base descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, vinculada ao Município de Marília/SP, com volume médio mensal de aproximadamente 300 (trezentas) ocorrências.
4. Registro médio mensal de 5.447 (cinco mil quatrocentos e quarenta e sete) atendimentos e/ou internações hospitalares, conforme dados de produção assistencial.
5. O instrumento jurídico atualmente vigente corresponde a convênio/termo de colaboração e fomento, formalizado nos termos da legislação aplicável, com início em 2018, mantendo-se em vigor até a data de emissão do presente documento.
6. **Total de 90 (noventa) leitos.** Em anexo, constam o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, bem como os dados de produção extraídos da base oficial do Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Assinado por 1 pessoa: PEDRO HENRIQUE SCARTEZINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/CAC7-781F-78B2-3AA0 e informe o código CAC7-781F-78B2-3AA0

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

7. A AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, atende de forma técnica e com gestão operacional os termos do plano de trabalho, e nada constando que a desabone.

Garça, 22 de abril de 2025.

Pedro Henrique Scartezini
Secretária Municipal de Saúde
Garça/SP

Assinado por 1 pessoa: PEDRO HENRIQUE SCARTEZINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/CAC7-781F-78B2-3AA0 e informe o código CAC7-781F-78B2-3AA0

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: CAC7-781F-78B2-3AA0

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

PEDRO HENRIQUE SCARTEZINI (CPF 711.XXX.XXX-15) em 25/04/2025 08:51:25 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/CAC7-781F-78B2-3AA0

CONCURSO DE PROJETOS Nº 001/2021
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33.183/2021
1º ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO
Dispensa de Licitação S-467/2023
Processo Administrativo nº 22.600/2023

OBJETO: PRIMEIRO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº S-467/2023 E AO TERMO DE PERMISSÃO DE USO S-467/2023 – ANEXO TECNICO IV, SENDO ESTE DE ACRÉSCIMO DE SERVIÇOS, REAJUSTE ANUAL E PRORROGAÇÃO DE PRAZO- "A operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde na UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento".

Pelo presente instrumento, de um lado o **Município de Taboão da Serra**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede nesta cidade, na Praça Miguel Ortega, nº 115 – Parque Assunção – Taboão da Serra – SP, neste ato, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, **JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRA**, portador do CIRG n.º 10.936.351 e CPF n.º 114.431.578 - 64, e da **SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**, com sede nesta cidade, na Praça Miguel Ortega, nº 439 – Parque Assunção – Taboão da Serra – SP, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração, **WAGNER LUIZ ECKSTEIN JUNIOR**, brasileiro, portador da cédula de identidade CIRG nº 33.938.923-0 e CPF nº 365.747.098-06, doravante, denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF n.º 45.349.461/0001-02, com endereço na Avenida José Ariano Rodrigues, nº 303, no bairro Jardim Ariano, no Município de Lins – SP, CEP 16.400-000 e, com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob o nº 5731 do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Lins/SP, neste ato, representada, por seu **Diretor - presidente, JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO**, portador do RG nº 42.818.243-4 SSP/SP, e CPF nº 362.328.398-38, doravante denominada **CONTRATADA**, nos termos do que conta Processo Administrativo nº 33.183/2021 que trata do Concurso de Projetos nº 01/2021 e da Dispensa de Licitação S-467/2023, e tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 1.935/2010, c/c o que dispõe os artigos 24, XXIV, 26, 57 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e , ainda, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **PRIMEIRO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO**

DE GESTÃO Nº S-467/2023 E AO TERMO DE PERMISSÃO DE USO S-467/2023, celebrados em 01/09/2023, com vistas à continuidade das ações e serviços de saúde desenvolvidas na **UMTS – Unidade Mista de Taboão da Serra** mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

1.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do contrato de gestão S-467/2023, compreendendo, inclusive, todos os seus Anexos, por **12 (doze) meses, iniciando-se em 01 de setembro de 2024 e término em 31 de agosto de 2025.**

CLÁUSULA SEGUNDA– DA PRORROGAÇÃO DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO

2.1. Fica prorrogado o prazo de vigência, por 12 (doze) meses, do Termo de Permissão de Uso S - 467/2023, Cláusula 2.1, Anexo IV; **iniciando-se em 01 de setembro de 2024 e término em 31 de agosto de 2025.**

CLÁUSULA TERCEIRA - DO REPASSE MENSAL

3.1. O valor mensal do repasse para custeio, com a atualização pelo índice IPCA, no percentual de 4,227580%, será de **R$ 4.726.384,89 (quatro milhões, setecentos e vinte e seis mil, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e nove centavos), acrescido do valor de R$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais) para custeio mensal da tomografia e o acréscimo de RH de R$ 256.356,16 (duzentos e cinquenta e seis mil, trezentos e cinquenta e seis reais e dezesseis centavos), totalizando o valor de custeio mensal em R$ 5.252.741,05 (cinco milhões, duzentos e cinquenta e dois mil, setecentos e quarenta e um reais e cinco centavos) finalizando para doze meses de custeio em R$ 63.032.892,60 (sessenta e três milhões, trinta e dois mil, oitocentos e noventa e dois reais e sessenta centavos),** contará ainda com a liberação do valor de **R$ 732.000,00 (setecentos e trinta e dois mil reais)**, em **parcela única**, destinado às adequações físicas e elétricas necessárias a instalação de aparelho de tomografia e o valor de **investimento de R$ 1.800.000,00 (Hum milhão e oitocentos mil reais), totalizando R$ 65.564.892,60 (Sessenta e cinco milhões, quinhentos e sessenta e quatro mil, oitocentos e noventa e dois reais e sessenta centavos).**

3.2. O repasse mensal será pago em duas vezes, metade do valor até o 5º (quinto) dia útil e a outra parte até o dia 20 de cada mês.

3.3. Para suportar os repasses de custeio deste contrato de gestão e, para suportar os investimentos, se existentes, conforme disposto em contrato de gestão, serão oneradas será onerada as dotações orçamentárias:

- ✓ nº11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5905**,
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5906**
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5907**,
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5908**,
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5909**,
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5910**,
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5911**,
- ✓ 11.06.00.10.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5912**

e 11.06.0010.302.1102.2115//3.3.50.85.00=**5138 .**

CLÁUSULA QUARTA– DA LIBERAÇÃO DE CUSTEIO PARA TOMOGRAFIA

4.1 Diante da necessidade do serviço de tomografia a Secretaria de Saúde aprova a liberação do valor de **R$ 732.000,00 (setecentos e trinta e dois mil reais)**, em parcela única, destinado às adequações físicas e elétricas necessárias a instalação de aparelho de tomografia na Unidade Mista de Taboão da Serra.

CLÁUSULA QUINTA - MANUTENÇÃO DAS CLÁUSULAS DO CONTRATO DE GESTÃO

5.1. CNPJ - Para manutenção do contrato firmado a OSS a pedido da PMTS, apresenta nova inscrição no cadastro nacional de pessoa jurídica (filial) CNPJ específico para Taboão da Serra com número de inscrição 45.349.461/0017-70 com endereço à Estrada Tenente José Maria da Cunha, 862 - Jardim Record - Taboão da Serra - SP, Cep. 06783-230.

5.2. AVALIAÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS - A avaliação e análise das atividades contratadas constantes no contrato firmado serão efetuadas conforme explicitado nas tabelas que se seguem:

QUADRO I - Para contratos de gestão de Gerenciamento da **UNIDADE MISTA DE TABOÃO DA SERRA.**

ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO	Entre 85% e 115% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do	90% x peso percentual da atividade internação

	volume contratado	
	Menos que 70% do volume contratado	70% x peso percentual da atividade internação
ATIVIDADE REALIZADA		**VALOR A PAGAR**
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Entre 85% e 115% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência e Emergência
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% x peso percentual da atividade Urg./Emerg. X orçamento do hospital (R$) - Parte Fixa
	Menos que 70% do volume contratado	70% x peso percentual da atividade Urg./Emerg. X orçamento do hospital (R$) - Parte Fixa

Permanecem inalteradas e ratificadas as demais cláusulas contratuais e não integrantes do presente instrumento de aditamento.

CLÁUSULA SEXTA - PUBLICAÇÃO

6.1. O presente Termo Aditivo será publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO

7.1. Fica eleito o Foro de Taboão da Serra, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes. E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de iguais teores e formas, na presença das testemunhas abaixo.

Taboão da Serra, 30 de agosto de 2024.

WAGNER LUIZ ECKSTEIN JUNIOR
Secretário de Administração SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
CONTRATANTE
E-mail Institucional: junior.eckstein@ts.sp.gov.br
E-mail Pessoal: junior.eckstein@ts.sp.gov.br
Município de Taboão da Serra
CNPJ sob o nº 46.523.122/0001-63

JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRA
Secretário Municipal de SaúdeSECRETARIA DE SAÚDE
GESTOR
E-mail Institucional: josealbertotarifa@ts.sp.gov.br
E-mail Pessoal: josealbertotarifa@ts.sp.gov.brMunicípio de Taboão da Serra
CNPJ sob o nº 46.523.122/0001-63

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2024.08.30 12:09:17 -03'00'

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Diretor Presidente
RG. 42.818.243-4 SSP/SP
CPF. 362.328.398-38
Email Institucional: jpinotti@ahbb.org.br
Email Pessoal:jaopinotti@gmail.com
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
CNPJ nº45.349.461/0001-02
CONTRATADA

Testemunhas:

1) _____
Diego Fernandes do Rosário
Diretor Técnico DELICO
Secretaria Municipal de Administração e Tecnologia
Prefeitura Municipal de Taboão da Serra

2) _____
Kelly Passos Dutra
Analista em Gestão Municipal
Funcional 49086
DELICO - P.M.T.S.

CONCURSO DE PROJETOS Nº 001/2021
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 33.183/2021
CONTRATO S- 467/23

ADITAMENTO RATIFICADO PELA AUTORIDADE MÁXIMA:T.S, 30/08/2024.

JOSÉ APARÍCIO DA SILVA
PREFEITO

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA
CONTRATADO: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): Contrato S-467/2023 P.A. 22.600/2023

OBJETO: PRIMEIRO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº S-467/2023, SENDO ESTE DE ACRÉSCIMO DE SERVIÇOS, REAJUSTE ANUAL E PRORROGAÇÃO DE PRAZO - "A operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde na UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento".

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se,a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer odireito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Taboão da Serra, 30 de agosto de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE: -

Nome: José Aprígio da Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 534.318.128-72

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome: Wagner Luiz Eckstein Júnior

Cargo: Secretário de Administração

CPF: 365.747.098-06

Assinatura: _____

Nome: José Alberto Tarifa Nogueira

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 114.431.578-64

Assinatura: _____

Pela contratada:

Nome: JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO

Cargo: Diretor-Presidente

CPF: CPF. 362.328.398-38

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Dados: 2024.08.30 12:17:35 -03'00'

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE :

Nome: José Alberto Tarifa Nogueira

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 114.431.578-64

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO :

Nome: José Alberto Tarifa Nogueira

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 114.431.578-64

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: _____

Nome:_____ **Cargo:**____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) - O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SPREF: 1º ADITIVO

CONTRATANTE: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA**
CONTRATADO: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**
CNPJ nº 45.349.461/0001-02
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): PRIMEIRO Aditamento – Contrato S-467/2023
DATA DA ASSINATURA DESTE 1º ADITIVO: 30/08/2024
VIGÊNCIA DO ADITAMENTO: **INÍCIO EM 01/09/2024 e TÉRMINO EM 31/08/2025**

OBJETO: **PRIMEIRO TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº S-467/2023, SENDO ESTE DE ACRÉSCIMO DE SERVIÇOS, REAJUSTE ANUAL E PRORROGAÇÃO DE PRAZO - "A operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde na UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA, em conformidade com o edital e anexos; do Concurso de Projetos nº 01/21 – Processo Administrativo nº 33.183/2021".**

VALOR TOTAL DO 1º ADITAMENTO: R$ 65.566.892,60 (Sessenta e cinco milhões, quinhentos e sessenta e seis mil, oitocentos e noventa e dois reais e sessenta centavos), (Custeio+investimento).

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Em se tratando de obras/serviços de engenharia:

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados:

a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;

b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;

c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;

d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;

e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

Taboão da Serra, 30 de agosto de 2024.

WAGNER LUIZ ECKESTEIN JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
CONTRATANTE
E-mail Institucional:
junior.eckstein@ts.sp.gov.brE-mail Pessoal:
junior.eckstein@ts.sp.gov.br

JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRASECRETÁRIO DE SAÚDE CONTRATANTE
E-mail Institucional:
josealbertotarifa@ts.sp.gov.brE-mail Pessoal: josealbertotarifa@ts.sp.gov.br

CONVÊNIO Nº 073/2025/SMS

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARAGUARI E A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB.

O MUNICÍPIO DE ARAGUARI, do Estado de Minas Gerais, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, representado pelo Prefeito Renato Carvalho Fernandes, inscrito no CPF/MF sob o nº 218.690.568-09, agente político, residente e domiciliado em Araguari; e a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB, Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n. 50, bairro Vila Willians, na cidade de Garça/SP, CEP: 17.402-064, representado por seu diretor presidente, Sr. João Pedro Monteiro Pinotti Affonso, inscrito no CPF sob o nº 362.328.398-38, RG n. 42.818.243.4 SSP-SP, com fundamento no artigo 184, caput, da Lei Federal n. 14.133/2021, RESOLVEM celebrar o presente CONVÊNIO, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Pelo presente Convênio o Município de Araguari repassará à ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB, em parcela única, o valor total de R$ 400.000,00 (quatrocentos mil), nos termos da Portaria GM/MS n. 6.315, de 26 de dezembro de 2.024, conforme Plano de Trabalho n. 009/2.025, anexo a este Convênio.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

1) Compete ao Município de Araguari:

1.1) Repassar o valor total de R$ 400.000,00 (quatrocentos mil), tudo nos termos do Plano de Trabalho n. 009/2.025, em anexo.

2) Compete à Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB:

2.1) Aplicar o valor total de R$ 400.000,00 (quatrocentos mil), nos termos do Plano de Trabalho n. 009/2.025, anexo a este Convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS

PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELA CONVENENTE DURANTE A EXECUÇÃO DO INSTRUMENTO DE CONVÊNIO, PARA A REALIZAÇÃO DAS DESPESAS

1) A convenente deverá adotar durante a execução do instrumento deste convênio, para a realização das despesas a ele vinculadas, os seguintes procedimentos:

1.1) Abrir conta bancária específica vinculada para movimentar os recursos financeiros repassados pelo Município de Araguari, em decorrência da execução do instrumento do convênio a que se refere esta lei.

1.2) Inserir nos comprovantes de despesa a identificação do convênio a que se refere esta Lei.

1.3) Não realizar despesas em data anterior ou posterior à vigência do convênio.

1.4) Somente movimentar os recursos financeiros vinculados ao instrumento de convênio repassados pelo Município de Araguari em conta bancária específica para tal finalidade.

1.5) Somente realizar saques da conta vinculada ao instrumento de convênio para pagamento constantes do Programa de Trabalho ou para aplicação no mercado financeiro nas hipóteses previstas em lei ou na Instrução Normativa nº 01/97 da Secretaria do Tesouro Nacional – STN.

1.6) Apenas movimentar a conta vinculada ao instrumento de convênio exclusivamente mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fiquem identificadas suas destinações e, no caso de pagamento o credor.

1.7) Não pagar despesas decorrentes da execução do instrumento de convênio acrescidas de juros e multas, sob pena de tais despesas serem restituídas ao erário, acrescidas da devida correção e atualização.

1.8) Não realizar despesas com finalidade diversa do objeto do convênio ou do plano de trabalho aprovado.

1.9) Atestar na documentação que respalda as despesas vinculadas ao instrumento de convênio, o fornecimento de bens, a prestação de serviços ou a realização de obras, para liquidar a despesa pública, nos termos do art. 63 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964.

1.10) Apresentar a prestação de contas da destinação dos recursos financeiros recebidos.

1.10.1) Enviar junto com a prestação de contas extratos bancários da conta vinculada para a movimentação dos recursos repassados pelo Município, bem como os comprovantes das despesas com a identificação deste convênio, relatórios gerenciais, financeiros e contábeis em decorrência do instrumento de convênio;

CLÁUSULA QUARTA - DA SUPERVISÃO E DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CONVÊNIO

A fiscalização da execução deste convênio será realizada pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Araguari/MG.

CLAÚSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio vigorará até abril de 2.025.

CLÁUSULA SEXTA – DOS TERMOS ADITIVOS

O presente convênio poderá ser aditivado para o seu aprimoramento e prorrogação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os gastos com a execução deste Convênio serão suportados pelas seguintes rubricas orçamentárias:

Ficha	Fonte	Dotação
817	1.600	02.22.10.302.0028.2082.3.3.50.41.00

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

Este Convênio somente poderá ser rescindido pela superveniência de motivos alheios aos partícipes, que o tornem material ou formalmente inviável.

CLÁUSULA NOVA - DO FORO

Fica eleito o Foro desta Comarca de Araguari-MG para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste Convênio ou de sua interpretação, podendo os casos omissos ser resolvidos por comum acordo das

partes convenentes.

E, por estarem assim acordes, firmam as partes o presente Convênio, na presença de testemunhas, dele se extraindo cópias para documento comum.

Araguari, MG, 21 de fevereiro de 2.025.

Assinado de forma digital por RENATO CARVALHO FERNANDES:21869056809
Dados: 2025.02.24 15:36:21 -03'00'

Renato Carvalho Fernandes
Prefeito

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.02.24 14:06:53 -03'00'

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
Diretor Presidente - AHBB

TESTEMUNHAS:

gov.br
Documento assinado digitalmente
THEREZA CHRISTINA GRIEP
Data: 24/02/2025 14:37:38-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 001/2025 QUE CELEBRAM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE TIMÓTEO E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

O **MUNICÍPIO DE TIMÓTEO/MG**, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 19.875.020/0001-34, com sede na Avenida Acesita, nº 3.230, Bairro São José, nesta cidade, representado pelo Senhor Prefeito, Sr. Vitor Vicente do Prado, inscrito no CPF sob o nº 003.472.316-16 e pela Secretária de Saúde e Qualidade de Vida, Sra. Érica da Conceição Ferreira Silva Pires, inscrita no CPF sob o nº 061.525.106-43, doravante denominado **CONTRATANTE**,

E de outro lado:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 45.349.461/0025-80, representada por seu Diretor Presidente João Pedro Monteiro Pinotti Affonso, inscrito no CPF sob o nº 362.328.398-38, seu doravante designada **CONTRATADA**,

RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento na Lei Municipal nº 3.122/2010, Decreto Municipal nº 6.127/2025 e da Lei do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990), conforme as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

DAS DEFINIÇÕES:

Custeio: é o repasse fixo mensal para execução mínima dos serviços contratados, conforme cláusulas abaixa detalhadas.

Incremento: trata-se de qualquer verba de custeio complementar ou investimentos seja por emendas parlamentares, mediante qualificação ou habilitação de serviços, seja pelo fundo nacional de saúde ou fundo estadual de saúde, aporte, quando para investimento, realização de obra ou qualquer melhoria na execução contratual.

Plano de Metas: é a capacidade produtiva da unidade de saúde considerando o seu perfil assistencial e sua capacidade física e operacional, levando em conta a produção quantitativa e as metas qualitativas.

Plano de Investimento: documento elaborado para custeio de melhoria no serviço através de aquisição de equipamento, realização de obra de melhoria.

Reequilíbrio Econômico-Financeiro: objetiva restabelecer a relação contratual inicialmente pactuada, garantindo ao contratado a manutenção das condições econômicas originais diante da ocorrência de eventos extraordinários e imprevisíveis que alterem significativamente o equilíbrio do contrato.

Repactuação: objetiva recompor os preços inicialmente ajustados, em razão de variações previsíveis dos custos decorrentes da execução contratual, desde que previamente previsto no contrato e observado o interregno mínimo de um ano.

CLÁUSULA 1º - DO OBJETO

1.1. O presente contrato tem por objeto o **gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde** no **Hospital e Maternidade de Timóteo**, inscrito no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde nº 2140217, garantindo assistência universal e gratuita à população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com a Política Nacional de Atenção Hospitalar e os protocolos do Ministério da Saúde.

1.2. O contrato visa assegurar o atendimento aos usuários do SUS, conforme a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, com garantia de qualidade, eficácia, eficiência e efetividade.

1.3. A **CONTRATADA** deverá apresentar, em até **30 (trinta) dias** após a assinatura deste contrato, um **Plano de Metas Quantitativo e de Qualidade**, que estabelecerá indicadores de desempenho, metas quantitativas e qualitativas, e parâmetros de avaliação dos serviços hospitalares.

1.4. O Plano de Metas será monitorado periodicamente por meio de relatórios técnicos, auditorias e avaliações de desempenho, visando a melhoria contínua dos serviços prestados.

CLÁUSULA 2º – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

2.1. Gestão do Hospital e Maternidade de Timóteo:
2.1.1. Assegurar a organização, administração e gerenciamento do hospital, garantindo a manutenção da estrutura física, equipamentos, insumos, gases medicinais e medicamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

2.2. **Recursos Humanos:**
2.2.1. Garantir quadro de profissionais qualificados, com habilitação técnica e legal, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e dos Conselhos Profissionais.
2.2.3. Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais dos profissionais contratados.

2.3. **Manutenção e Engenharia Clínica:**
2.3.1. Manter um Núcleo de Manutenção Geral (NMG) para manutenção predial, hidráulica, elétrica e de gases medicinais.

2.3.2. Garantir o funcionamento do Serviço de Engenharia Clínica para gerenciamento de equipamentos médicos e não médicos.

2.4. **Esterilização e Reprocessamento:**

2.4.1. Realizar a esterilização e reprocessamento de artigos médicos hospitalares, com reposição adequada de materiais reestilizáveis.

2.5. **Regulação e Controle de Vagas:**

2.5.1 Manter um Núcleo Interno de Regulação (NIR) para controle de vagas e transferência de pacientes, em articulação com a Central de Regulação Municipal.

2.6. **Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional:**
2.6.1. Implementar políticas de segurança do trabalho e saúde ocupacional, em conformidade com a NR-32/2005 do MTE.

2.7. **Transparência e Prestação de Contas:**
2.7.1. Fornecer mensalmente relatórios gerenciais, extratos bancários e comprovantes de pagamento de encargos trabalhistas e previdenciários.

2.8. **Sigilo e Responsabilidade:**
2.8.1 Manter sigilo sobre informações e documentos relacionados ao contrato.
2.8.2. Responder por danos causados a usuários, bens públicos ou terceiros, decorrentes de ação ou omissão no exercício das atividades contratadas.

CLÁUSULA 3º – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1. Estrutura e Recursos:
3.1.1. Disponibilizar a estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes e equipamentos necessários para a execução dos serviços contratados.

3.2. **Repasses financeiros:**
3.2.1. Efetuar os repasses financeiros conforme o estabelecido na Cláusula 5.1 deste contrato, garantindo a continuidade dos serviços.

3.3. **Fiscalização e Acompanhamento:**
3.3.1. Monitorar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de uma Comissão de Acompanhamento, designada pela Secretaria de Saúde.

3.4. **Cessão de Servidores:**
3.4.1. Promover a cessão de servidores públicos para atuação nos serviços contratados, quando necessário.

CLÁUSULA 4º – DA VIGÊNCIA

4.1. O prazo de vigência da contratação será de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do CONTRATO DE GESTÃO nos termos da Lei Municipal nº 3.122/2010.

4.2. O extrato deste Contrato de Gestão deve ser publicado no jornal oficial, bem como o seu inteiro teor deve ser disponibilizado no sítio eletrônico do CONTRATANTE e da CONTRATADA, além dos demais documentos exigidos pela lei da transparência, consoante diretrizes e comunicados do Tribunal de Contas do Estado.

CLÁUSULA 5º – DOS RECURSOS FINANCEIROS E PAGAMENTO

5.1. O valor total do contrato é de **R$ 45.380.854,83** (quarenta e cinco milhões, trezentos e oitenta mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e três centavos), considerando o critério de financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, e observando a competência financeira do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)** e do **Fundo Estadual de Saúde**, conforme seus respectivos programas de financiamento e regras de faturamento, repasses e de incrementos financeiros de aportes, nos termos da lógica jurídica e técnica do financiamento da saúde pública.

5.2. Os recursos de Fonte Municipal (Fonte 1) previstos neste contrato são compostos por uma parte fixa (90%) e uma parte variável (10%). A parte variável está atrelada ao cumprimento das metas qualitativas, conforme previsto no Anexo.

5.3. Os recursos de Fonte Federal (Fonte 2) previstos neste contrato serão repassados à CONTRATADA em conformidade com os fluxos de pagamentos do Fundo Nacional de Saúde, nos termos das Portarias do Ministério da Saúde.

5.4. Os recursos de Fonte Estadual (Fonte 3) previstos neste contrato serão repassados à CONTRATADA em conformidade com o cumprimento das metas e indicadores das Resoluções do Fundo Estadual de Saúde previstos no Anexo II.

5.5. Os repasses serão realizados mensalmente, até o dia 15 (quinze) de cada mês, de acordo com a disponibilidade financeira e o cronograma orçamentário vigente, considerando os aportes do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, que terão caráter complementar ao custeio. Ressalta-se, ainda, a obrigatoriedade da contrapartida com recursos financeiros próprios do Município, nos termos deste contrato.

5.6. Os repasses, programas, incrementos e demais forma do financiamento tripartite da Atenção Hospitalar, no caso do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, será de acordo com a TABELA abaixo, considerando que, em algumas fontes de custeio são de natureza variável ao depender da produção assistencial e dos indicadores e regras de cada fundo de saúde do ente federativo vinculado, sendo a CONTRATADA, responsável em cumprir as metas e indicadores de produção dos respectivos programas, incrementos e financiamentos estaduais e da União.

5.7. Nos termos do financiamento estadual da Atenção Hospitalar, caracterizado no Programa Valora Minas e Opera Mais, deverá ter uma conta bancária especifica com a respectivas prestações de contas.

5.7.1. Considerando que os financiamentos estadual e federal da Atenção Hospitalar seguem regramentos próprios, nos termos do modelo tripartite de financiamento, poderão ocorrer glosas ou descontos conforme a produção assistencial da CONTRATADA. Assim, eventuais falhas na prestação dos serviços, bem como a não

apresentação de indicadores ou o descumprimento de metas exigidas pelos Fundos Estadual e Nacional de Saúde, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA. Nessas hipóteses, não caberá ao Município complementar os valores glosados ou descontados, limitando-se à sua obrigação na cota-parte do financiamento tripartite.

5.7.2. A CONTRATADA deverá comprovar, mensalmente, a regularidade dos repasses estaduais e federais, sob pena de suspensão do pagamento da parte variável até a comprovação.

5.7.3. A TABELA abaixo considera o modelo de financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, suas alterações, bem como das portarias ministeriais e normas específicas dos respectivos fundos de saúde. Trata-se de uma fonte de custeio variável, uma vez que depende do faturamento do SUS e da produção assistencial efetivamente realizada, conforme os critérios definidos por cada programa, portaria, processo de qualificação, habilitação e eventuais incrementos.

5.7.4. Dessa forma, o valor integral e a regularidade dos repasses estão condicionados ao cumprimento das regras vigentes de cada fundo de saúde envolvido. Ressalta-se que os valores apresentados na tabela são estimativas, podendo sofrer variações conforme os critérios do fundo vinculado a cada programa, incremento, meta pactuada, habilitação ou qualificação dos serviços no âmbito da Atenção Hospitalar.

5.7.5. Em relação ao custeio por parte da (Fonte 1), recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, haverá as metas de produção quantitativas e qualitativas, podendo haver glosas, de acordo com a Prestação de Contas.

TABELA DE CUSTOS DO CONTRATO		
Recurso Federal (Fonte 2)		
Descrição dos Serviços	**Valor Mensal**	**Valor Anual**
Pré-fixado		
Pré-fixado Ambulatorial	R$ 30.795,99	R$ 369.551,88
Pré-fixado Hospitalar	R$ 265.604,50	R$ 3.187.254,00
Pré-fixado Hospitalar UTI Portaria GM 2187/2005	R$ 118.474,56	R$ 1.421.694,72
Pré-fixado Hospitalar UTI Pediátrica Portaria GM 3736/2022 e Portaria GM 928/2023	R$ 252.200,40	R$ 3.026.404,80
Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar - IGH (IAC)	R$ 180.938,88	R$ 2.171.266,56
Incentivo integração ao SUS (INTEGRASUS)	R$ 8.284,29	R$ 99.411,48
Portaria GM 1.858/2014 – deduz recursos da Portaria 3.166/2013 e inclui novos recursos	R$ 57.693,26	R$ 692.319,12
Urgência e Emergência – Plano de Ação Regional – PAR (UTI adulto) Portaria 3.579/2020	R$ 52.770,24	R$ 633.242,88
Subtotal pré-fixado Federal	**R$ 966.762,12**	**R$ 11.601.145,44**
Pós-fixado		
Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgia Eletiva *	R$ 300.000,00	R$ 3.600.000,00

Assistência Financeira Complementar - Piso Nacional da Enfermagem. **	R$ 279.535,21	R$ 3.354.422,52
Subtotal pós-fixado Federal	**R$ 579.535,21**	**R$ 6.954.422,52**
Subtotal Federal	**R$ 1.546.297,33**	**R$ 18.555.567,96**
Recurso Estadual (Fonte 3)		
Descrição dos Serviços	**Valor Mensal**	**Valor Anual**
Pré-fixado		
Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais Valora Minas – Valor em Saúde. Resolução SES/MG nº 8.895, de 25 de julho de 2023 e Resolução SES/MG nº 9.905, de 05 de dezembro de 2024. ***	R$ 502.206,66	R$ 6.026.479,95
Subtotal pré-fixado Estadual	**R$ 502.206,66**	**R$ 6.026.479,95**
Pós-fixado		
Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais Valora Minas – Opera Mais. Resolução SES/MG nº 8.907, de 25 de julho de 2023 e a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 5.078, 24 de janeiro de 2025. Resolução 9862, de 25 de novembro de 2024.***	R$ 200.000,00	R$ 2.400.000,00
Subtotal pós-fixado Estadual	**R$ 200.000,00**	**R$ 2.400.000,00**
Subtotal Estadual	**R$ 702.206,66**	**R$ 8.426.479,95**
Recurso Municipal (Fonte 1)		
Descrição dos Serviços	**Valor Mensal**	**Valor Anual**
Pré-fixado		
IAC MUNICIPAL - PRÉ-FIXADO	R$ 1.427.550,24	R$ 17.130.602,88
Subtotal pré-fixado Municipal	**R$ 1.427.550,24**	**R$ 17.130.602,88**
Pós-fixado		
OPME-PÓS FIXADO	R$ 21.683,67	R$ 260.204,04
Tomografia Computadorizada-Pós-Fixado	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
Consulta especializada (Tabela Municipal 3.1.12)	R$ 74.000,00	R$ 888.000,00
Subtotal pós-fixado Municipal	**R$ 105.683,67**	**R$ 1.268.204,04**
Subtotal Municipal	**R$ 1.533.233,91**	**R$ 18.398.806,92**
Valor Total do Contrato	**R$ 3.781.737,90**	**R$ 45.380.854,83**

* Valor é realizado de acordo com a produção e recebimento do recurso do FNS.
** Valor do pagamento é de acordo com os valores da Portaria Ministerial do mês correspondente.
*** Pagamento de acordo com o cumprimento das metas dos indicadores das políticas da SES/MG.

CLÁUSULA 6º – DA RESCISÃO E PENALIDADES

6.1. O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

6.1.1. Por ato unilateral do CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de comprovada má gestão, culpa e/ou dolo, cabendo ao CONTRATANTE notificar a CONTRATADA, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

6.1.2. Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

6.1.3. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pelo CONTRATANTE superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

6.1.4. Se houver alterações do estatuto da CONTRATADA que implique em modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente instrumento;

6.1.5. Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente instrumento, com comunicação prévia de 90 (noventa) dias;

6.2. Verificada a hipótese de rescisão contratual com fundamento nos subitens 6.1.1 a 6.1.5, o CONTRATANTE providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o princípio do contraditório e da ampla defesa;

6.3. Em caso de deliberação pela rescisão, esta será precedida de processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como organização social;

6.4. Ocorrendo a extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos bens móveis e imóveis, e a imediata reversão desses bens ao patrimônio do CONTRATANTE, bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto desse contrato;

b) A incorporação ao patrimônio do Município dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados especificamente para este Contrato de Gestão;

c) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes aos registros físicos e eletrônicos atualizado de todos os atendimentos efetuados no serviço e as fichas e prontuários dos usuários.

6.5. Finda a vigência contratual, será elaborado Termo de Rescisão.

CLÁUSULA 7º – DAS PENALIDADES

7.1. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa a aplicar as penalidades abaixo:
a) Advertência por escrito;
b) Multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 10% (vinte por cento);
c) O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de mora de até 0,5% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas.
d) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Município, por prazo não superior a 02 (dois) anos.
e) Declaração de inidoneidade na prática de atos de natureza dolosa.

7.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA;

7.3. As sanções previstas nas alíneas e desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea;

7.4. O procedimento para a apuração de descumprimento contratual é atribuído à Secretaria de Saúde.

7.5. Da aplicação das penalidades, a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Saúde.

7.6. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será depositado aos cofres públicos mediante a expedição de guia própria.

CLÁUSULA 8º – DA OMISSÃO

8.1. Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes, bem como, pelas normas que regem o Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA 9º – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

9.1. O presente Contrato de Gestão está amparado na Lei Municipal n Lei Municipal nº 3.122/2010, Decreto Municipal nº 6.127/2025 e da Lei do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990)

CLÁUSULA 10º – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente Contrato poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, bem como com a autorização da autoridade competente.

10.2. Considerando que o Contrato de Gestão trata-se de um modelo de contratação definido por resultados por meio de indicadores e metas, qual implica em um processo permanente de avaliação e ajustes, a alteração contratual poderá solicitada pela CONTRATADA a qualquer momento, em situações que configure a necessidade de reequilíbrio contratual, considerando o possível aumento, supressão, alteração de serviços diante da demanda de atendimento mensal.

10.3. O pedido de reequilíbrio econômico-financeiro contratual deverá ser documentalmente comprovado, demonstrando a efetiva alteração dos serviços em relação ao inicialmente contratado.

10.4. Além das possibilidades definidas nas cláusulas supra, a CONTRATADA efetuará o levantamento econômico-financeiro no prazo de 90 (noventa) dias, e apresentará à CONTRATANTE possível repactuação dos valores contratados inicialmente.

CLÁUSULA 11º – DA SUBCONTRATAÇÃO E DEMAIS DISPOSIÇÕES

11.1. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir o objeto do contrato a terceiros, mas poderá subcontratar as atividades inerentes ao objeto contratual.

11.2 A subcontratada deverá apresentar à CONTRATADA os documentos de regularidade jurídica, fiscal e trabalhista exigidos na habilitação do procedimento seletivo, documentos que deverão compor a prestação de contas para o CONTRATANTE.

CLÁUSULA 12º – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Os casos omissos serão resolvidos por acordo entre as partes ou, subsidiariamente, pelas normas do Direito Público.

12.2. Eventuais despesas de rateio deverão se limitar a até 3% (três porcento) do valor mensal da parceria, bem como, deverão apresentar inequívoca relação entre os valores apresentados e os custos indiretos, de modo a permitir a aferição de que as despesas realmente se vinculam aos ajustes pactuados, estando vedadas, todavia, as despesas de rateio referentes à locação de imóvel e de demais custos necessários para manter o grau de excelência na execução contratual local

12.3. A CONTRATANTE em caso de ausência do repasse avençado responderá solidariamente pelas obrigações trabalhistas contraídas pela CONTRATADA, para execução do serviço aqui acordado, conforme Artigo 265 do Código Civil.

CLÁUSULA 13º – DA DOTACÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. O Município de Timóteo/MG assegura que os recursos financeiros necessários para a execução do presente Contrato de Gestão Emergencial estão devidamente previstos em sua Lei Orçamentária Anual (LOA) e no Plano Plurianual (PPA), conforme as dotações específicas abaixo discriminadas:

- Despesa **565** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.605.000.0000.001
- Despesa **942** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.500.000.1002.001
- Despesa **943** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.600.000.0000.002
- Despesa **943** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.621.000.0000.004

13.1.1. **Fonte Municipal (Fonte 1):**

- Dotação orçamentária vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, conforme programação financeira estabelecida na LOA 2025, sob o código de dotação:

13.1.2. **Fonte Federal (Fonte 2):**

- Recursos federais repassada via Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme Portarias Ministeriais e Termos de Compromisso celebrados com o Ministério da Saúde, em conformidade com a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

13.1.3. **Fonte Estadual (Fonte 3):**

- Recursos estaduais repassados pelo Fundo Estadual de Saúde (FES), conforme Resoluções SES/MG e deliberações da CIB-SUS/MG.

13.2. **Garantia de Alocação:**

- O CONTRATANTE compromete-se a manter os recursos alocados e disponíveis durante toda a vigência do contrato, observadas as limitações legais e os eventuais contingenciamentos orçamentários. Em caso de redução ou bloqueio de recursos supervenientes, o CONTRATANTE notificará imediatamente a CONTRATADA para readequação do escopo ou repactuação, conforme Cláusula 10º.

13.3. **Vinculação dos Recursos:**

- Os valores repassados são **vinculados exclusivamente** à execução dos serviços objeto deste contrato, sendo vedada sua utilização para outras finalidades, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

13.4. **Prestação de Contas:**

- A CONTRATADA deverá comprovar a aplicação dos recursos conforme os planos de trabalho e metas estabelecidas, mediante apresentação de relatórios financeiros e demonstrações contábeis auditáveis, em conformidade com a Lei Federal nº 4.320/1964 e as normas do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG).

13.5. **Suplementação Orçamentária:**

- Caso haja necessidade de complementação de recursos para atendimento de demandas emergenciais ou incremento de serviços, o CONTRATANTE poderá, a seu critério e mediante disponibilidade orçamentária, realizar suplementação mediante ato administrativo formal, com anuência prévia do Poder Legislativo, se exigido pela legislação vigente.

Parágrafo Único: A ausência de dotação orçamentária suficiente não exonera o CONTRATANTE das obrigações assumidas, devendo ser adotadas as medidas legais para garantir a continuidade dos serviços essenciais à população, nos termos do Art. 265 do Código Civil e da Lei nº 8.080/1990 (Lei do SUS).

CLÁUSULA 14º – DO FORO

14.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Timóteo/MG para dirimir eventuais controvérsias decorrentes do contrato.

E, por estarem de pleno acordo, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo-assinadas.

Timóteo/MG, 26 de março de 2025.

ERICA DA CONCEICAO FERREIRA SILVA PIRES:06152510643
Assinado de forma digital por ERICA DA CONCEICAO FERREIRA SILVA PIRES:06152510643
Dados: 2025.03.27 17:57:46 -03'00'

VITOR VICENTE DO PRADO
Prefeito Municipal

ÉRICA CONCEIÇÃO FERREIRA SILVA PIRES
Secretária Municipal de Saúde

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.03.28 09:57:38 -03'00'

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Ciente.

VINÍCIUS PINHEIRO DE ANDRADE
Procurador-Geral

TESTEMUNHAS: 1ª _____ **2ª** _____
CPF ____.____.____-___ **CPF** ___.___.___-___

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado, sendo uma associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0001-02 na coordenação e operacionalização do serviço assistenciais nas áreas de Unidade Terapia Intensiva Neonatal, no Hospital Geral Ferraz de Vasconcelos

Os serviços executados encontram-se de acordo com o objeto do Contrato/Convênio nº 026/2021 tendo sido assinado na data de 02/2021 com vigência até a presente data.

A Instituição realiza em média 40 internações mensais com o gerenciamento de 10 leitos de UTI Neonatal, 14 leitos de Cuidados Intermediario Neonatal e 02 Isolamentos, 02 salas de parto humanizado,03 salas de parto cirurgico e 29 leitos de Alojamento Conjunto.

Informamos ainda que a prestação dos serviços acima referidos apresenta qualidade com excelente desempenho do profissional.

São Paulo, 04 fevereiro de 2022

Atenciosamente

Roberto Enrique Kameo
Secretaria de Saúde Estadual
Diretor Técnico de Saúde III

Hospital Regional "Doutor Osiris Florindo Coelho" Ferraz de Vasconcelos
Rua Princesa Isabel, 270-Vila Correa-Ferraz de Vasconcelos - SP 08502-200
Fone (11) 4674-8400

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADAUTO JOSÉ FERNANDES RIBEIRO, em sexta-feira, 18 de fevereiro de 2022 11:57:37 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - Cartório Azevêdo Bastos - 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutel/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/19468180222369557 2944

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 19468180222369557 2944-1
Data: 18/02/2022 08:31:55
Valor Total do Ato: R$ 5,02
Selo Digital Tipo Normal C: AMN22071-RPNE;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 001/2025 QUE CELEBRAM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE TIMÓTEO E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

O **MUNICÍPIO DE TIMÓTEO/MG**, devidamente inscrito no CNPJ sob nº 19.875.020/0001-34, com sede na Avenida Acesita, nº 3.230, Bairro São José, nesta cidade, representado pelo Senhor Prefeito, Sr. Vitor Vicente do Prado, inscrito no CPF sob o nº 003.472.316-16 e pela Secretária de Saúde e Qualidade de Vida, Sra. Érica da Conceição Ferreira Silva Pires, inscrita no CPF sob o nº 061.525.106-43, doravante denominado **CONTRATANTE**,

E de outro lado:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 45.349.461/0025-80, representada por seu Diretor Presidente João Pedro Monteiro Pinotti Affonso, inscrito no CPF sob o nº 362.328.398-38, seu doravante designada **CONTRATADA**,

RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento na Lei Municipal nº 3.122/2010, Decreto Municipal nº 6.127/2025 e da Lei do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990), conforme as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

DAS DEFINIÇÕES:

Custeio: é o repasse fixo mensal para execução mínima dos serviços contratados, conforme cláusulas abaixa detalhadas.

Incremento: trata-se de qualquer verba de custeio complementar ou investimentos seja por emendas parlamentares, mediante qualificação ou habilitação de serviços, seja pelo fundo nacional de saúde ou fundo estadual de saúde, aporte, quando para investimento, realização de obra ou qualquer melhoria na execução contratual.

Plano de Metas: é a capacidade produtiva da unidade de saúde considerando o seu perfil assistencial e sua capacidade física e operacional, levando em conta a produção quantitativa e as metas qualitativas.

Plano de Investimento: documento elaborado para custeio de melhoria no serviço através de aquisição de equipamento, realização de obra de melhoria.

Reequilíbrio Econômico-Financeiro: objetiva restabelecer a relação contratual inicialmente pactuada, garantindo ao contratado a manutenção das condições econômicas originais diante da ocorrência de eventos extraordinários e imprevisíveis que alterem significativamente o equilíbrio do contrato.

Repactuação: objetiva recompor os preços inicialmente ajustados, em razão de variações previsíveis dos custos decorrentes da execução contratual, desde que previamente previsto no contrato e observado o interregno mínimo de um ano.

CLÁUSULA 1º - DO OBJETO

1.1. O presente contrato tem por objeto o **gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde** no **Hospital e Maternidade de Timóteo**, inscrito no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde nº 2140217, garantindo assistência universal e gratuita à população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com a Política Nacional de Atenção Hospitalar e os protocolos do Ministério da Saúde.

1.2. O contrato visa assegurar o atendimento aos usuários do SUS, conforme a Rede de Atenção à Sa[illegible] (RAS) do município, com garantia de qualidade, eficácia, eficiência e efetividade.

1.3. A **CONTRATADA** deverá apresentar, em até **30 (trinta) dias** após a assinatura deste contrato, um **Plano de Metas Quantitativo e de Qualidade**, que estabelecerá indicadores de desempenho, metas quantitativas e qualitativas, e parâmetros de avaliação dos serviços hospitalares.

1.4. O Plano de Metas será monitorado periodicamente por meio de relatórios técnicos, auditorias e avaliações de desempenho, visando a melhoria contínua dos serviços prestados.

CLÁUSULA 2º – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

2.1. Gestão do Hospital e Maternidade de Timóteo:
2.1.1. Assegurar a organização, administração e gerenciamento do hospital, garantindo a manutenção da estrutura física, equipamentos, insumos, gases medicinais e medicamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

2.2. **Recursos Humanos:**
2.2.1. Garantir quadro de profissionais qualificados, com habilitação técnica e legal, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e dos Conselhos Profissionais.
2.2.3. Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais dos profissionais contratados.

2.3. **Manutenção e Engenharia Clínica:**
2.3.1. Manter um Núcleo de Manutenção Geral (NMG) para manutenção predial, hidráulica, elétrica e de gases medicinais.

2.3.2. Garantir o funcionamento do Serviço de Engenharia Clínica para gerenciamento de equipamentos médicos e não médicos.

2.4. **Esterilização e Reprocessamento:**

2.4.1. Realizar a esterilização e reprocessamento de artigos médicos hospitalares, com reposição adequada de materiais reestilizáveis.

2.5. **Regulação e Controle de Vagas:**

2.5.1 Manter um Núcleo Interno de Regulação (NIR) para controle de vagas e transferência de pacientes, em articulação com a Central de Regulação Municipal.

2.6. **Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional:**
2.6.1. Implementar políticas de segurança do trabalho e saúde ocupacional, em conformidade com a NR-32/2005 do MTE.

2.7. **Transparência e Prestação de Contas:**
2.7.1. Fornecer mensalmente relatórios gerenciais, extratos bancários e comprovantes de pagamento de encargos trabalhistas e previdenciários.

2.8. **Sigilo e Responsabilidade:**
2.8.1 Manter sigilo sobre informações e documentos relacionados ao contrato.
2.8.2. Responder por danos causados a usuários, bens públicos ou terceiros, decorrentes de ação ou omissão no exercício das atividades contratadas.

CLÁUSULA 3º – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1. Estrutura e Recursos:
3.1.1. Disponibilizar a estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes e equipamentos necessários para a execução dos serviços contratados.

3.2. **Repasses financeiros:**
3.2.1. Efetuar os repasses financeiros conforme o estabelecido na Cláusula 5.1 deste contrato, garantindo a continuidade dos serviços.

3.3. **Fiscalização e Acompanhamento:**
3.3.1. Monitorar e fiscalizar a execução dos serviços por meio de uma Comissão de Acompanhamento, designada pela Secretaria de Saúde.

3.4. **Cessão de Servidores:**
3.4.1. Promover a cessão de servidores públicos para atuação nos serviços contratados, quando necessário.

CLÁUSULA 4º – DA VIGÊNCIA

4.1. O prazo de vigência da contratação será de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do CONTRATO DE GESTÃO nos termos da Lei Municipal nº 3.122/2010.

4.2. O extrato deste Contrato de Gestão deve ser publicado no jornal oficial, bem como o seu inteiro teor deve ser disponibilizado no sítio eletrônico do CONTRATANTE e da CONTRATADA, além dos demais documentos exigidos pela lei da transparência, consoante diretrizes e comunicados do Tribunal de Contas do Estado.

CLÁUSULA 5º – DOS RECURSOS FINANCEIROS E PAGAMENTO

5.1. O valor total do contrato é de **R$ 45.380.854,83** (quarenta e cinco milhões, trezentos e oitenta mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e três centavos), considerando o critério de financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, e observando a competência financeira do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)** e do **Fundo Estadual de Saúde**, conforme seus respectivos programas de financiamento e regras de faturamento, repasses e de incrementos financeiros de aportes, nos termos da lógica jurídica e técnica do financiamento da saúde públ

5.2. Os recursos de Fonte Municipal (Fonte 1) previstos neste contrato são compostos por uma parte fixa (90%) e uma parte variável (10%). A parte variável está atrelada ao cumprimento das metas qualitativas, conforme previsto no Anexo.

5.3. Os recursos de Fonte Federal (Fonte 2) previstos neste contrato serão repassados à CONTRATADA em conformidade com os fluxos de pagamentos do Fundo Nacional de Saúde, nos termos das Portarias do Ministério da Saúde.

5.4. Os recursos de Fonte Estadual (Fonte 3) previstos neste contrato serão repassados à CONTRATADA em conformidade com o cumprimento das metas e indicadores das Resoluções do Fundo Estadual de Saúde previstos no Anexo II.

5.5. Os repasses serão realizados mensalmente, até o dia 15 (quinze) de cada mês, de acordo com a disponibilidade financeira e o cronograma orçamentário vigente, considerando os aportes do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, que terão caráter complementar ao custeio. Ressalta-se, ainda obrigatoriedade da contrapartida com recursos financeiros próprios do Município, nos termos deste contrato.

5.6. Os repasses, programas, incrementos e demais forma do financiamento tripartite da Atenção Hospitalar, no caso do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, será de acordo com a TABELA abaixo, considerando que, em algumas fontes de custeio são de natureza variável ao depender da produção assistencial e dos indicadores e regras de cada fundo de saúde do ente federativo vinculado, sendo a CONTRATADA, responsável em cumprir as metas e indicadores de produção dos respectivos programas, incrementos e financiamentos estaduais e da União.

5.7. Nos termos do financiamento estadual da Atenção Hospitalar, caracterizado no Programa Valora Minas e Opera Mais, deverá ter uma conta bancária especifica com a respectivas prestações de contas.

5.7.1. Considerando que os financiamentos estadual e federal da Atenção Hospitalar seguem regramentos próprios, nos termos do modelo tripartite de financiamento, poderão ocorrer glosas ou descontos conforme a produção assistencial da CONTRATADA. Assim, eventuais falhas na prestação dos serviços, bem como a não

apresentação de indicadores ou o descumprimento de metas exigidas pelos Fundos Estadual e Nacional de Saúde, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA. Nessas hipóteses, não caberá ao Município complementar os valores glosados ou descontados, limitando-se à sua obrigação na cota-parte do financiamento tripartite.

5.7.2. A CONTRATADA deverá comprovar, mensalmente, a regularidade dos repasses estaduais e federais, sob pena de suspensão do pagamento da parte variável até a comprovação.

5.7.3. A TABELA abaixo considera o modelo de financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, suas alterações, bem como das portarias ministeriais e normas específicas dos respectivos fundos de saúde. Trata-se de uma fonte de custeio variável, uma vez que depende do faturamento do SUS e da produção assistencial efetivamente realizada, conforme os critérios definidos por cada programa, portaria, processo de qualificação, habilitação e eventuais incrementos.

5.7.4. Dessa forma, o valor integral e a regularidade dos repasses estão condicionados ao cumprimento das regras vigentes de cada fundo de saúde envolvido. Ressalta-se que os valores apresentados na tabela são estimativas, podendo sofrer variações conforme os critérios do fundo vinculado a cada programa, incremento, meta pactuada, habilitação ou qualificação dos serviços no âmbito da Atenção Hospitalar.

5.7.5. Em relação ao custeio por parte da (Fonte 1), recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, haverá as metas de produção quantitativas e qualitativas, podendo haver glosas, de acordo com a Prestação de Contas.

TABELA DE CUSTOS DO CONTRATO		
Recurso Federal (Fonte 2)		
Descrição dos Serviços	**Valor Mensal**	**Valor Anual**
Pré-fixado		
Pré-fixado Ambulatorial	R$ 30.795,99	R$ 369.551,88
Pré-fixado Hospitalar	R$ 265.604,50	R$ 3.187.254,00
Pré-fixado Hospitalar UTI Portaria GM 2187/2005	R$ 118.474,56	R$ 1.421.694,72
Pré-fixado Hospitalar UTI Pediátrica Portaria GM 3736/2022 e Portaria GM 928/2023	R$ 252.200,40	R$ 3.026.404,80
Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar - IGH (IAC)	R$ 180.938,88	R$ 2.171.266,56
Incentivo integração ao SUS (INTEGRASUS)	R$ 8.284,29	R$ 99.411,48
Portaria GM 1.858/2014 – deduz recursos da Portaria 3.166/2013 e inclui novos recursos	R$ 57.693,26	R$ 692.319,12
Urgência e Emergência – Plano de Ação Regional – PAR (UTI adulto) Portaria 3.579/2020	R$ 52.770,24	R$ 633.242,88
Subtotal pré-fixado Federal	**R$ 966.762,12**	**R$ 11.601.145,44**
Pós-fixado		
Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgia Eletiva *	R$ 300.000,00	R$ 3.600.000,00

Assistência Financeira Complementar - Piso Nacional da Enfermagem. **	R$ 279.535,21	R$ 3.354.422,52
Subtotal pós-fixado Federal	**R$ 579.535,21**	**R$ 6.954.422,52**
Subtotal Federal	**R$ 1.546.297,33**	**R$ 18.555.567,96**
Recurso Estadual (Fonte 3)		
Descrição dos Serviços	**Valor Mensal**	**Valor Anual**
Pré-fixado		
Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais Valora Minas – Valor em Saúde. Resolução SES/MG nº 8.895, de 25 de julho de 2023 e Resolução SES/MG nº 9.905, de 05 de dezembro de 2024. ***	R$ 502.206,66	R$ 6.026.479,95
Subtotal pré-fixado Estadual	**R$ 502.206,66**	**R$ 6.026.479,9**
Pós-fixado		
Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais Valora Minas – Opera Mais. Resolução SES/MG nº 8.907, de 25 de julho de 2023 e a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 5.078, 24 de janeiro de 2025. Resolução 9862, de 25 de novembro de 2024.***	R$ 200.000,00	R$ 2.400.000,00
Subtotal pós-fixado Estadual	**R$ 200.000,00**	**R$ 2.400.000,00**
Subtotal Estadual	**R$ 702.206,66**	**R$ 8.426.479,95**
Recurso Municipal (Fonte 1)		
Descrição dos Serviços	**Valor Mensal**	**Valor Anual**
Pré-fixado		
IAC MUNICIPAL - PRÉ-FIXADO	R$ 1.427.550,24	R$ 17.130.602,88
Subtotal pré-fixado Municipal	**R$ 1.427.550,24**	**R$ 17.130.602,88**
Pós-fixado		
OPME-PÓS FIXADO	R$ 21.683,67	R$ 260.204,0
Tomografia Computadorizada-Pós-Fixado	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
Consulta especializada (Tabela Municipal 3.1.12)	R$ 74.000,00	R$ 888.000,00
Subtotal pós-fixado Municipal	**R$ 105.683,67**	**R$ 1.268.204,04**
Subtotal Municipal	**R$ 1.533.233,91**	**R$ 18.398.806,92**
Valor Total do Contrato	**R$ 3.781.737,90**	**R$ 45.380.854,83**

* Valor é realizado de acordo com a produção e recebimento do recurso do FNS.
** Valor do pagamento é de acordo com os valores da Portaria Ministerial do mês correspondente.
*** Pagamento de acordo com o cumprimento das metas dos indicadores das políticas da SES/MG.

CLÁUSULA 6º – DA RESCISÃO E PENALIDADES

6.1. O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

6.1.1. Por ato unilateral do CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de comprovada má gestão, culpa e/ou dolo, cabendo ao CONTRATANTE notificar a CONTRATADA, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

6.1.2. Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

6.1.3. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pelo CONTRATANTE superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o CONTRATANTE, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

6.1.4. Se houver alterações do estatuto da CONTRATADA que implique em modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente instrumento;

6.1.5. Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente instrumento, com comunicação prévia de 90 (noventa) dias;

6.2. Verificada a hipótese de rescisão contratual com fundamento nos subitens 6.1.1 a 6.1.5, o CONTRATANTE providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o princípio do contraditório e da ampla defesa;

6.3. Em caso de deliberação pela rescisão, esta será precedida de processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como organização social;

6.4. Ocorrendo a extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos bens móveis e imóveis, e a imediata reversão desses bens ao patrimônio do CONTRATANTE, bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto desse contrato;

b) A incorporação ao patrimônio do Município dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados especificamente para este Contrato de Gestão;

c) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes aos registros físicos e eletrônicos atualizado de todos os atendimentos efetuados no serviço e as fichas e prontuários dos usuários.

6.5. Finda a vigência contratual, será elaborado Termo de Rescisão.

CLÁUSULA 7º – DAS PENALIDADES

7.1. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa a aplicar as penalidades abaixo:
a) Advertência por escrito;
b) Multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a m[illegible] corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 10% (vinte por cento);
c) O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de mora de até 0,5% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas.
d) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Município, por prazo não superior a 02 (dois) anos.
e) Declaração de inidoneidade na prática de atos de natureza dolosa.

7.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA;

7.3. As sanções previstas nas alíneas e desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea;

7.4. O procedimento para a apuração de descumprimento contratual é atribuído à Secretaria de Saúde.

7.5. Da aplicação das penalidades, a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Saúde.

7.6. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será depositado aos cofres públicos mediante a expedição de guia própria.

CLÁUSULA 8º – DA OMISSÃO

8.1. Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes, bem como, pelas normas que regem o Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA 9º – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

9.1. O presente Contrato de Gestão está amparado na Lei Municipal n Lei Municipal nº 3.122/2010, Decreto Municipal nº 6.127/2025 e da Lei do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990)

CLÁUSULA 10º – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente Contrato poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, bem como com a autorização da autoridade competente.

10.2. Considerando que o Contrato de Gestão trata-se de um modelo de contratação definido por resultados por meio de indicadores e metas, qual implica em um processo permanente de avaliação e ajustes, a alteração contratual poderá solicitada pela CONTRATADA a qualquer momento, em situações que configure a necessidade de reequilíbrio contratual, considerando o possível aumento, supressão, alteração de serviços diante da demanda de atendimento mensal.

10.3. O pedido de reequilíbrio econômico-financeiro contratual deverá ser documentalmente comprovado, demonstrando a efetiva alteração dos serviços em relação ao inicialmente contratado.

10.4. Além das possibilidades definidas nas cláusulas supra, a CONTRATADA efetuará o levantamento econômico-financeiro no prazo de 90 (noventa) dias, e apresentará à CONTRATANTE possível repactuação dos valores contratados inicialmente.

CLÁUSULA 11º – DA SUBCONTRATAÇÃO E DEMAIS DISPOSIÇÕES

11.1. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir o objeto do contrato a terceiros, mas poderá subcontratar as atividades inerentes ao objeto contratual.

11.2 A subcontratada deverá apresentar à CONTRATADA os documentos de regularidade jurídica, fiscal e trabalhista exigidos na habilitação do procedimento seletivo, documentos que deverão compor a prestação de contas para o CONTRATANTE.

CLÁUSULA 12º – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Os casos omissos serão resolvidos por acordo entre as partes ou, subsidiariamente, pelas normas do Direito Público.

12.2. Eventuais despesas de rateio deverão se limitar a até 3% (três porcento) do valor mensal da parceria, bem como, deverão apresentar inequívoca relação entre os valores apresentados e os custos indiretos, de modo a permitir a aferição de que as despesas realmente se vinculam aos ajustes pactuados, estando vedadas, todavia, as despesas de rateio referentes à locação de imóvel e de demais custos necessários para manter o grau de excelência na execução contratual local

12.3. A CONTRATANTE em caso de ausência do repasse avençado responderá solidariamente pelas obrigações trabalhistas contraídas pela CONTRATADA, para execução do serviço aqui acordado, conforme Artigo 265 do Código Civil.

CLÁUSULA 13º – DA DOTACÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. O Município de Timóteo/MG assegura que os recursos financeiros necessários para a execução presente Contrato de Gestão Emergencial estão devidamente previstos em sua Lei Orçamentária Anual (LOA) e no Plano Plurianual (PPA), conforme as dotações específicas abaixo discriminadas:

- Despesa **565** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.605.000.0000.001
- Despesa **942** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.500.000.1002.001
- Despesa **943** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.600.000.0000.002
- Despesa **943** - 3.3.50.43.00 - SUBVENÇÕES SOCIAIS - Fonte 1.621.000.0000.004

13.1.1. **Fonte Municipal (Fonte 1):**

- Dotação orçamentária vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, conforme programação financeira estabelecida na LOA 2025, sob o código de dotação:

13.1.2. **Fonte Federal (Fonte 2):**

- Recursos federais repassada via Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme Portarias Ministeriais e Termos de Compromisso celebrados com o Ministério da Saúde, em conformidade com a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

13.1.3. **Fonte Estadual (Fonte 3):**

- Recursos estaduais repassados pelo Fundo Estadual de Saúde (FES), conforme Resoluções SES/MG e deliberações da CIB-SUS/MG.

13.2. **Garantia de Alocação:**

- O CONTRATANTE compromete-se a manter os recursos alocados e disponíveis durante toda a vigência do contrato, observadas as limitações legais e os eventuais contingenciamentos orçamentários. Em caso de redução ou bloqueio de recursos supervenientes, o CONTRATANTE notificará imediatamente a CONTRATADA para readequação do escopo ou repactuação, conforme Cláusula 10º.

13.3. **Vinculação dos Recursos:**

- Os valores repassados são **vinculados exclusivamente** à execução dos serviços objeto deste contrato, sendo vedada sua utilização para outras finalidades, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

13.4. **Prestação de Contas:**

- A CONTRATADA deverá comprovar a aplicação dos recursos conforme os planos de trabalho e metas estabelecidas, mediante apresentação de relatórios financeiros e demonstrações contábeis auditáveis, em conformidade com a Lei Federal nº 4.320/1964 e as normas do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG).

13.5. **Suplementação Orçamentária:**

- Caso haja necessidade de complementação de recursos para atendimento de demandas emergenciais ou incremento de serviços, o CONTRATANTE poderá, a seu critério e mediante disponibilidade orçamentária, realizar suplementação mediante ato administrativo formal, com anuência prévia do Poder Legislativo, se exigido pela legislação vigente.

Parágrafo Único: A ausência de dotação orçamentária suficiente não exonera o CONTRATANTE das obrigações assumidas, devendo ser adotadas as medidas legais para garantir a continuidade dos serviços essenciais à população, nos termos do Art. 265 do Código Civil e da Lei nº 8.080/1990 (Lei do SUS).

CLÁUSULA 14º – DO FORO

14.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Timóteo/MG para dirimir eventuais controvérsias decorrentes do contrato.

E, por estarem de pleno acordo, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo-assinadas.

Timóteo/MG, 26 de março de 2025.

VITOR VICENTE DO PRADO
Prefeito Municipal

ERICA DA CONCEICAO FERREIRA SILVA PIRES:06152510643 Assinado de forma digital por ERICA DA CONCEICAO FERREIRA SILVA PIRES:06152510643 Dados: 2025.03.27 17:57:46 -03'00'

ÉRICA CONCEIÇÃO FERREIRA SILVA PIRES
Secretária Municipal de Saúde

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Dados: 2025.03.28 09:57:38 -03'00'

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Ciente.

VINICIUS PINHEIRO DE ANDRADE:04816558675 Assinado de forma digital por VINICIUS PINHEIRO DE ANDRADE:04816558675 Dados: 2025.03.26 16:34:50 -03'00'

VINÍCIUS PINHEIRO DE ANDRADE
Procurador-Geral

TESTEMUNHAS: 1ª _____ **2ª** _____

CPF ___.___.___-__ **CPF** ___.___.___-__

CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2024

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE LOUVEIRA**, inscrito no CNPJ sob o nº 46.363.933/0001-44 estabelecida no endereço Rua Catharina Calssavara Caldana, nº 451, Vila Caldana – Louveira/SP, neste ato representada por seu Prefeito Municipal **Sr. Estanislau Steck,** portador do RG nº 12.546.046-6, SSP/SP e do CPF nº 052.632.518-66, e por sua Secretária Municipal de Saúde Interina **Sra. Kátia Regina dos Santos Narciso**, portadora do RG nº 26.122.906-0 SSP/SP e do CPF nº 271.362.688-93, doravante designada **CONTRATANTE,** e, de outro lado, **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB/REDE SANTA CASA**, inscrita no CNPJ sob o nº 45.349.461/00001-02, com sede na LOGRADOURO Rua Dr. Orlando T Santos, 50, Bairro Williams, Graça/SP, neste ato representada pelo seu Diretor Presidente **João Pedro Monteiro Pinotti Affonso**, portador da Cédula de Identidade nº 42.818.243-4 SSP/SP e do CPF/MF nº 362.328.398-38, doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo nº 000071/2024, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, têm justos e contratados os serviços ali previstos, na Lei Federal nº 14.133/2021, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do Objeto

1.1 Constitui objeto do presente a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, visando à celebração de Contrato de Gestão para Gerenciamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços para HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA – ADULTO E PEDIÁTRICO, no âmbito do município de Louveira, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações, de acordo com Termo de Referência e demais documentos constantes no Processo Administrativo nº 000071/2024, os quais fazem parte integrante deste Contrato.

1.2 O plano de trabalho/operativo é o documento indissociável do contrato de Gestão e

onde estão previstas as metas, prazo de execução, critérios de avaliação das metas, dentre outras informações.

CLÁUSULA SEGUNDA – Dos Compromissos das Partes

2.1 - São obrigações da CONTRATADA:

1. Garantir a contratação de profissionais qualificados de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência.
2. Atendimento necessário para desenvolvimento das ações afetas ao objeto da parceria, proporcionando promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;
3. Uniformização dos colaboradores;
4. Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com os profissionais contratados, inclusive nas rescisões.
5. Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público.
6. Fornecer a Secretaria Municipal de Saúde/DAS as informações necessárias para garantir que todos os profissionais por ela empregados e ativos sejam devidamente cadastrados, sob pena de descumprimento contratual nos termos da clausula decima deste instrumento.
7. Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados no mercado, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.
8. Utilizar para a contratação de pessoal, critérios técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas, previdenciárias e sanitárias.
9. Manter os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente. A informação sobre a capacitação da equipe deve ser passada à administração pública municipal, sempre que solicitada.
10. Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à

unidade de saúde no desenvolvimento de suasatividades.

11. Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades das unidades de saúde, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a administração pública municipal, secretaria municipal de saúde de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar **obrigatória e mensalmente** à administração pública municipal, relação dos profissionais das unidades de saúde responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação.

12. Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora conveniados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à Contratada;

13. Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste CONTRATO;

14. A Contratada deverá apresentar a Nota Fiscal dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada, atendendo à legislação pertinente;

15. A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

16. Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

17. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à Contratada e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços conveniados;

18. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

19. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

20. Garantir que seus profissionais contratados realizarão plantões diários de 12 horas a

24 horas no máximo.

21. A CONTRATADA é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

2.2 - São obrigações da CONTRATANTE, além das demais decorrentes do Contrato:

1. O Município de Louveira obriga-se a prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste CONTRATO e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

2. Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento;

3. Desenvolver controle e avaliação periódica através de um preposto designado pelo Prefeito Municipal, o qual observará "in loco" o desenvolvimento dos serviços prestados aos usuários.

4. Fiscalizar a execução do Contrato de Gestão;

5. Efetuar os repasses nos prazos aqui determinados;

6. Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

7. Analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

8. Criar a **Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão**, a ser firmado, a qual analisará mensalmente a execução dos serviços, através do relatório de prestação de contas apresentado pela Contratada.

CLÁUSULA TERCEIRA – Dos Recursos Financeiros

3.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados

para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do Poder Público, federal, estadual e municipal.

CLÁUSULA QUARTA – Do Repasse de Recursos

4.1 Para a execução do objeto do presente CONTRATO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância máxima de R$ 17.995.462,80 (dezessete milhões, setecentos e noventa e cinco mil, quatrocentos e sessenta e dois de reais e oitenta centavos), referente ao valor global, em 12 (doze) parcelas mensais de R$ 1.499.621,90 (um milhão, quatrocentos e noventa e nove mil, seiscentos e vinte um reais e noventa centavos), já inclusos a produtividade máxima da parceria.

4.2 As parcelas referentes ao custeio serão constituídas de parte fixa e parte variável, correspondendo, respectivamente aos percentuais de 90 % (noventa por cento) e 10 % (dez por cento), conforme estabelecido no Termo de Referência.

4.3 O repasse da parte variável das parcelas mensais referente ao custeio, fica vinculado à aprovação de contas por parte da Comissão Competente.

4.4 O repasse referente à primeira parcela será efetuado integral e até o 5º dia útil após a assinatura do contrato.

4.5 O repasse das demais parcelas será realizado em 11 (onze) parcelas iguais e sucessivas, mediante apresentação da prestação de contas, do mês consignado.

4.5.1. Para receber 90 % do valor da mesma, referente à parte fixa, até o 5º dia útil;

4.5.2. A parcela referente aos 10% variáveis só serão liberados após aprovação pela Comissão Competente.

4.5.2.1. O relatório de prestação de contas deverá ser finalizado e entregue à Contratante, até o dia 15 (quinze) de cada mês subsequente ao mês de referência, prorrogado para o próximo dia útil no caso de final de semana e feriado.

4.5.2.2. A liberação da parte variável se dará em até 5 (cinco) dias úteis mediante

aprovação da referida Prestação de Contas e com emissão de Parecer Conclusivo da Comissão Competente.

CLÁUSULA QUINTA – Da Dotação Orçamentária

5.1. As despesas com o pagamento do CONTRATO correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária a seguir especificada:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

Órgão: 01–Prefeitura Municipal de Louveira

Unidade Orçamentária: 01.08.01 – Fundo Municipal de Saúde

Função: 10 – Saúde

Sub-Função: 302 – Assistências Hospitalar e Ambulatorial

Programa: 0031 – Programa de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Classificação Orçamentária: 01.08.01.10.302.0031.2044.3.3.50.85 – MANUTENÇÃO DE PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Fonte de Recurso: 01 – Tesouro; 05 – Transferências e Convênios Federais

CLÁUSULA SEXTA - Das Condições de Pagamento

6.1 O pagamento será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

6.1.1 Pela prestação dos serviços objeto deste contrato, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA a importância global estimada e pactuada;

6.1.2 Para providências de pagamento, o mesmo, será efetivado, mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais;

6.1.3 O pagamento será realizado pelo setor competente, relativos aos serviços prestados, na forma disposta na Clausula Quarta, através de crédito em conta corrente indicada na declaração ou documento similar fornecido por estabelecimento bancário, pela Prestadora.

6.1.4 O pagamento se realizará no 5º dia útil, conforme consignado no subitem 4.5.1 da Clausula Quarta, com apresentação da Nota Fiscal, e devidamente atestada pelo setor competente.

6.1.5 O pagamento dos valores relativos à execução dos serviços ficará condicionado a comprovação de regularidade da Prestadora de Serviços para com os Tributos Federais, Contribuições Previdenciárias, FGTS e o INSS, as certidões deverão ser entregues, pela

CONTRATADADA.

6.1.6 Havendo erro no documento de cobrança, no todo ou em parte, a tramitação da fatura será suspensa para que a Prestadora de Serviços adote as providências necessárias à sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data de representação da fatura, devidamente corrigida.

6.1.7 Para o pagamento da prestação dos serviços será necessário o atesto, por escrito, do ordenador de despesas, confirmando a prestação dos serviços, objeto deste projeto.

6.1.8 Havendo informações, registros ou denúncias de usuários ou relatórios gerenciais com registro de descumprimento, no todo ou em parte, das condições pactuadas no contrato que tem como base este Projeto, a tramitação do faturamento da prestação de contas do mês corrente poderá ser mantida. Entretanto, serão realizadas auditorias pelo órgão competente a fim de averiguar possíveis descumprimentos e, quando comprovados, haverá aplicação das multas e penalidades contratuais nas faturas subsequentes, assim como será designado prazo para que a Prestadora de serviços adote as providências necessárias à correção do descumprimento.

CLÁUSULA SÉTIMA - Dos Recursos Humanos

7.1 A CONTRATADA contratará pessoal para a execução das atividades determinadas no Edital, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO.

7.2 A CONTRATADA fica ciente de que é vedada a contratação dos membros de sua Diretoria e do Conselho de Administração, bem como do Conselho Municipal de Saúde e respectivos cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até o terceiro grau, para prestar serviços objetos deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.3. A CONTRATADA deverá manter em seu poder cadastro atualizado dos profissionais contratados através de **processo simplificado de seleção**, que poderá ser solicitado pelos órgãos fiscalizadores externo e interno e deverá conter, no mínimo:

a) Dados Pessoais;

b) Endereço Domiciliar e telefones para contato;

c) Foto 3x4 recente;

d) Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC e Conselho Regional de Classe quando couber;

CLÁUSULA OITAVA – Da Execução, Acompanhamento financeiro e da Qualidade dos serviços prestados

8.1 A CONTRATADA deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Louveira, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, ainda que não previstas anteriormente.

8.2 A CONTRATADA deverá apresentar a Secretaria Municipal de Saúde de Louveira, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei.

8.3. A **CONTRATANTE** exercerá a fiscalização do CONTRATO através da Comissão de Avaliação da Execução Contratual indicada pelo Chefe do Executivo que procederá a verificação mensal de desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Contratada com aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado e conclusivo que deverá ser encaminhado à autoridade superior, através do relatório de prestação contas.

CLÁUSULA NONA – Do Prazo de vigência

9.1 O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser renovado até o limite.

CLÁUSULA DÉCIMA – Da Revisão e Repactuação:

10.1 O presente CONTRATO poderá ser alterado, mediante a necessidade de revisão dos quantitativos e das especialidades inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes, devendo, nestes casos, ser formalizados os

respectivos Termos Aditivos e ocorrerá mediante expressa autorização da chefia do Poder Executivo municipal e observância do gestor da pasta.

10.2 O índice de reajuste a ser utilizado após o período de doze meses poderá ser o IPCA/IBGE.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Da Prestação de Contas

11.1 O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega obrigatória e mensal do Relatório de Prestação de Contas contendo os anexos:

a) Demonstrativo de Folha de Pagamento;

b) Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;

c) Relação dos profissionais responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, além de todos os comprovantes de despesas realizadas de acordo com o plano de trabalho/operativo.

c.1) Comprovação de recolhimento de INSS e FGTS e do respectivo pagamento dos funcionários;

c.2) No caso dos profissionais autônomos apresentar Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA)

d) Extrato e conciliação Bancária de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos.

11.2 Ao final de cada exercício financeiro, a CONTRATADA deverá elaborar consolidação dos relatórios de execução e demonstrativos financeiros e encaminhá-los à CONTRATADA, em modelos por esta estabelecidos.

11.3 A **prestação de contas final/anual deverá conter a documentação prevista no artigo 164 da Instrução Normativa nº 01/2020.**

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da Intervenção do Município no Serviço Transferido

12.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, o Município poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste CONTRATO que foram transferidas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Do Desequilíbrio Econômico-financeiro

13.1. Na hipótese de desequilíbrio econômico-financeira do contrato, constatado e comprovado pela Contratada, esta poderá pleitear o restabelecimento da equação econômico-financeira, apresentando os pressupostos necessários, nos termos da Lei nº.14.133/2021 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Da Rescisão

14.1 A rescisão do CONTRATO poderá ser efetivada por:

I. Ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II. Acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III. Ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços.

IV. Nos casos previstos na Lei Federal nº. 14.133/2021 e suas alterações;

V. Dissolução;

VI. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificada se determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que será subordinado o contratado.

VII. Inobservância do nível de qualidade proposto ou exigível para a execução dos serviços.

VIII. Paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação a Administração;

14.2 Nos casos do inciso I desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata imposição das sanções legais cabíveis, após apuradas as faltas em processo regular, assegurada a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Das Penalidades

15.1 **A CONTRATADA**, independentemente de qualquer notificação ou interpelação judicial

ou extrajudicial, estará sujeita, em função das infrações que cometer, às penalidades a seguir indicadas:

15.2 Pelo descumprimento das obrigações assumidas, a CONTRATADA estará sujeita às penalidades previstas na lei de licitações, estando sujeita ainda às seguintes multas, cujo cálculo tomará por base o valor do contrato reajustado nas mesmas bases do ajuste:

15.3 Advertência escrita, a ser aplicada para infrações não graves que, por si só, não ensejem a rescisão do contrato ou sanção mais severa;

15.4 Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do saldo contratual por sua inexecução parcial;

15.5 Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos;

15.6 Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a Administração contratante, após o ressarcimento dos prejuízos que a empresa Contratada vier a causar, decorrido o prazo da sanção aplicada com base nesta cláusula.

15.7 A inexecução parcial ou total do contrato poderá ensejar sua rescisão nos termos da legislação de licitações Lei nº 14.133/2021, podendo a empresa ser suspensa para licitar, impedida de contratar com a Administração Pública pelo período de até 2 (dois) anos, e ainda, se for o caso, ser declarada inidônea.

15.8 As multas eventualmente aplicadas serão irreversíveis, mesmo que os atos ou fatos que as originaram sejam reparados.

15.9 As multas previstas não têm caráter compensatório, mas meramente moratório, e consequentemente o pagamento não exime a CONTRATADA da reparação de eventuais

danos, perdas ou prejuízos que seu ato tenha acarretado.

15.10 A abstenção por parte da CONTRATANTE, do uso de quaisquer das faculdades contidas no instrumento contratual e no Edital de abertura, não importa em renúncia ao seu exercício.

15.11 A aplicação de qualquer penalidade prevista no Edital de abertura não exclui a possibilidade de aplicação das demais, bem como das penalidades previstas na Lei Federal n.º 14.133/2021 e alterações posteriores.

15.12 O valor da multa será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços ao Mercado (IGPM).

15.13 As importâncias relativas às multas serão descontadas do primeiro pagamento a que a CONTRATADA tiver direito.

15.14 A Contratada estará sujeita, ainda, às sanções penais previstas na Lei nº 14.133/2021 e alterações posteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Das Cessões

16.1. As relações das cessões estão disciplinadas em anexo a este contrato.

CLAUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Das Disposições Gerais

17.1. A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir, dar em garantia ou vincular, de qualquer forma, total ou parcialmente, o objeto contratado, a qualquer pessoa física ou jurídica, sem a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

17.2. A CONTRATADA somente poderá subcontratar os serviços contratados após a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

17.3. Nenhuma hipótese de subcontratação poderá estabelecer qualquer vínculo ou compromisso direto entre a CONTRATANTE e a subcontratada.

17.4. Despesas Contratuais e Extracontratuais: Serão de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA todas as despesas e providências inerentes ao presente Contrato, bem como as obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

17.5. Aplica-se ao presente, especialmente aos casos omissos, Lei 14.133/2021 com as posteriores alterações introduzidas por normas subsequentes.

17.6. Serão representantes credenciados das partes na condução da execução dos serviços objeto deste Contrato:

- Pela CONTRATANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
- Pela CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB/REDE SANTA CASA

17.7. A fiscalização da execução dos serviços deste contrato será exercida diretamente pela CONTRATANTE, ou através de prepostos por ela indicados, a quem caberá a fiscalização, ao qual a CONTRATADA proporcionará em qualquer tempo livre acesso aos locais de serviços e fontes de informações relacionadas com os serviços ora contratados.

17.8. A fiscalização será exercida no interesse exclusivo da CONTRATANTE, não reduzindo nem excluindo a obrigação e responsabilidade da CONTRATADA pela correta execução dos serviços.

17.9. Fazem parte integrante e indissociável do presente contrato, como se no mesmo estivessem transcritos em seu inteiro teor, todos os documentos diretamente relacionados com a completa e correta execução dos serviços objeto deste instrumento.

17.10. É vedada a cobrança por serviços médicos ou outros suplementares da assistência devida ao paciente.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – Das Metas

18.1. **Manutenção da Equipe:** A não manutenção da equipe mínima estabelecida para os serviços deste Contrato de Gestão implicará no desconto do valor de pessoal e reflexo correspondente aos profissionais não contratados no mês subsequente. O acompanhamento da contratação da equipe mínima será realizado mensalmente.

18.2. **Produtividade:** A produtividade deverá ser e realizado conforme indicadores no plano de trabalho/operacional.

18.3. **Qualidade:** As metas de qualidade serão avaliadas e pontuadas através dos indicadores estabelecidos no plano de trabalho/operativo. O não cumprimento das metas previstas no plano de trabalho/operativo, implicará o desconto de até 10% (dez por cento)

CLAUSULA DÉCIMA NONA - Da Publicação

19.1. **O CONTRATO** terá o seu extrato publicado no Diário Oficial e no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Louveira.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – Do Foro

20.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Louveira, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam as partes o presente, por si e seus sucessores, em 04 (quatro) vias de igual teor e para um só efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Louveira ,05 de junho de 2024

Estanislau Steck
Prefeito Municipal - CONTRATANTE

Kátia Regina dos Santos Narciso

Secretário Municipal de Saúde Interina- CONTRATANTE

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

Presidente - CONTRATADA

Testemunhas:

Nome: Patricio Silva Araujo

RG: 25.431.886-1

Nome: Rythiele de Oliveira Mello da Silva

RG: 45.705.925-4

CONCURSO DE PROJETOS Nº 01/2021
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº33.183/2021

ANEXO II

MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO

INSTRUMENTO DE CONTRATO DE GESTÃO S-467/2023

Dispensa de Licitação S-467/2023. Processo Administrativo nº22.600/2023.

Contrato que entre si celebram o Município de Taboão da Serra, por intermédio da **Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal de Administração** e a **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB**, qualificada como Organização Social, para regulamentar o desempenho das ações e serviços de saúde na **Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra.**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Taboão da Serra, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**, com sede nesta cidade, neste ato, representado pelo seu Secretário Municipal da Saúde, **Dr. JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRA,** brasileiro, odontologista, portador do RG n.º 10.936.351-6, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, CPF n.º 114.431.578-64, e pelo Secretário Municipal de Administração, **Dr. WAGNER LUIZ ECKSTEIN JÚNIOR**, brasileiro, advogado, portador do RG nº 33.938.923-0, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e CPF nº 365.747.098-06, doravante denominada **CONTRATANTE**

e, de outro lado, a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB, com CNPJ/MF 45.349.4961/0001-02, Associação Civil sem fins lucrativos, constituída por tempo indeterminado, com endereço na Rua Avenida José Ariano Rodrigues, 303, Bairro Jardim Ariano, Cidade de Lins - SP, cep: 16.400-000 e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº 5731 do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Lins/SP, neste ato, representada pelo seu DIRETOR EXECUTIVO, JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO, RG 42.818.243-4 SSP/SP, CPF 362.328.398-38, doravante denominada **CONTRATADA**, com base no Processo Administrativo nº 33.183/2021 – Concurso de Projetos nº 01/2021 e, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 2.392/2021, combinada com o artigo 24, XXIV e 26 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **INSTRUMENTO DE CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos na **UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA,** cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde na **UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA,** em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

- - O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

- - Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

a. O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços;
b. O Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento;
c. O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade;
d. O Anexo de Permissão de Uso do Patrimônio IV.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DE BENS PÚBLICOS

2.1 – Com a finalidade exclusiva de viabilizar a perfeita e regular execução do objeto contratual, a **CONTRATANTE** destinará à **CONTRATADA** bens móveis e imóveis, através da celebração de Termo de Permissão de Uso, autorizado por Decreto Municipal.

2.2 - A **CONTRATADA** se responsabiliza, nos termos do item 3.1.7 da Cláusula Terceira, pela guarda e vigilância dos bens cujo uso lhe é permitido, mantendo-os em perfeito estado de conservação, asseio, higiene e limpeza, sem que isso lhe gere qualquer direito de retenção ou indenização, de modo a devolvê-los ao município findo o prazo do contrato, ressalvadas eventuais deteriorações decorrentes do uso normal, bem como ressarcir a **CONTRATANTE** pelo extravio ou danos ocasionados durante a vigência do contrato, por ato de seus prepostos ou representantes, devendo ainda, preservar a plaqueta de registro patrimonial.

2.2.1 – O CONTRATANTE – PODER PÚBLICO – expedirá Decreto Municipal, autorizando a celebração do Termo de Permissão de Uso dos bens cujo uso lhes serão permitidos.

2.3 – A **CONTRATADA** compromete-se, ainda, a utilizá-los exclusivamente na execução do objeto contratado, sendo vedado ceder, locar sob qualquer título, transferi-los para terceiros, ou ainda, transferir para outra unidade administrada pela **CONTRATADA,** sem que esta tenha, previamente, autorizado ou solicitado à transferência; sob pena de caracterizar inadimplemento contratual.

2.4 – Ao término deste Contrato de Gestão será lavrado Termo de Encerramento de

Contrato, onde constarão os bens objeto de restituição e o seu estado de conservação.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

3.1 - Em cumprimento às suas obrigações cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos Diplomas Federal, Estadual e Municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

3.1.1 – Manter durante toda execução do contrato, as mesmas condições de habilitação exigidas quando do processo seletivo, em relação à regularidade jurídica, tributária, previdenciária, trabalhista e idoneidade financeira;

3.1.1.2. A manutenção das condições de habilitação será sempre demonstrada, quando da solicitação do repasse mensal.

3.1.2 - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;

3.1.3 - Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.1.4 - Registrar, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento.

3.1.5 - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou

culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

3.1.5.1 - A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços.

3.1.6 - Reversão ao Município, nas hipóteses de desqualificação, extinção da entidade e de rescisão contratual, dos bens permitidos ao uso, bem como adquiridos com os recursos repassados e o saldo dos recursos financeiros repassados em decorrência do contrato de gestão.

3.1.7 - Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

3.1.7.1 – A manutenção, conservação e as substituições de bens poderão ser custeadas com recursos financeiros previstos na Cláusula Sétima e, na impossibilidade de assim fazer, será comunicado o CONTRATANTE, para adoção das medidas legais.

3.1.7.2 – Os recursos destinados na Cláusula Sétima poderão ser utilizados para reparação, manutenção e substituição de bens, salvo se o dano tenha sido provocado por negligência, imprudência e/ou imperícia da contratada, quanto a gestão da coisa pública que lhe fora confiada.

3.1.8 - Encaminhar à **CONTRATANTE** proposta de aquisições de bens móveis e/ou proposta para reforma, para que, previamente, esta autorize sua aquisição; uma vez autorizada, a **CONTRATADA** terá o prazo de 30 (trinta) dias uteis, para encaminhar as comprovações das aquisições efetuadas e o prazo de 90 (noventa) dias uteis, quanto as reformas;

3.1.8.1 - Para atendimento da cláusula 3.1.8, a CONTRATANTE deverá encaminhar a Comissão de Avaliação e Monitoramento - Secretaria de Saúde - a proposta de

aquisição de bens móveis e/ou reforma, consignando , expressamente, justificativa, objeto pretendido, descrição técnica, o valor e a forma de pagamento.

3.1.8.2. A Comissão de Avaliação e Monitoramento terá o Prazo de até 10 (dez) dias úteis, para análise do pedido, encaminhado manifestação à (ao) Secretária(o) de Saúde, a quem competirá a decisão final.

3.1.8.3. Com o deferimento a CONTRATADA poderá adquirir o bem móvel e/ou realizar as devidas reformas.

3.1.9 - Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social, e/ou rescisão deste contrato, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na **UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA**, cujo uso lhe fora permitido, ressalvados o patrimônio, bens e recursos pré-existentes ao Contrato ou adquiridos com recursos a ele estranhos e de atividades próprias da instituição, diferentes e não relacionadas ao Contrato de Gestão;

3.1.10 - Responsabilizar-se pela contratação de pessoal necessário para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença, inexistindo solidariedade e/ou subsidiariedade entre as partes; quanto ao pagamento de tais encargos.

3.1.10.1. Caso a CONTRATANTE sofra quaisquer prejuízos decorrentes do descumprimento da cláusula 3.1.10, lhe fica garantido o direito de regresso, ficando autorizado o desconto nos repasses futuros, até que haja o pleno e efetivo ressarcimento.

3.1.11 - Estipulação de limites e critérios para remuneração e vantagens, de qualquer

natureza, a serem pagos aos dirigentes e empregados da Organização Social, no exercício de suas funções, com os recursos do Contrato de Gestão, conforme Lei Municipal nº 2.392/2021.

3.1.12 – Instalar na **UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TABOÃO DA SERRA** o "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria Municipal da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;

3.1.13 - Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

3.1.14 – Promover a guarda de todos os prontuários médicos, inclusive os anteriores à assinatura do instrumento de contrato de gestão e manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

3.1.15 - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

3.1.16 - Atender aos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

3.1.17 - Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição para o Sistema Único de Saúde;

3.1.18 - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

3.1.19 - Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente

internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 04 (quatro) horas. Salvo nas áreas críticas como área de choque, cuidados semi-intensivos.

3.1.20 - Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

3.1.21 - Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

3.1.22 - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

3.1.23 - Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, independente das convicções religiosas da CONTRATADA;

3.1.24 - Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento, com relatório mensal de atividades:

- Comissão de Prontuário Médico;
- Comissão de Óbitos;
- Comissões de Ética Médica;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho;
- Comissão de Resíduos e
- Comissão de Ética em Enfermagem.

3.1.25 – Sempre quando solicitado pelo paciente, fornecer por ocasião de sua saída; da Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra, relatório do atendimento prestado, denominado **"INFORME DE ATENDIMENTO"**, do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

1. Nome do paciente;

2. Nome da Unidade de atendimento;

3. Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado);

4. Motivo do atendimento (CID-10);

5. Data de admissão e data da alta (em caso de internação);

6. Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

3.1.25.1 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

3.1.26 - Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 3.1.25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

3.1.27 - Em se tratando de serviço de hospitalização ou de observação, assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes, idosos e incapazes, com direito a alojamento e alimentação.

3.1.28 – Em se tratando de serviço de Pronto Socorro assegurar a presença de acompanhante, durante todo o atendimento, sempre que as condições clínicas exigirem e nas situações previstas em legislação própria (gestantes, idosos, adolescentes, incapazes).

3.1.29 - Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 75% (setenta e cinco por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.

3.1.29.1 - A remuneração e vantagem de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados da Organização Social contratada, em caso de alteração dos valores pactuados , não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores praticados no mercado médico-hospitalar do Estado de São Paulo.

3.1.29.2 - Em caso de contratação de profissional, cuja qualificação técnico-profissional exigida não encontre parâmetro no Município de Taboão da Serra, ou cuja contratação não esteja sendo possível em virtude da escassez do referido profissional, serão observados os níveis médios da remuneração praticados no mercado médico-hospitalar do Estado de São Paulo e permanecendo a inexistência de parâmetro poderão ser observados os níveis médios da remuneração nacional.

3.1.30 – O balanço e demais prestações de contas da OSS – contratada devem ser publicados no Diário Oficial do Município, nos termos *da Lei Municipal n* º 2.392/2021.

3.1.31 – Publicar no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observando-se o o disposto na Lei Municipal nº 2392/2021.

3.1.32 – Disponibilizar acesso às informações de produção de serviços e de indicadores para avaliação, por meio eletrônico *on* line, e meio físico, conforme

definição da **CONTRATANTE.**

3.1.33 – Disponibilizar a escala da jornada dos profissionais da saúde em local acessível ao Público, bem como mantê-la atualizada.

3.1.34 – A Organização Social – OS deve comprovar sempre que requisitado o pagamento das obrigações trabalhistas e encargos sociais, não dispensando a apresentação das certidões negativas e/ou positivas com efeito de negativas respectivas, tal como previsto na cláusula 8.3.1.

3.1.34 - Atender as legislações que lhes são aplicáveis.

3.1.35 Veda-se qualquer tipo de taxa administrativa.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1 - Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1.1 - Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

4.1.2 - Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;

4.1.3 - Inventariar e apurar a condição de uso, estado e conservação para atualização do Termo de Permissão de Uso;

4.1.4 - Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos, para terem exercício na Organização Social, conforme o disposto na Lei Municipal nº 2.392/2021, observando-se que neste caso, será descontado do repasse de custeio o montante referente aos pagamentos efetuados pela CONTRATANTE aos servidores afastados;

4.1.4.1 – Observar que, não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela Organização Social – CONTRATADA.

4.1.4.2 – Observar que, o servidor afastado perceberá as vantagens do cargo a que fizer jus no órgão de origem da CONTRATANTE;

4.1.4.3 – Observar que, o servidor público colocado à disposição da CONTRATADA poderá, a qualquer tempo, ter sua disposição cancelada;

4.1.5 - Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

4.1.6 – Deve a contratante verificar a regularidade do pagamento das obrigações trabalhistas e encargos sociais.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

5.1 - A Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão, referida no item anterior, será indicada pelo Secretário Municipal de Saúde, respeitando-se o disposto na Lei Municipal n° 2.392/2021 , que emitirá relatório anual conclusivo referido no item 5.5, o qual deverá ser encaminhado àquela autoridade e aos órgãos de controle interno e externo do Município.

5.2 - O presente Contrato será acompanhado e fiscalizado pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, a qual fará a cada período quadrimestral a consolidação e análise do desenvolvimento das atividades inerentes ao quadrimestre findo, elaborando relatório circunstanciado, nos termos da Lei Municipal nº 2.392/2021.

5.3 - A verificação de que trata o item anterior, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, a fim de possibilitar a avaliação, nos termos da Lei nº 2.392/2021.

5.4 – Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência à Secretaria Municipal de Saúde e ao Controle Interno da CONTRATANTE.

5.5 – A Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão, além dos relatórios mensais, deverá elaborar relatório anual conclusivo avaliando o grau de realização das metas pactuadas para cada exercício financeiro.

5.5.1 – Para atendimento ao item 5.5, a CONTRATADA deverá elaborar consolidação dos relatórios e demonstrativos, encaminhando a Secretaria Municipal de Saúde.

5.6 – Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico- financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do **CONTRATO DE**

CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1 - **O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses**, contados a partir da assinatura do Instrumento de Contrato, podendo ser prorrogado até o limite legal de 60 (sessenta) meses, mediante a realização de aditamento; nos moldes do artigo 57, II, da Lei nº 8.666/93, aplicado, subsidiariamente.

6.1.2 – Em caráter excepcional, desde que, fundamentado e autorizado pela autoridade competente, o Instrumento de Contrato atingindo o limite legal de 60 (sessenta) meses, poderá ser prorrogado por mais 12 (doze) meses, nos termos do artigo 57, §4º, da Lei nº 8.666/93, aplicado, subsidiariamente.

6.1.1 – Para realização de aditamento deverá ser mantidas as condições originárias quanto à capacitação técnica, jurídica, tributária, previdenciária e trabalhista, mediante apresentação das respectivas certidões, que poderão ser positivas com efeito de negativas.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1 - Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, a importância anual estimada de **R$ 56.216.133,12 (cinquenta e seis milhões e duzentos e dezesseis mil e cento e trinta e três reais e doze centavos), conforme proposta vencedora do Concurso de Projetos – Respeitando-se o limite máximo estimado anual de R$ 56.216.133,12 (cinquenta e seis milhões e duzentos e dezesseis mil e cento e trinta e três reais e doze centavos).**

§ 1° - O valor mensal estimado para custeio será de R$ 4.534.677,76 (quatro milhões , quinhentos e trinta e quatro mil e seiscentos e setenta e sete reais e

setenta e seis centavos) conforme proposta vencedora do Concurso de Projetos – Respeitando-se o limite máximo mensal estimado de 4.534.677,76 (quatro milhões , quinhentos e trinta e quatro mil e seiscentos e setenta e sete reais e setenta e seis centavos), para custeio, onerando a **dotação orçamentária: 11.02.00.103021012.2115//3.3.50.85.00=5138/**

11.02.00.103021012.2115//3.3.50.85.00=5506/

11.02.00.103021012.2115//3.3.50.85.00=5509.

§ 2° O valor restante, se existente, correrá por conta dos recursos consignados na respectiva lei orçamentária, do exercício subsequente.

§ 3° Para aquisição de bens e/ou reforma predial poderá ser destinado, durante a vigência do contrato, À importância de R$ 1.610.000,00 (um milhão e seiscentos dez mil reais); repassados, mediante, a realização do procedimento descrito na cláusula 3.1.8; correspondente aos doze meses de contrato, e onerará a dotação orçamentária: 11.02.00.103021011.2012 // 3.3.90.39.00 = 5141 e 11.02.00.103021011.2012 // 3.3.90.39.00 = 5142, bem como por conta dos recursos consignados na respectiva lei orçamentária, do exercício subsequente, se existente.

§ 4° Inexistindo a necessidade de utilização da verba de investimento, não ocorrerá o repasse.

§ 5° Para solicitação do repasse de investimento a CONTRATADA deverá, previamente, encaminhar a proposta de aquisição e/ou reforma e/ou ampliação e/ou outros, a Comissão de Avaliação e Monitoramento – que a analisará, **na forma e procedimento determinado na cláusula 3.1.8, 3.1.8.1, 3.1.8.2 e 3.1.8.3.**

§ 6° Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ficando a **CONTRATADA** responsável por eventual perda financeira decorrente de aplicação no mercado financeiro.

§ 7° Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, poderá, ainda, desde que comprovada efetiva necessidade do CONTRATADO, contrair empréstimos com organismos nacionais, exigindo-se, contudo, prévia autorização da CONTRATANTE.

§ 8° A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta-corrente específica, constando como titular o serviço público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSS CONTRATADA**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

7.2 – Os valores pactuados poderão ser revistos, por provocação de quaisquer das partes, para manutenção do equilíbrio econômico financeiro.

7.3 – Em havendo prorrogação do contrato e decorrido o prazo de 12 (doze) meses, o CONTRATADO poderá solicitar reajuste de preços, para devida análise, aplicando-se o índice IPC-A (IBGE), cujos cálculos serão efetuados pela Secretaria Municipal da Fazenda.

7.4 – Autorizado o reajuste, após, a regular tramitação, será efetuado o apostilamento, incidindo a partir daí o reajuste.

CLÁUSULA OITAVA - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1 - No período de vigência do contrato será repassado, **a título de custeio**, o valor mensal estimado de R$ 4.534.677,76 (quatro milhões , quinhentos e trinta e quatro mil e seiscentos e setenta e sete reais e setenta e seis centavos) , totalizando o valor anual estimado de R$ 54.416.133,12 (cinquenta e quatro milhões, quatrocentos e dezesseis mil e cento e trinta e três reais e doze centavos), nos termos da proposta apresentada no Concurso de Projetos nº 01/21 – PA 33.183/2021.

8.2 – Nos termos da Cláusula 7.1, Parágrafos Terceiro, Quarto e Quinto, poderá ser repassado, a título de investimento, a importância de **R$ 1.610.000,00 (um milhão e seiscentos dez mil reais).**

§ 1° As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, vencendo a primeira até o quinto dia útil após a assinatura do Contrato de Gestão.

§ 2° Os indicadores do último quadrimestre do ano serão avaliados no fim do mês de dezembro, todavia, havendo prorrogação de prazo serão avaliados até o fim do mês de janeiro do ano subsequente.

§ 3° Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 4 (quatro) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Qualidade para efeitos de avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO**, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no quadrimestre posterior.

8.3 – A **CONTRATANTE** exigirá, para liberação das parcelas devidas à **CONTRATADA**, a partir do segundo mês e assim sucessivamente, comprovantes de recolhimento dos encargos sociais, trabalhistas e tributários incidentes sobre o serviço.

8.3.1. Para cumprimento da cláusula 8.3, a CONTRATADA deverá apresentar as

certidões de regularidade tributária da contratada emitidas pela União Federal (Receita Federal e Dívida Ativa), Fazenda Estadual, Fazenda Municipal, CRF-FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas. As certidões poderão ser positivas com efeito de negativas.

CLÁUSULA NONA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

9.1 – As metas pactuadas e os recursos financeiros poderão ser alterados, parcial ou totalmente, **através de Termo Aditivo e/ou Instrumento Legal aplicável à espécie**, que será precedido de justificativa, por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde e pelo Secretário de Administração do Município, devendo ainda, ocorrer à publicação do aditamento efetuado.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1 - A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, aplicados, subsidiariamente. A CONTRATANTE instaurará procedimento administrativo específico para apuração das hipóteses de rescisão e/ou aplicações de penalidades, assegurando-se o contraditório e ampla defesa.

§ 1° Haverá rescisão unilateral proposta pela CONTRATANTE, por atos de má gestão, negligência, imprudência e/ou imperícia por atos praticados pela CONTRATADA que, nesta hipótese, não terá direito a qualquer indenização, seguindo-se as disposições dos artigos 77, 78, 79, 80 e 86, da Lei nº 8.666/93, assegurando-se o contraditório e ampla defesa.

§ 2° No caso da cláusula 10.1, § 1°, a CONTRATADA terá o prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e

prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

§ 3° A CONTRATADA terá o direito de, previamente, comunicar a DENÚNCIA e/ou RESCISÃO do Contrato de Gestão, por culpa ou por atos impostos pelo CONTRATANTE, devidamente, comprovados, que torne a prestação dos serviços excessivamente onerosa, comprometendo a saúde da CONTRATADA, enquanto pessoa jurídica sem fins lucrativos e, neste caso, a CONTRATANTE arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização, para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus, nos termos da lei.

§ 4° Na hipótese do **§ 3°**, a Administração terá o dever de instaurar, a partir da comunicação de denúncia e/ou rescisão, procedimento administrativo, assegurando contraditório e ampla defesa, que deverá ser concluído no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, findo os quais, será lavrado o respectivo Termo de Denúncia e/ou Rescisão, com a apuração dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela CONTRATADA, para execução do objeto deste contrato.

§ 5° Durante o período de 180 (cento e oitenta) dias, na hipótese dos **§§ 3° e 4°**, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, em benefício do interesse público e da necessidade de continuidade dos serviços.

§ 6° Nos termos do artigo 79, III, da Lei nº 8.666/93, a rescisão também poderá ser judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA SUCESSÃO

11.1 - Na hipótese de sucessão trabalhista e/ou Previdenciária os débitos serão sub-rogados

a futura contratada.

11.2 - Em havendo atos de negligência, imprudência e/ou imperícia não haverá sub-rogação, devendo a contratada arcar com as obrigações.

11.3 - A contratante não responderá pelos débitos trabalhistas e/ou previdenciários, ficando a sub-rogada a ressarcir quaisquer prejuízos daí advindos.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA– DAS PENALIDADES

12.1 - A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas na Lei Federal 9.637, de 15 de maio de 1998; na Lei Complementar Estadual nº 846, de 04 de junho de 1998; na Lei Municipal nº 2.392, de 27, de outubro de 2021; na Instrução nº 01 de 2020 do TCE/SP,combinado com o disposto no § 2o do artigo 7o da Portaria no 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

a) Advertência;

b) Multa de 1/60 do valor mensal repassado à contratada, por dia, até o total de 10 (dez) dias por mês, enquanto durarem os motivos, em caso de:

1. paralisação na prestação dos serviços, ou
2. prestação parcial dos serviços sem motivo justificado ou relevante; ou
3. reincidência dos motivos que levaram a aplicação da pena de advertência.

c) suspensão de novos repasses em caso de inadimplência, quando decorrido o prazo de 20 (vinte) dias (com direito a uma prorrogação) contados da notificação quanto a ausência de prestação de contas por parte da contratada, ou quando esta deixar de apresentar correções solicitadas acerca de prestação de contas já apresentada. (Instrução 01/2020 TCE/SP)

d) Rescisão nos casos de reincidência da aplicação da pena de multa ou da aplicação da pena de suspensão de repasses por questões afetas à preação de contas.

e) desqualificação da entidade como organização social (art. 18 LC SP nº 846/1998 e art. 14 da Lei Municipal 2.392/2021)

§ 1° A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

§ 2° A partir da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido aos Secretários de Saúde e Administração.

§ 3° O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

§ 4° A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do

fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DA UTILIZAÇÃO DO ESPAÇO PÚBLICO

13.1 - A **CONTRATADA** deverá submeter à aprovação prévia da **CONTRATANTE** todos os projetos que impliquem no uso de espaços internos dos bens imóveis, prédios ou terrenos, objeto deste Contrato de Gestão, para empreendimentos diversos tais como: eventos, campeonatos, comemorações, desfiles, montagem de restaurantes, lanchonetes, quiosques, livrarias e assemelhados.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

14.2 - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

14.3 - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada à Secretario Municipal de Saúde, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

15.1 - O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Município e no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de sua assinatura, bem como disponibilizado no Portal da Transparência do site oficial do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEXTA - DO FORO

16.1 - Fica eleito o Foro de Taboão da Serra, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (DUAS) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Taboão da Serra, 02 de agosto de 2023.

WAGNER LUIZ ECKSTEIN JUNIOR
Secretário de Administração
Município de Taboão da Serra
CNPJ sob o nº 46.523.122/0001-63
MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA

JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRA
Secretário Municipal de Saúde
Município de Taboão da Serra
CNPJ sob o nº 46.523.122/0001-63
MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ Nº 45.349.461/0001-02
CONTRATADA
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
RG: 42.818.243-4 e CPF/MF: 362.328.398-38
Representante Legal

Testemunhas:

1) _____
Nome:
RG:

2) _____
Nome.:
RG.:

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - CONTRATOS DE GESTÃO

CONTRATANTE: Prefeitura Municipal de Taboão da Serra

CONTRATADA: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB

DISPENSA DE LICITAÇÃO N° (DE ORIGEM): S-467/23 - P.A. 22.600/23

OBJETO: CONTRATO para gestão - operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da UNIDADE MISTA DE SAÚDE em Taboão da Serra, localizados na Estrada Tenente José Maria da Cunha, n° 286 - Jardim Trianon - Taboão da Serra/SP - CEP: 06783-230

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente

publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Taboão da Serra, 02 de agosto de 2023.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:
Nome: JOSÉ APRIGIO DA SILVA
Cargo: PREFEITO
CPF: 534.318.128-72

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:
Nome: José Aprigio da Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 534.318.128-72

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:
Pelo contratante:

Nome: Wagner Luiz Eckstein Junior

Cargo: Secretário de Administração

CPF: 365.747.098-06

Assinatura: _____

Nome: José Alberto Tarifa Nogueira

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 114.431.578-64

Assinatura: _____

Pela contratada:
Nome: João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

Cargo: Diretor Executivo

CPF: 362.328.398-38

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:
Nome: José Alberto Tarifa Nogueira

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 114.431.578-64

Assinatura: _____

mail: josealbertotarifa@ts.sp.gov.br

GESTOR(ES) DO CONTRATO:
Nome: José Alberto Tarifa Nogueira

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 114.431.578-64

Assinatura: _____

E-mail: josealbertotarifa@ts.sp.gov.br

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):
Tipo de ato sob sua responsabilidade:
Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

ANEXO TÉCNICO I – DO ANEXO II

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos exclusivamente aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Quando impossível o atendimento ao anteriormente disposto por condições clínicas ou sociais do paciente, a **CONTRATADA** deverá buscar nos meios existentes, formas de verificação do mesmo, sem prejuízo de atendimento à sua condição clínica.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde nos casos em que a complexidade exija recorrer.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como outros instrumentos de registro

exigidos pelo Ministério da Saúde e instâncias geradoras do SUS.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão nos serviços que compõe a Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Exames complementares, exames especializados;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas mamadeiras, nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem, pessoal auxiliar demais profissionais previstos no plano de trabalho;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia e analgesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de

acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);

- Diárias na Semi Intensiva, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Atendimento em fisioterapia hospitalar a pacientes em sala de choque, cuidados críticos, semi-intensiva, internação
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais e/ou de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra.

2. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES.

2.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) A Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

2.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma internação.

2.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência

propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

3. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

3.1 - Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra, se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – DAS METAS

Para efeito de cumprimento de metas estabelecidas será considerado o totalizador do Pronto Socorro e Maternidade Municipal.
Saídas/Mês: 390
Atendimento de urgência e emergência/Mês: 42.700
Entretanto, a prestação de contas deverá apresentar a produção de cada serviço para acompanhamento.

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;

- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Relatório da totalidade de atividades assistenciais.
- Relatório referente a cesáreas em primíparas.
- Relatório de realização de analgesias de parto.
- Relatório de causas de Internações conforme modelo solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde.

ANEXO TÉCNICO II – DO ANEXO II
SISTEMA DE PAGAMENTO

ORÇAMENTO ANUAL DE ATIVIDADES

Instruções de Preenchimento

O Orçamento Anual de Atividades é composto por 04 (quatro) planilhas, a saber:

[redacted]

Nesta planilha estão dispostas as 2 linhas de contratação: atendimentos de urgência e emergência e internação

- Unidades de Internação – Saídas por Clínica: Nesta linha estão dispostas as clínicas.

No canto superior direito da célula onde está identificada a linha de contratação, há comentário conceituando a

[redacted]

Algumas células apresentam comentário contendo informações sobre o seu preenchimento específico. Estas células possuem um triângulo vermelho no canto superior direito.

Basta colocar o ponteiro do mouse sobre essa célula para visualizar o comentário.

[redacted]

Nessa Pasta deverão ser inseridos os valores mensais para cada item informado na Pasta P2 – Atividade Assistencial. Fora dos limites da planilha, há fórmulas que garantem a consistência dos dados digitados, ou seja, os totais dos itens informados na planilha P5 deverão ser iguais aos fornecidos na P2. Se os dados estiverem, corretos a mensagem "Total Validado" será exibida, caso contrário será exibida a mensagem "Total difere de P2...".

Nesse caso, deverão ser revistos os valores anteriormente digitados e efetuar a correção.

[redacted]

Nessa Pasta deverão ser inseridos os valores mensais para cada item informado na Pasta P4 – Orçamento Financeiro Anual. Fora dos limites da planilha, há fórmulas que garantem a consistência dos dados digitados, ou seja, os totais, os totais dos itens informados na Planilha P6 deverão ser iguais aos informados na P4. Se os itens estiverem corretos a mensagem "Total Validado" será exibida, caso contrário, será exibida a mensagem "Total difere de P4....".

Nesse caso, deverão ser revistos os valores anteriormente digitados e efetuar a correção.

Em algumas células há um comentário no qual há informações quanto ao preenchimento daquela célula específica. Estas células possuem um triângulo vermelho no canto superior direito.
Basta colocar o ponteiro do mouse sobre essa célula para visualizar o comentário.

PLANILHA 1 - ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Saídas/mês	Proposta 12 (doze) meses			
	Proponente	Jan a Dez de 2023 Secretaria de Saúde	%	
Unidade Mista de Taboão da Serra		290	#DIV/0!	
Total Anual	0	290	#DIV/0!	0,00%

Urgência/Emergência	Proposta 12 (doze) meses			
	Proponente	Jan à Dez 2023 Secretaria de Saúde	%	
Unidade Mista de Taboão da Serra		17.500	#DIV/0!	
total de consultas do conjunto de especialidades médicas e não médicas, excluídas as do Serviço Social **Total Consultas**	0	17.500	#DIV/0!	0,00%

Responsável pelo preenchimento:	
Cargo:	
Data:	

PLANILHA 2 - ORÇAMENTO FINANCEIRO ANUAL

Despesa / Custeio	Total	Composição percentual
Esta linha em negrito acumula o total lançado nas linhas abaixo, sendo: Ordenados (considerar o valor bruto), Encargos Sociais (os patronais), Provisões (férias e 13° salário já acrescidas dos encargos sociais recorrentes), Benefícios (assumidos pelo empregador) e Outros (não enquadrados nos itens imediatamente anteriores). **1. Pessoal**	0,00	#DIV/0!
- 1.1 - Ordenados		#DIV/0!
- 1.2 - Encargos Sociais		#DIV/0!
- 1.3 - Benefícios		#DIV/0!
Não incluir qualquer provisão além das especificadas. - 1.4 - Provisões (13° e férias)		#DIV/0!
especificar em texto a parte. - 1.5 - Outros Gastos		#DIV/0!
Considerar aqui as despesas: Assistenciais (referentes à Pessoa Jurídica, Pessoa Física e Cooperativas) e Administrativas (lançar pelo total, independentemente da configuração civil do prestador contratado). **2. Serviços Contratados**	0,00	#DIV/0!
Esta linha totaliza os itens: Contratos c/ PJ, Contratos c/ PF e Contratos c/ Cooperativas - 2.1. - Serviços de Assistenciais	0,00	#DIV/0!
- 2.1.1 - Contratos c/ Pessoa Jurídica		#DIV/0!
- 2.1.2 - Contratos c/ Pessoa Física		#DIV/0!
- 2.1.3 - Contratos c/ Cooperativas		#DIV/0!
- 2.2. - Serviços Administrativos		#DIV/0!
Compreende lançamento das despesas referentes aos insumos envolvidos na prestação dos serviços hospitalares. **3. Materiais**	0,00	#DIV/0!
- 3.1. - Medicamentos		#DIV/0!
- 3.2 - Material de Consumo		#DIV/0!
- 3.3 - Gêneros Alimentícios		#DIV/0!
- 3.4 - Gases Medicinais		#DIV/0!
Lançar despesas com energia elétrica, GLP, telefone, água e esgoto, correio etc. **4. Gerais**		#DIV/0!
Lançar os valores afetos a taxas e emolumentos, juros, multas e, do pagamento do principal, nos casos de empréstimos bancários. Se o valor lançado for superior a 1% do total das Despesas Operacionais deverá ser justificado em texto. **5. Despesas Tributárias/Financeiras**		#DIV/0!
6. SUB-TOTAL DESPESAS COM CUSTEIO	0,00	#DIV/0!

Despesa / Investimento	Total	Composição percentual
7. Equipamentos	0,00	#DIV/0!
- 1.1 - Novas Aquisições		
- 1.2 - Substituições		
8. Mobiliário	0,00	#DIV/0!
- 2.1 - Novas Aquisições		

- 2.2 - Substituições		
9. Instalações Físicas	**0,00**	**#DIV/0!**
- 3.1 - Ampliações		
- 3.2 - Reformas/Reparos/Adaptações		
10. Veículos	**0,00**	**#DIV/0!**
- 4.1 - Novas Aquisições		
- 4.2 - Substituições		
11. SUB-TOTAL INVESTIMENTO	**0,00**	**#DIV/0!**

12. TOTAL ORÇAMENTO (item 6 + 11)	**0,00**	**#DIV/0!**

Responsável pelo preenchimento:	
Cargo:	
Data:	

quantidades propostas, em conformidade com o lançado na P2. **PLANILHA 3 - ATIVIDADE ASSISTENCIAL MENSAL**

Especialidades na Internação	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	Total
Clínica Médica													0
Clínica Obstétrica													0
Neonatologia													0
Semi Intensiva													0
Total Saídas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Especialidades na Urgência e Emergência	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	Total
- Clínica médica													0
- Gineco-obstetrícia													0
- Traumato-ortopedia													0
Total Consultas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Responsável pelo preenchimento:	
Cargo:	
Data:	

PLANILHA 4- CRONOGRAMA ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO MENSAL

==========>>>>>>>>>>>>

Despesa/Custeio	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	Total
Esta linha em negrito acumula o total lançado nas linhas abaixo, sendo: Ordenados (considerar o valor bruto), Encargos Sociais (os patronais), Provisões (férias e 13° salário já acrescidas dos encargos sociais recorrentes), Benefícios (assumidos pelo empregador) e Outros (não enquadrados nos itens imediatamente anteriores). **1. Pessoal**	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- 1.1 - Ordenados													0,00
- 1.2 - Encargos Sociais													0,00
- 1.3 - Benefícios													0,00
- 1.4 - Provisões (13° e férias)													0,00
- 1.5 - Outros Gastos													0,00
Considerar aqui as despesas: Assistenciais (referentes à Pessoa Jurídica, Pessoa Física e Cooperativas) e Administrativas (lançar pelo total, independentemente da configuração civil do prestador contratado). **2. Serviços Contratados**	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Esta linha totaliza os itens: Contratos c/ PJ, Contratos c/ PF e Contratos c/ Cooperativas - 2.1. - Serviços de Assistenciais													0,00
- 2.1.1 - Contratos c/ Pessoa Jurídica													0,00
- 2.1.2 - Contratos c/ Pessoa Física													0,00
- 2.1.3 - Contratos c/ Cooperativas													0,00
- 2.2. - Serviços Administrativos													0,00
Compreende lançamento das despesas referentes aos insumos envolvidos na prestação dos serviços hospitalares. **3. Materiais**	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

- 3.1. - Medicamentos													0,00
- 3.2 - Material de Consumo													0,00
- 3.3 - Gêneros Alimentícios													0,00
- 3.4 - Gases Medicinais													0,00
Lançar despesas com energia elétrica, GLP, telefone, água e esgoto, correio etc. **4. Gerais**													0,00
Lançar os valores afetos a taxas e emolumentos, juros, multas e, do pagamento do principal, nos casos de empréstimos bancários. Se o valor lançado for superior a 1% do total das Despesas Operacionais deverá ser justificado em texto. **5. Despesas Tributárias/Financeiras**													0,00
6. SUB-TOTAL DESPESAS COM CUSTEIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Despesa/Investimento

Responsável pelo preenchimento:	
Cargo:	
Data:	
7. Equipamentos	
- 1.1 - Novas Aquisições	
- 1.2 - Substituições	
8. Mobiliário	
- 2.1 - Novas Aquisições	
- 2.2 - Substituições	
9. Instalações Físicas	
- 3.1 - Ampliações	
- 3.2- Reformas/Reparos/Adaptações	
10. Veículos	
- 4.1 - Novas Aquisições	
- 4.2 - Substituições	
11. SUB-TOTAL INVESTIMENTO	

12. TOTAL ORÇAMENTO (Item 6 + 11)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

ANEXO TÉCNICO III – DO ANEXO II INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade de assistência oferecida pela unidade gerenciada e medem os aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores serão introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados. Desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não tem efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no segundo ou no 3° quadrimestre. Isso não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação, serão efetivados mensalmente, independentemente do quadrimestre onde ocorrerá a avaliação de cada indicador para o respectivo pagamento.

Serão considerados como pré-requisitos para avaliação da qualidade da assistência os abaixo relacionados:

Apresentação de relatório mensal das comissões obrigatórias:

1 COMISSÕES

- Comissão de Prontuário Médico
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

- Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho
- Comissão de resíduos e
- Comissão de Ética em Enfermagem

2 - Taxa de Ocupação por Clínica Taxa Média de Permanência

3 - Apresentação de 100% das AIH Serviço de Atendimento ao Usuário 6 Censo de origem do paciente serão considerados também como indicadores, para a avaliação da qualidade da assistência os abaixo listados:

- Internações em consequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melittus e suas complicações.
- Relatório de Taxa de Cesáreas.
- Relatório de Cesáreas em Primíparas.
- Relatório de analgesia em parto.

CONCURSO DE PROJETOS Nº 01/2021
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº33.183/2021

ANEXO TÉCNICO IV – DO ANEXO II
TERMO DE PERMISSÃO DE USO

TERMO DE PERMISSÃO DE USO Nº S-467/2023.
Processo Administrativo nº22600/2023.

Termo de Permissão de Uso que entre si celebram o Município de Taboão da Serra, por intermédio da **Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal de Administração** e **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**, qualificada como Organização Social, para outorga de permissão de uso dos bens móveis e imóveis que compõem a **Unidade Mista de Saúde de** Taboão da Serra.

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Taboão da Serra, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**, com sede nesta cidade, neste ato, representado pelo seu Secretário Municipal da Saúde, **Dr. JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRA,** brasileiro, odontologista, portador do RG n.º 10.936.351, expedida pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, CPF n.º 114.431.578-64, e pelo Secretário Municipal de Administração, **Dr. WAGNER LUIZ ECKSTEIN JÚNIOR**, brasileiro, advogado, portador do

RG nº 33.938.923-0, expedido pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e CPF nº 365.747.098-06, doravante denominada **PERMITENTE** e, de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB,** Associação Civil sem fins lucrativos, constituída por tempo indeterminado, CNPJ/MF 45.349.461/0001-02, com endereço na Rua Avenida José Ariano Rodrigues, 303, Bairro Jardim Ariano, Cidade de Lins - SP, cep: 16.400-000 e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº 5731 do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Lins/SP, neste ato, representada por seu DIRETOR EXECUTIVO, JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO, RG 42.818.243-4 SSP/SP, CPF 362.328.398-38, doravante denominada **PERMISSIONÁRIA**, com base no Processo Administrativo nº 33.183/2021 – Concurso de Projetos nº 01/21 e tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 2.392/2021, combinada com o artigo 24, XXIV e 26 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 , com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes; autorizados pelo Decreto Municipal, **RESOLVEM** celebrar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO,** dos bens móveis e imóveis que integram a **Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra,** cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

I – DO OBJETO

1.1 A PERMITENTE outorga à PERMISSIONÁRIA a permissão de uso dos bens móveis e imóveis integrantes da **Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra,** objeto do Instrumento de Contrato de Gestão, proveniente do Concurso de Projetos nº 01/21 – Procedimento Administrativo nº 33.183/2021, conforme os termos da Lei Municipal nº 2.392/2021, destinada a

execução do referido contrato de gestão.

1.2. Não será permitida nenhuma atividade distinta ou estranha ao objeto desta permissão, sendo vedada a cessão, sublocação, transferência, total ou parcial, sem autorização, prévia e expressa, da PERMITENTE.

II – DO PRAZO

2.1 O prazo do presente Termo de Permissão de Uso está vinculado à vigência do Instrumento de Contrato de Gestão, que vigorará pelo prazo contratual de 12 (doze) meses, com possibilidade de prorrogação até o limite legal de 60 (sessenta) meses.

III – DA FINALIDADE

3.1 A permissão de uso tem por finalidade a utilização de todos os bens móveis e imóveis integrantes da **Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra**, inventariados e relacionados, conforme relação a este anexada, que ficarão sob a responsabilidade da PERMISSIONÁRIA.

IV – DAS OBRIGACÕES DA PERMISSIONÁRIA

4.1 Compete a permissionária:

a) Zelar pela manutenção, estrutura, infraestrutura, higiene, segurança e conservação dos bens móveis e imóveis da **Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra**;

b) Realizar as benfeitorias necessárias e as úteis, sendo

c) Promover os pagamentos das taxas, tarifas e preços públicos decorrentes da atividade

desenvolvida, inclusive as despesas com água, luz e telefonia;

d) É de exclusiva responsabilidade da PERMISSIONÁRIA o pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, ficais, resultantes da presente permissão de uso, bem como recolhimentos sindicais e outros encargos, de

quaisquer natureza, que venham a incidir sobre as atividades exercidas ou contratadas pela PERMISSIONÁRIA;

e) O cumprimento integral de todas as cláusulas contratuais;

f) Comunicar quaisquer ocorrências relacionadas aos bens móveis e imóveis decorrentes desta Permissão de Uso;

g) Responsabilizar-se pelos danos causados a terceiros; quando da utilização dos bens móveis e imóveis;

h) Responsabilizar-se por quaisquer prejuízos causados por dolo e/ou culpa, por si e seus prepostos ou funcionários, ao acervo patrimonial da **Unidade Mista de Saúde de Taboão da Serra**;

i) Responder por quaisquer danos causados aos prédios, materiais e equipamentos, inclusive, por furto ou roubo, podendo contratar por conta e risco, seguro patrimonial e serviços de vigilância;

j) Se necessário, solicitar, expressamente, quaisquer alteração neste Termo de Permissão de Uso;

Parágrafo único. As despesas decorrentes das eventuais reformas e/ou adaptações, previamente, aprovadas pela PERMITENTE e, realizadas pela PERMISSIONÁRIA, correrão às suas expensas e incorporar-se-ão de pleno direito ao bem objeto da permissão.

V – DA REVOGAÇÃO e/ou RESCISÃO

3.1 Independentemente de qualquer notificação e/ou interpelação, o presente Termo de Permissão de Uso, será revogado e/ou rescindido, pelos seguintes motivos:

a) por razões de interesse público;

b) por ilegalidade;

c) por abuso de poder e/ou autoridade;

d) pelo uso indevido diverso da finalidade aos quais os bens móveis e imóveis foram permissionados;

e) pela rescisão, anulação e/ou revogação do Instrumento de Contrato de Gestão.

VI – DO FORO

6.1. Fica eleito o foro da Comarca de Taboão da Serra, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer conflitos resultantes deste ato de permissão de uso, com exclusão de qualquer outro mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente Contrato, em 02 (duas) vias de iguais teores e formas, juntamente, com as testemunhas abaixo assinadas, para que surtam todos os efeitos legais.

Taboão da Serra, 02 de AGOSTO de 2023.

WAGNER LUIZ ECKSTEIN JUNIOR
Secretário de Administração
Município de Taboão da Serra
CNPJ sob o nº 46.523.122/0001-63

JOSÉ ALBERTO TARIFA NOGUEIRA
Secretário Municipal de Saúde
Município de Taboão da Serra
CNPJ sob o nº 46.523.122/0001-63

PERMISSIONÁRIA

Testemunhas:

1)_____
Nome: Edinei dos Santos Leal
RG: 20524939-7.

2)_____
Nome: Andréa J. Bortes
RG.: 24.444.698-2

CONTRATO DE GESTÃO 89/2024

Contrato de Gestão que entre si celebram o Município de Santa Cruz das Palmeiras, com a interveniência do Departamento Municipal de Saúde a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, qualificada como Organização Social, que visa estabelecer o compromisso entre as partes para gerenciamento institucional e a oferta de ações e serviços em saúde assistenciais e não assistenciais, em tempo integral (24 horas/dia), no Posto de Atendimento Imediato, rua Jovino Martins da Silva, 260 – Jardim São Carlos, Santa Cruz das Palmeiras – SP e direcionado ao atendimento ambulatorial a toda a população do Município, compreendendo assistência médica clínica geral e especializada, assistência técnica, serviços de imagem e diagnóstico, análises clínicas, dentre outros serviços de apoio a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, por um período de 12 meses, de segunda feira à sexta feira, ressalvados os finais de semana, feriados e ponto facultativo.

O MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, pessoa jurídica de direito público interno, órgão integrante da administração direta do poder executivo Municipal, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 46.371.654/0001-22, sediado na Rua Praça Condessa Monteiro de Barros, Santa Cruz das Palmeiras-SP – CEP 13650-000, neste ato representado pelo Prefeito Municipal Sr. JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade nº 106.301.196, inscrito no CPF sob o nº 024.437.198-98, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, inscrita no CNPJ nº 45.349.461/0001-02, com endereço na Rua Sete de Semtembro,nº 529, Bairro Centro – CEP 16210-000 no Município de BILAC no Estado de São Paulo, e com estatuto arquivado no Oficial de Registro Civil de Pessoa Juridica da Comerca de Garça-SP, registrado sob o nº676 e digitalizado sob nº4.599 por se Diretor Presidente, neste momento representado(a) por ALEX SANDRO FERNANDES, brasileiro (a), solteiro, portador (a) da cédula de identidade RG nº 45.466.680-9, com CPF nº 294.571.468-08, neste ato denominada CONTRATADA, celebram o presente CONTRATO DE GESTÃO, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente Instrumento, será celebrado em decorrência do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 01/2024 , conforme Processo Administrativo nº 04/2024 e será regido pela Lei Municipal, bem como nos princípios, diretrizes e demais normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação do Conselho Gestão das Organizações Sociais, o Diretor Municipal de Saúde poderá editar portarias para, de forma complementar, e observado o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constante no *caput* do art. 37, da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

O presente CONTRATO tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para gerenciamento institucional e a oferta de ações e serviços em saúde assistenciais e não assistenciais, em tempo integral (24 horas/dia), no Posto de Atendimento Imediato, rua Jovino Martins da Silva, 260- Jardim são Carlos, Santa Cruz das Palmeiras – SP e direcionado ao atendimento ambulatorial a toda a população do Município, compreendendo assistência médica clínica geral e especializada, assistência técnica, serviços de imagem e diagnóstico, análises clínicas, dentre outros serviços de apoio a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, por um período de 12 meses, de segunda feira à sexta feira, ressalvados os finais de semana, feriados e ponto facultativo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES

As obrigações das partes integrantes deste Termo de Contrato deverão ser cumpridas, estritamente, de acordo com as exigências e nos prazos estabelecidos no Termo de Referência - Anexo I deste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA –DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO será de 12 (doze) meses, prorrogáveis por até 60 (sessenta) meses, tendo por termo inicial a data da

emissão da Ordem de Serviço Remunerada e sua eficácia a partir da publicação de seu extrato no Diário Oficial do Município, nos termos previstos."

Fica pactuado que a CONTRATANTE, a qualquer momento, poderá rescindir o presente Contrato se for de interesse público em razão do não cumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, nos termos da Lei 14.133/2023.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das Metas de Produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável do Conselho de Gestão e autorização da Secretária Municipal de Saúde.

Poderá, também, ser alterado para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência.

As alterações de que tratam os itens acima deverão ser formalizadas, por meio de termos aditivos, devendo para tanto ser respeitado o interesse público e o objeto do presente Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão repassados à CONTRATADA mediante transferências oriundas da CONTRATANTE, sendo permitido à OS o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos seus ativos financeiros e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob sua administração.

A CONTRATANTE realizará o primeiro repasse financeiro em 10 dias úteis após a assinatura do presente contrato.

As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos específicos consignados no orçamento do Departamento Municipal de Saúde, através da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

DOTAÇÃO: outros serviços de terceiros pessoa juridica

Fichas orçamentária 83 – Fonte 01

Ficha orçamentária 85 – Fonte 05 – PAB

Ficha orçamentária 96 – Fonte 01

Ficha orçamentária 97 – Fonte 05 – MAC

Unidade Executora: Seção Médica

Podendo ser de fonte do tesouro municipal,estadual ou federal.

O valor anual deste Termo de Contrato de Gestão e a forma de pagamento estão descritas edital de Chamamento Público n.º 01/2024 e seus anexos.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO PELA DMS

A CONTRATANTE, responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação, instituirá a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento do Contrato de Gestão, por meio de portaria do Secretário Municipal de Saúde, envolvendo as áreas correlacionadas, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura deste Contrato.

A Comissão de Acompanhamento e Monitoramento dos Contratos de Gestão será composta por servidores do Departamento Municipal de Saúde, com adequada qualificação e caráter multiprofissional.

A execução do presente Instrumento será acompanhada pela Comissão acima especificadas, pormeio dos dispostos neste Contrato, seu Anexos e instrumentos definidos pela CONTRATANTE.

A Comissão de Acompanhamento e Monitoramento do Contrato de Gestão deverá emitir e encaminhar, mensalmente, ao Secretário Municipal de Saúde, relatórios técnicos relativosa:

a) economicidade das ações realizadas;
b) otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços;
c) atendimento ao usuário e outros aspectos que entender necessários.

A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos de Gestão receberá, da CONTRATADA, a Prestação de Contas trimestral, podendo solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares para subsidiar seus trabalhos.

A Comissão de Acompanhamento e Monitoramento dos Contratos de Gestão encaminhará à CONTRATADA para ciência ejustificativas.

A CONTRATADA, após receber o relatório técnico, tem o prazo de 15 dias úteis para apresentar justificativas, emitindo-se o Parecer Final.

O Parecer Final deverá ser objeto de criteriosa análise pelo Diretor Municipal de Saúde, que determinará, à CONTRATADA, as correções, que eventualmente se fizerem necessárias, para garantira plena eficácia do Contrato de Gestão.

Após ciência e aprovação do Parecer Final pelo Diretor Municipal de Saúde, poderá ouvir a Procuradoria Geral do Município, para decidir, alternativamente sobre a aceitação da justificativa, a indicação de medidas de saneamento, ou a rescisão do Contrato de Gestão.

A CONTRATANTE poderá requerer a apresentação pela CONTRATADA, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinenteà execução do Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da Prestação de Contas correspondente ao exercício financeiro.

A CONTRATANTE poderá exigir da CONTRATADA, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios.

A Comissão responsável pelo acompanhamento e fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente ao Departamento Municipal de Saúde, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA OITAVA – DO REGIME DE EXECUÇÃO

O regime de execução da presente avença é a execução indireta por preço global, sendo originário do CHAMAMENTO PÚBLICO, sob o nº 01/2024.

CLÁUSULAN NONA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A CONTRATADA é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que

seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a esses vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados neste Instrumento sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, salvo se a sua responsabilidade decorrer de ação ou omissão, bem como atrasos de repasses financeiros por parte da CONTRATANTE, a qual será responsável solidária.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA INTERVENÇÃO DO MUNICÍPIO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela CONTRATADA, a CONTRATANTE poderá assumir imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato.

O Município possui a prerrogativa, por meio do Departamento Municipal de Saúde, de exercer a fiscalização sobre a execução e aplicação dos recursos financeiros.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA REPACTUAÇÃO

As condições para repactuação deste Termo de Contrato estão descritas no Termo de Referência -Anexo I deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA REVISÃO

As condições para revisão deste Termo de Contrato estão descritas no Termo de Referência - Anexo I deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PENALIDADES

A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, garantida a plena defesa e o contraditório, aplicar as penalidades abaixo:

- Advertência;
- Multa;
- Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Município de Santa Cruz das Palmeiras, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e

circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e delaserá notificada a CONTRATADA.

As sanções previstas nas Alíneas "a" e "c" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente coma Alínea "b".

Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 15 dias para interpor recurso.

O valor da multa que vier a ser aplicada, após o seu trânsito em julgado, será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual.

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

O presente Instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

- por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA,ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de comprovada má gestão, culpa e/ou dolo;
- por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;
- por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE em prazo superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar a CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;
- se houver alterações do estatuto da CONTRATADA que implique em modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente instrumento;
- Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente Instrumento, com comunicação prévia de 60 dias.

Verificada as hipóteses de rescisão contratual com

fundamento nos incisos I e IV do item 15.1, a CONTRATANTE providenciará a Revogação da Permissão de Uso, existente em decorrência do presente Instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o Princípio do Contraditório e Ampla defesa.

Em caso de deliberação pela rescisão, essa será precedida de processo administrativo assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como Organização Social.

Ocorrendo à extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos Bens Móveis e Imóveis, a imediata reversão desses bens ao patrimônio da CONTRATANTE, bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto deste Contrato;

A incorporação ao patrimônio do Município dos bens doados, adquiridos e dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados;

Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade de Pronto Atendimento, as fichas e prontuários dos usuários.

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, ressalvada a hipótese de inadimplemento da CONTRATANTE, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde contratados pelo prazo mínimo de 120 dias, contados da denúncia do Contrato de Gestão.

A CONTRATADA terá o prazo máximo de 120 dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

Na hipótese do inciso III do item 15.1, a CONTRATANTE responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela CONTRATADA, exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à CONTRATADA a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

As partes CONTRATANTES elegem o Foro da Comarca de Santa Cruz das Palmeiras/SP, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, que não puderem ser resolvidas amigavelmente, renunciando, expressamente, a outro qualquer, por mais privilegiado que se configure.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA –DISPOSIÇÕES GERAIS

O presente Contrato terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Município.

Este Contrato será encaminhado, oportunamente, ao Egrégio Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, para apreciação.

E por estarem acordes, assinam este Instrumento os representantes das partes, em duas vias de igual teor e forma, para que alcancem os jurídicos e desejados efeitos.

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de junho de 2024.

JOSE CRECENTINO BUSSAGLIA
Prefeito Municipal

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2024.06.06 15:53:34 -03'00'

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB

TESTEMUNHAS:

_____
R.G. nº_____

_____
R.G. nº_____

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS**
CONTRATADO: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 89/2024
OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA OU A QUALIFICAR-SE COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, PARA CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO, VISANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE ASSISTENCIAIS E NÃO ASSISTENCIAIS, EM TEMPO INTEGRAL (24 HORAS/DIA, 07 DIAS POR SEMANA), NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO, RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 – JARDIM SÃO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das e manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: Santa Cruz das Palmeiras, 04 de junho de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:
Nome: JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 024.437.198-98 RG: 10.630.119-5

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:
Nome: JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 024.437.198-98 RG: 10.630.119-5

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:
Nome: JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 024.437.198-98

Assinatura: _____

Pela contratada:
Nome: JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL
CPF: 362.328.398-38

Assinatura: JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Dados: 2024.06.06 15:59:05 -03'00'

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:
Nome: JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 024.437.198-98

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:
Nome: LUIS RAFAEL BUENO DE CAMARGO
Cargo: DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAUDE
CPF: 302.415.008-00

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS:

Tipo de ato sob sua responsabilidade: **FISCAL DO CONTRATO**
Nome: MARISTELA SAVELLA ROSA
Cargo: CHEFE DA SEÇÃO MEDICA
CPF: 319.685.928-22

Assinatura: _____

CADASTRO DO RESPONSÁVEL

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTRATADO: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº (DE ORIGEM): 89/2024
OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA OU A QUALIFICAR-SE COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, PARA CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO, VISANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE ASSISTENCIAIS E NÃO ASSISTENCIAIS, EM TEMPO INTEGRAL (24 HORAS/DIA, 07 DIAS POR SEMANA), NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO, RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 – JARDIM SÃO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Nome	JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA
Cargo	PREFEITO MUNICIPAL
RG nº	10.630.119-6
Endereço(*)	RUA LOURDES N º 172, VILA MEIRA
Telefone	19-996298546
e-mail	crecentino@hotmail.com

(*) Não deve ser o endereço do Órgão e/ou Poder. Deve ser o endereço onde poderá ser encontrado(a), caso não esteja mais exercendo o mandato ou cargo.

Responsável pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP

Nome	JULIANA DA SILVA DOS SANTOS
Cargo	DIRETORA DO DPTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES
Endereço Comercial do Órgão/Setor	PRAÇA CONDESSA MONTEIRO DE BARROS Nº 507
Telefone e Fax	19-36729292
e-mail	julianacompras@scpalmeiras.sp.gov.br

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de junho de 2024.

JOSE CRECENTINO BUSSAGLIA
PREFEITO MUNICIPA

DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP
CNPJ Nº: 46.371.654/0001-22
CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
CNPJ Nº: 45.349.461/0001-02
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 89/2024
DATA DA ASSINATURA: 04/06/2024
VIGÊNCIA: 12 MESES
OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA OU A QUALIFICAR-SE COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, PARA CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO, VISANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE ASSISTENCIAIS E NÃO ASSISTENCIAIS, EM TEMPO INTEGRAL (24 HORAS/DIA, 07 DIAS POR SEMANA), NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO, RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 – JARDIM SÃO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

VALOR (R$): R$ 13.165.259,64

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.
Em se tratando de obras/serviços de engenharia:
Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados:
a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de junho de 2024.

RESPONSÁVEL: **JOSÉ CRECENTINO BUSSAGLIA**
PREFEITO MUNICIPAL
EMAIL: gabinete.prefeito@scpalmeiras.sp.gov.br

Assinatura: _____

MINUTA DE CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO Nº 51/2023
PROCESSO Nº 239/2023
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023

CONTRATO DE GESTÃO Nº 51/2023 CONTRATO DE GESTÃO que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Itápolis, para o Gerenciamento do Centro Especializado de Reabilitação - CER Tipo III (Três modalidades de Reabilitação: Auditiva, Física, Intelectual/Transtornos do Espectro do Autismo).
O Prefeito Municipal de Itápolis, **VLADIMIR DO CARMO REGGIANI**, brasileiro, divorciado, empresário, portador do RG nº 17.358.424-X (SSP/SP), inscrito no CPF/MF nº 093.211.638-83, residente e domiciliado nesta cidade de Itápolis/SP, na Avenida José Fortuna, nº 216, Vila Oeste por intermédio da Prefeitura Municipal de Itápolis- SP, inscrita no CNPJ sob o nº 49.979.255/0001-37, com sede na Av. Florêncio Terra, nº. 399 – Centro – CEP 14900-000 – Itápolis/SP, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE, e de outro lado a **ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,** CNPJ: 45.349.461/0001-02, Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303, Bairro: Jardim Ariano, na cidade de Lins/SP, neste ato representado por Antônio Carlos Pinotti Affonso, portador da Cédula de Identidade nº 4061780 SSP/RJ e CPF nº 018.587.358-82, residente e domiciliado na Avenida da Saudade, 1550, Jardim Santa Paula, Promissão – SP, Cep: 16.370-000, a seguir denominada simplesmente CONTRATADA, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, com base n Lei Federal nº 8080/1990 e demais disposições legais, referente ao Chamamento Público nº 001/2023, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO

1.1.O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto o Gerenciamento do Centro Especializado de Reabilitação - CER Tipo III (Auditiva, Física, Intelectual/Transtornos do Espectro do Autismo), pela CONTRATADA, em mútua cooperação, conforme **ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA,** bem como de acordo com todo contido no Edital do Chamamento Público e Anexos, e, ainda, no projeto apresentado pela contratada, além dos anexos, que integram o presente instrumento.

1.2. O objeto do presente contrato deverá garantir atendimento as pessoas com deficiência dos 5 (cinco) municípios da região de saúde centro-oeste do DRS III - Araraquara (Tabatinga, Itápolis, Ibitinga, Borborema e Nova Europa) e da população de territórios onde o CER existente naquele local não contemplem as modalidades de Reabilitação.

1.3. A finalidade do contrato deverá ser executada de forma a garantir qualidade, eficácia, eficiência, efetividade e o alcance dos resultados esperados.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONDIÇÕES GERAIS

2.1. Na execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, de interesse recíproco, os participes deverão observar as seguintes condições gerais:

I. A Organização Social deverá obedecer ao estabelecido nas Portarias do Ministério da Saúde e exigências do Edital e Anexos, com a finalidade de promover o gerenciamento, protocolo, atendimento, oficinas, manutenção e assistência, dentre as outras atividades necessárias para execução deste contrato.

II. O presente CONTRATO DE GESTÃO, parte integrante do Chamamento Público nº 01/2023 tem a finalidade de atender ao princípio da primazia do interesse público, e é celebrado no sentido de garantir a continuidade e a ampliação dos serviços oferecidos pelo Centro Especializado de Reabilitação - CER Tipo III.

III. As informações contidas no Chamamento Público nº 01/2023 bem como o projeto apresentado pela contratada, são parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA TERCEIRA: ENCARGOS DAS PARTES

3.1. DA CONTRATADA:

a) A CONTRATADA deverá responsabilizar-se pela gestão administrativa do CER III de Itápolis, incluindo:

- Gerenciamento da logística dos recursos materiais, financeiros, de informações e pessoal;
- Gerenciamento da Qualidade e Segurança do Paciente em Saúde;
- Contabilidade Financeira (incluindo a gestão de recursos, relação de credores e devedores e fluxo de pagamentos);
- Aspectos legais e jurídicos;
- Governança;
- Gerenciamento de Tecnologia em Saúde;
- Gerenciamento de Riscos;
- Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
- Relações com fornecedores;
- Educação permanente e aperfeiçoamento profissional;
- Gerenciamento das instalações;
- Gerenciamento da informação inclusive automatizada;
- Projetos de sustentabilidade
- Patrimônio;
- Gerenciamento de Resíduos Sólidos;
- Atendimento ao usuário;
- Telefonia;
- Publicidade;
- Climatização;
- Higienização e limpeza e Vigilância eletrônica do Serviço;

b) A CONTRATADA responderá integralmente por perdas e danos que vier a causar ao Ministério da Saúde ou a terceiros em razão de ação ou omissão dolosa ou culposa, sua ou dos seus prepostos, independentemente de outras condições edilícias ou legais a que estiver sujeito;

c) A CONTRATADA será integralmente responsável pela contratação de pessoal para execução dos serviços do CER III de Itápolis e deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para os serviços a serem prestados; obedecer às normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) especialmente as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT e a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR 32); obedecer as Resoluções dos Conselhos Profissionais e desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas;

d) A CONTRATADA utilizará os recursos humanos que sejam necessários e suficientes para a realização de todas as ações do CER III de Itápolis, previstos neste instrumento;

e) A CONTRATADA responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à CONTRATANTE;

f) A CONTRATADA deverá estipular os limites e critérios para remuneração e vantagens, de qualquer natureza a serem pagas aos dirigentes e empregados contratados pela organização social, como também dos cargos de gerenciamento e direção do CER III de Itápolis, obedecerá ao valor de mercado da região, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria;

g) É possível a cessão de servidores do município para exercerem suas atividades à disposição da CONTRATADA, nos termos do Art. 17 “É facultativo ao Poder Executivo a Cessão especial de servidor para as Organizações Sociais, com ônus para a origem.”;

g.1). O desempenho de atividades dos servidores públicos cedidos à CONTRATADA não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza;

g.2) A CONTRATADA, em nenhuma hipótese, poderá ceder integralmente a qualquer Instituição Pública ou Privada seus empregados, bem como os servidores efetivos que estiverem cedidos, e que são remunerados à conta deste instrumento;

g.3) A capacitação dos servidores cedidos à CONTRATADA será promovida e custeada pela mesma, cabendo a esta autorizar a participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais;

g.4) É de responsabilidade da CONTRATADA o pagamento de qualquer remuneração complementar aos salários dos servidores cedidos;

h) A CONTRATADA gastará **preferencialmente** 55% (cinquenta e cinco por cento), do total dos recursos recebidos no instrumento contratual, observados os efeitos de eventuais repactuações orçamentárias dele decorrente, com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza a ser percebido por seus dirigentes, empregados, contratados como consultores ou prestadores sistemáticos de serviços; e 15% (quinze por cento) com OPME (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), o restante dos recursos poderá ser aplicado no custeio, manutenção e investimento;

i) A CONTRATADA deverá contratar os profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde, registrados nos seus respectivos conselhos profissionais e atendendo às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde;

j) A CONTRATADA será responsável pelos encargos sociais, taxas, impostos e quaisquer outros tributos e/ou despesas que incidirem sobre o serviço, como também em qualquer responsabilidade no tocante a vínculo empregatício ou obrigações previdenciárias, referentes ao pessoal utilizado nos serviços, inclusive no caso de reclamações trabalhistas, ações de responsabilidade civil e penal decorrentes dos serviços de qualquer tipo de demanda;

k) Os bens móveis ou imóveis pertencentes ao CER III de Itápolis terão o seus usos cedidos para a CONTRATADA durante o prazo de vigência previsto no Contrato de Gestão, observando os requisitos estabelecidos da Lei Federal nº 9.637/98, cabendo à CONTRATADA mantê-los e deles cuidar como se seus fossem, restrito o uso e destinação à consecução das finalidades traçadas, objetivos e metas previstas neste instrumento;

l) A CONTRATADA deverá manter, durante a execução do CONTRATO DE GESTÃO, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habitação e qualificação exigidas na Licitação;

m) A CONTRATADA deverá assumir o compromisso formal de executar todas as tarefas objeto do presente termo com perfeição e acuidade, mobilizando, para tanto, profissionais capacitados e submetidos a prévio treinamento;

n) A CONTRATADA receberá através de seu preposto, os bens móveis e o imóvel, na forma dos Termos da Cessão de Uso, de forma idêntica, irá devolvê-los no término da vigência contratual, em bom estado de conservação, sempre considerando o tempo de uso dos mesmos;

o) A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante prévia avaliação e autorização da SMS, ter os bens moveis e imóveis cedidos a CONTRATADA ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem concomitantemente, mediante termo de doação expresso o patrimônio sob a administração as SMS;

p) A CONTRATADA deverá manter atualizados os registros de informações /faturamento, em sistema oficial do Ministério da Saúde, de todos os atendimentos realizados mensalmente pela CONTRATADA, em nome da SMS.

q) O Serviço deverá apresentar a produção ambulatorial até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à sede da Secretaria de Saúde, situada à Rua Pero Neto, nº1680, bairro: Redenção, Itápolis – São Paulo;

r) A CONTRATADA deverá enviar Comissão de Acompanhamento e Fiscalização até o dia 20 de cada mês ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior, os relatórios relativos às atividades desenvolvidas no CER, bem como sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e realizados no CER III de Itápolis;

s) A CONTRATADA deverá manter o registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

t) A CONTRATADA deverá manter no CER III de Itápolis os prontuários dos usuários atendidos devendo obrigatoriamente constar os dados pessoais dos mesmos (nome, RG, número do cartão SUS, endereço completo de sua residência e telefone) e todos os procedimentos realizados, por razões de planejamento das atividades assistenciais, bem como para qualquer tipo de atualização feita no sistema, incluindo usuário, local, data e hora das alterações e/ou inclusões,

disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE, bem como aos controles interno e externo;

u) A CONTRATADA deverá publicar, anualmente, os relatórios financeiros e o relatório de execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, no Diário Oficial do Estado e em, no mínimo, um jornal local de grande circulação o extrato da publicação, tudo devidamente apreciado e aprovado pelo Conselho de Administração até o dia 31 de março do ano subsequente;

v) A CONTRATADA deverá apresentar mensalmente à SMS, juntamente com a prestação de contas, os comprovantes de quitação de despesas efetuados no mês imediatamente anterior, relativas aos gastos com água, energia elétrica, telefone, encargos sociais (INSS, FGTS e PIS), fornecimento de vale transporte e alimentação, folha de pagamento de pessoal, sob pena de suspensão do repasse de quaisquer parcelas que lhes forem devidas até o cumprimento desta obrigação e ou outras sanções previstas em contrato, bem como nas legislações pertinentes;

x) A CONTRATADA deverá apresentar, mensalmente, QUADRO DEMONSTRATIVO DA RECEITA E DA DESPESA por rubrica orçamentária e elemento de despesa, de acordo com a Lei nº. 4.320/64 e a Lei Complementar nº 101/00;

z) A CONTRATADA deverá providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente instrumento;

aa) A CONTRATADA ficará responsável pelo custo e fornecimento de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção - OPM e/ou outros insumos cobertos pela Tabela Unificada do SUS;

bb) Fica facultada à CONTRATADA a execução de obras complementares, mediante prévia análise do setor de engenharia da SMS e autorização da CONTRATANTE, necessárias ao pleno funcionamento, com recursos transferidos pelo contrato de gestão, com monitoramento da CONTRATANTE;

cc) A CONTRATADA deverá garantir a segurança patrimonial do CER III de Itápolis, bem como a segurança pessoal dos usuários do SUS que estão sob sua responsabilidade e de todos aqueles que nele trabalham;

dd) A CONTRATADA deverá prestar serviços de manutenção preventiva de forma continua ao imóvel e aos equipamentos utilizados, incluindo a reposição de peças, quando necessário. As possíveis obras de ampliação do CER III de Itápolis, serão discutidas com a SMS, cabendo à CONTRATADA as obras de manutenção/adequações, todas sob a prévia anuência da SMS, à exceção das de cunho emergenciais;

ee) A CONTRATADA deverá adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

ff) A CONTRATADA deverá incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia “Prefeitura municipal de Itápolis/Secretaria municipal de saúde de Itápolis”

gg) A CONTRATADA deverá manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no CER III de Itápolis, disponibilizando a qualquer momento à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização e às Auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no CER III de Itápolis;

hh) A CONTRATADA em nenhuma hipótese poderá cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto ao CONTRATANTE o ressarcimento de despesas realizadas e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas;

ii) A CONTRATADA responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Termo de Referência;

jj) A CONTRATADA deverá manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos do CER III de Itápolis, conforme Termo de Permissão de Uso;

kk) A CONTRATADA deverá devolver ao CONTRATANTE, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme Termo de Permissão de Uso;

ll) A CONTRATADA deverá Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

mm) Havendo impossibilidade, por parte da CONTRATADA, de cumprimento das metas estipuladas no presente contrato e seus anexos, tendo como única e exclusiva a inexistência de demanda suficiente para atingir os parâmetros contratualmente fixados, não haverá descontos nos pagamentos devidos, desde que a CONTRATADA apresente até o dia 20 do mês subsequente do fechamento do semestre, os dados e informações que atestarem a não ocorrência de demanda;

nn) Os dados serão remetidos à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização para que sejam examinados, validados e aprovados;

oo) Em relação aos direitos dos usuários, a CONTRATADA obriga-se a:

I- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;

II- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa cientifica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do CER III de Itápolis;

IV- Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

V- Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VI- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

VII- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

pp) A CONTRATADA deverá adotar CNPJ filial especifico para movimentar os recursos financeiros transferidos pelo CONTRATANTE para a execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO, em conta bancária específica e exclusiva, de modo a discriminar os tributos e demais

despesas do CONTRATO DE GESTÃO. O objetivo é não confundir os recursos próprios da instituição matriz, oriundos de outras fontes de financiamento, com os recursos repassados pelo CONTRATANTE para custeio das atividades da gestão do CER III de Itápolis;

qq) CONTRATADA terá o prazo máximo de 30 dias após o início de suas atividades para apresentar ao Contratante o CNPJ específico e o número da conta bancária específica e exclusiva;

rr) A CONTRATADA deverá elaborar e enviar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, em modelos por estes estabelecidos, relatórios de execução assistencial e financeira, trimestral, semestral e anual, em datas pré-estabelecidas, juntamente com a prestação de contas dos meses subsequentes a cada período, observando o disposto na cláusula décima primeira;

ss) A CONTRATADA deverá elaborar e encaminhar relatório consolidado de execução e demonstrativos financeiros, ao final de cada exercício fiscal, devendo ser apresentado à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, até o dia 10 (dez) de janeiro do ano subsequente;

tt) A CONTRATADA deverá permitir o livre acesso das comissões/departamentos técnicos instituídos ou que porventura venham a ser designados/criados, e, que sejam responsáveis pela fiscalização das contas, bem como ao Tribunal de Contas e demais órgãos de fiscalização e auditoria, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este instrumento, quando em missão de fiscalização ou auditoria;

uu) A CONTRATADA deverá apresentar no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da assinatura deste instrumento, os Regulamentos de Recursos Humanos, Financeiros e de Aquisição de Bens, Obras e Serviços, realizados com recursos públicos, devendo os mesmos ser referendados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização e/ou pela SMS, para posterior publicação no Diário Oficial no município e no sítio da Prefeitura Municipal de Itápolis.

vv) Fica vedado o favorecimento, em contratações de serviços, contratações de pessoal e compras, estabelecendo relacionamentos comerciais com parentes, familiares e amigos, pessoas ou organizações que já mantiveram outros vínculos profissionais com os dirigentes da entidade;

xx) A CONTRATADA deverá realizar processo seletivo para contratação de Recursos Humanos;

zz) A CONTRATADA deverá garantir a segurança patrimonial e pessoal dos usuários do Sistema Único de Saúde que estão sob sua responsabilidade, bem como a de seus empregados;

aaa) A CONTRATADA responsabilizará integralmente por todos os compromissos assumidos no CONTRATO DE GESTÃO, e executá-lo de acordo com a legislação vigente;

bbb) Em relação ao Gerenciamento de Tecnologia, a CONTRATADA deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médico-Hospitalares para atender e adequar ao CER III de Itápolis a Resolução RDC nº 02/2010, do Ministério da Saúde;

ccc) Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médico-Hospitalares, a CONTRATADA deverá manter o inventário do parque tecnológico atualizado, bem como a indicação do histórico e do estado que o mesmo se encontra, encaminhando relatórios mensais à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento do parque tecnológico;

ddd) A CONTRATADA prestará atendimento exclusivo aos usuários do SUS no CER III de Itápolis, cujo uso lhe fora permitido e dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência;

eee) A CONTRATADA administrará os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no respectivo termo de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público, observando as condições estabelecidas na legislação pertinente;

fff) A CONTRATADA comunicará à instância responsável da CONTRATANTE, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

ggg) A CONTRATADA deverá transferir integralmente a CONTRATANTE, em caso de desqualificação, o patrimônio, os legados ou doações que lhe forem destinados, bem como os excedentes financeiros, relativos ao CONTRATO DE GESTÃO;

hhh) A CONTRATADA deverá apresentar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

iii) A CONTRATADA não poderá adotar nenhuma medida unilateral de mudanças dos serviços assistenciais, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do CER III de Itápolis, sem a prévia ciência e aprovação da SMS;

jjj) A CONTRATADA deverá permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto do CONTRATO DE GESTÃO pelo pessoal especialmente designado pela CONTRATANTE, bem como, pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

kkk) A CONTRATADA deverá elaborar e encaminhar à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, em modelos por este estabelecidos, relatórios de execução mensal de atividades assistenciais e financeiras.

3.2. DEVERES DA CONTRATANTE

a)A CONTRATANTE deverá prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários ao fiel cumprimento da execução deste Instrumento, do Contrato de Gestão e a programação dos orçamentos dos exercícios subsequentes, de acordo com o sistema de repasse previsto;

b)A CONTRATANTE deverá disponibilizar à CONTRATADA adequada estrutura física e recursos financeiros para a organização e gerenciamento da Unidade Gestada CER III de Itápolis;

c)A CONTRATANTE deverá prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

d) Especificar o programa de trabalho proposto pela Organização Social, estipulando as metas a serem atingidas, os respectivos prazos de execução, bem como os critérios objetivos de avaliação e desempenho;

e) Realizar o monitoramento, controle e avaliação periódicos, observando-se o desenvolvimento e o cumprimento das atividades de assistência prestada pela CONTRATADA aos usuários no CER III de Itápolis;

f) Acompanhar, constantemente, as aquisições de bens permanentes e serviços, bem como obras realizadas pela CONTRATADA;

g) Relacionar as dependências de instalações físicas, bem como os bens de sua propriedade que serão dados em permissão de uso para a execução dos serviços, com a indicação de seu estado de conservação;

h) Solicitar à CONTRATADA substituição de qualquer produto, material, recursos ou equipamentos, cujo uso seja considerado inadequado e/ou prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;

i) Notificar a CONTRATADA, por escrito e com antecedência de 15 (quinze) dias úteis, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade;

j) Efetuar o controle de qualidade por meio do acompanhamento da pesquisa de satisfação do usuário realizada pela Organização Social, bem como por meio do acompanhamento dos registros de ocorrências da Ouvidoria da SMS;

k) A Organização Social Sem Fins lucrativos será ressarcida dos custos relativos aos eventuais procedimentos decorrentes de demandas judiciais, desde que **autorizadas pela SMS**, devendo encaminhar a comprovação e justificativa da realização de tais procedimentos. As comprovações e justificativas deverão ter sua conformidade analisada e verificada pela SMS antes de ser liberado o ressarcimento dos valores. Esses ressarcimentos serão realizados por meio de Aditivo.

m) A CONTRATANTE adotará práticas de planejamento sistemático das ações da Organização Social, mediante instrumentos de programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de suas atividades, de acordo com as metas pactuadas.

n) A CONTRATANTE prestará esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, de forma colegiada, dirimindo as questões omissas neste instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no CONTRATO DE GESTÃO;

o) A CONTRATANTE deverá: supervisionar, acompanhar, controlar, monitorar e avaliar a execução desse Instrumento e do CONTRATO DE GESTÃO, de forma global;

p) A CONTRATANTE orientará os demais participes acerca da implementação do programa de publicização de atividades por meio de entidades qualificadas como Organizações Sociais;

q) A CONTRATANTE deverá expedir diretrizes a serem seguidas pela CONTRATADA no desenvolvimento dos serviços.

CLÁUSULA QUARTA: DA VIGÊNCIA

4.1. A vigência da Gestão do CER III de Itápolis terá duração de 06 (meses) podendo ser prorrogado na forma da Lei 8.666/1993, a partir da data de sua assinatura do Contrato de Gestão, admitindo-se prorrogação no interesse de ambas as partes, mediante verificação do cumprimento dos indicadores de metas de produção e resultado que permitam a avaliação objetiva da qualidade e do desempenho, e autorizado pelo (a) Prefeito(a) Municipal, conforme faculta o Art. 57, inciso II, da Lei nº. 8.666/93, e desde que confirmada à disponibilidade orçamentária e a consecução dos objetivos propostos pela Organização Social.

CLÁUSULA QUINTA: DAS ALTERAÇÕES

5.1.O presente Contrato poderá ser alterado, a qualquer tempo, mas preferencialmente em regime semestral, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente

pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, bem como autorização da autoridade competente.

5.2. Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, houver a necessidade de realizar outros tipos de atividades assistenciais, diferentes daquelas relacionadas neste contrato, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, após a análise técnica e elaboração de orçamento de reajuste econômico-financeiro, e homologação do Prefeito Municipal de Itápolis, através de termo aditivo ao contrato de gestão.

5.3. Poderá também ser alterado para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência.

5.4. As alterações de que tratam os subitens acima deverão ser formalizados por meio de Termos Aditivos, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente contrato.

CLÁUSULA SEXTA: DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. A Prefeitura Municipal de Itápolis efetuará o repasse de recursos financeiros previstos no Contrato de Gestão, com base na seguinte regra:

ORÇAMENTO GLOBAL DO CONTRATO DE GESTÃO: R$ 2.377.184,58(dois milhões trezentos e setenta e sete mil cento e oitenta e quatro reais e cinquenta e oito centavos)

VALOR MENSAL: R$ 396.197,43 (trezentos e noventa e seis mil cento e noventa e sete reais e quarenta e sete centavos);

6.2. Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste instrumento e no Contrato de Gestão fica estabelecido o valor MENSAL de recursos públicos a serem transferidos no montante de R$ 396.197,43(trezentos e noventa e seis mil, cento e noventa e sete reais e quarenta e sete centavos); em posterior, solicitação e autorização pelo Ministério da Saúde para recebido de repasse federal o valor será suplementado através da: PORTARIA Nº 835 DE 25 DE ABRIL DE 2012, o restante proveniente das: PORTARIA Nº 2.723, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2014 e PORTARIA Nº 1.272, DE 25 DE JUNHO DE 2013, à Organização Social Sem Fins Lucrativos CONTRATADA, com a devida autorização da Secretária Municipal de Saúde.

6.3. Os recursos repassados serão empenhados preferencialmente em janeiro e julho de cada ano e serão liberados MENSALMENTE até o quinto dia útil de cada mês, no valor correspondente ao pactuado neste instrumento. (empenhos semestrais)

6.4. Ainda para o cumprimento de metas e objetivos pactuados neste instrumento, como forma de complementação dos recursos do SUS, dentre outros recursos de doações previstos no Estatuto e Regimento Interno da Entidade CONTRATADA.

6.5. Com o objetivo de captar recursos públicos e privados a Organização Social Sem Fins Lucrativos CONTRATADA fica autorizada a celebrar diretamente convênios com os Poderes Públicos Federal, Estadual e Municipal, bem como com a iniciativa privada.

6.6. A Organização Social Sem Fins Lucrativos CONTRATADA fica autorizada a receber doações, auxílios e subvenções, extraordinariamente ao valor pactuado quando este for repassado

à esta administrativamente através da SMS, ou oriundo de outro órgão da esfera Municipal ou Federal.

6.7. As despesas pagas pela contratação de entidade CONTRATADA correrão as contas dos recursos constantes da seguinte rubrica orçamentárias:

– DESPESA DE TERCEIRO PESSOA JURÍDICA;
Unidade orçamentária: 02.10.02
Classificação Funcional: 10.302.0002.2.840
Natureza da Despesa: 3.3.90.39.00

6.8. Observando-se as condições gerais do Contrato de Gestão e a inexistência de penalidades, a CONTRATADA fará jus ao recebimento integral do valor do PISO, sem outras condicionantes.

6.9. Já o valor do Contrato de Gestão o seu repasse está condicionado à apuração das Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade e Desempenho acordados. Considerando-se apenas a diferença entre o PISO e O TETO, às Metas de Produção Assistencial que estarão vinculados a Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção e Materiais especiais - OPMEs.

6.10 O acompanhamento das Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade e Desempenho será feito MENSALMENTE, a partir dos relatórios de atividades enviados para a Comissão de Monitoramento e Avaliação, Acompanhamento e Fiscalização de Contratos de Gestão das Organizações Sociais.

6.11. Os descontos financeiros a serem aplicados pelo não cumprimento das Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade e Desempenho, serão feitos a partir da apuração MENSALMENTE dos indicadores pactuados. Tais descontos irão incidir sobre o primeiro repasse financeiro à CONTRATADA posterior à avaliação, considerando o montante somatório dos descontos pertinentes apurados para o período.

6.12. Do total dos recursos financeiros previsto nesta Cláusula, a CONTRATADA formará fundos destinados para provisões de 13º salário, férias e multas do FGTS dos colaboradores que estão sob sua responsabilidade, com depósitos mensais, em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta exclusiva deste Contrato de Gestão e previsto nos encargos da Contratada, inclusive para fins de rescisões e reclamatórias trabalhistas e ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo mesmo após o término do contrato. O CONTRATANTE poderá tomar as medidas cabíveis, entre elas, a retenção dos pagamentos destinados às provisões, se observar o não cumprimento do mesmo.

6.13. Sem prejuízo do que estabelece o item anterior, em sendo apurado saldo financeiro remanescente do CONTRATO DE GESTÃO igual ou superior a (uma) parcela mensal vigente, o CONTRATANTE poderá reter, a seu critério, valores de recursos financeiros, visando ajustar o saldo financeiro do referido Contrato, mantendo sempre em depósito bancário o saldo correspondente às provisões para 13º salário, férias e multas do FGTS dos colaboradores que estão sob a responsabilidade da CONTRATADA.

6.14. É vedada a cobrança de “Taxa de Administração” por parte da CONTRATADA. Entende-se por Taxa de Administração a fixação de um percentual sem a devida demonstração da utilização deste valor. As despesas administrativas necessárias para a adequada execução do CONTRATO DE GESTÃO podem ser apropriadas desde que discriminada, apontando detalhadamente como os recursos foram empregados no objeto contratual, evidenciando os reais custos administrativos.

6.15. Os recursos financeiros destinados ao CONTRATO DE GESTÃO deverão ser utilizados para a execução do objeto deste Contrato (custeio) não sendo permitido a sua utilização para investimento.

6.15.1. Surgindo a necessidade de adquirir bens patrimoniáveis, a CONTRATADA deverá antecipadamente notificar a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização para ciência e prévia anuência.

6.15.1.1. Os valores previamente empenhados para investimento não conferem à CONTRATADA o direito ao recebimento, estando este vinculado à autorização prévia da Comissão.

6.16. É vedado o pagamento de despesas com juros, multas, atualização monetária e custas de protesto de títulos, por atraso de pagamento, com recursos do Contrato de Gestão, salvo quando os mesmos decorrerem de atraso de repasse de recursos pelo poder público, hipótese em que o tesouro municipal complementará os recursos liberados para a Organização Social, a fim de cobrir tais despesas.

CLÁUSULA SÉTIMA: DO PAGAMENTO

7.1 TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS RELATIVOS AO INVESTIMENTO

Os recursos relativos ao investimento serão pagos à Organização Social CONTRATADA para gerenciar o CER III de Itápolis durante a fase operacional, cujo o valor relativo aos investimentos realizados pela Organização Social CONTRATADA será ressarcido após o final do exercício financeiro, mediante apresentação à SMS através de relatório de prestação de contas acompanhado devidamente de todas as notas fiscais, no montante até 10% (dez por cento) do valor contrato. Caso o valor do investimento seja de monta considerada elevada para a Organização CONTRATADA, deverá apresentar previamente à SMS com justificativa, acompanhada do processo de compras e/ou contratação, requerendo de forma extraordinária o repasse antecipado do valor a ser investido, para que não haja nenhum prejuízo à prestação dos serviços objeto da presente seleção Social

A cada mês a CONTRATADA deverá apresentar anexa à prestação de contas a documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas, a qual deverá ser acompanhada de mapa de rateio especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com o CONTRATANTE e outros entes.

Dos recursos financeiros repassados pela CONTRATANTE, será constituída e mantida, em conta específica, provisão para custear despesas de processos rescisórios e outros provisionamentos obrigatórios, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear outros tipos de despesas. A cada mês a CONTRATADA deverá apresentar anexa à prestação de contas o resumo da folha e o efetivo provisionamento com o saldo da conta específica.

CLÁUSULA OITAVA: DOS BENS

8.1. Os bens móveis, bem como o imóvel referente a gestão compartilhada do CER III, têm o seu uso permitido pela CONTRATANTE, durante a vigência do presente instrumento, nos termos da Legislação.

8.2. A CONTRATADA receberá, através de seu preposto, os bens inventariados na forma do Termo da Permissão de Uso dos Bens Móveis, conforme Anexo XI do Edital, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual, em bom estado de conservação, sempre considerando o tempo de uso dos mesmos.

8.3. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passarão a integrar o patrimônio do Prefeitura Municipal de Itápolis, após prévia avaliação e expressa autorização do CONTRATANTE.

8.4. A CONTRATADA deverá administrar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no respectivo Termo de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público.

8.5. A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA: DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. A CONTRATADA utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a realização das ações previstas neste CONTRATO DE GESTÃO e seus Anexos, de acordo com um plano de gestão de recursos humanos e Termo de Referência.

9.2. A CONTRATADA responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados necessários na execução dos serviços contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las ao CONTRATANTE.

9.3. A CONTRATADA gastará **preferencialmente** 55% (CINQUENTA E CINCO por cento), do total dos recursos recebidos no instrumento contratual, observados os efeitos de eventuais repactuações orçamentárias dele decorrente, com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza a ser percebido por seus dirigentes, empregados, contratados como consultores ou prestadores sistemáticos de serviços; e 15% (quinze por cento) com próteses e órteses, o restante dos recursos poderá ser aplicado no custeio, manutenção e investimento.

9.4. Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versem sob a vida funcional dos servidores serão mantidos entre o CER III e a Gerência de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Itápolis-SP.

9.5. A capacitação dos profissionais contratados pela CONTRATADA será promovida e custeada pela mesma, cabendo a esta autorizar a participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais.

CLÁUSULA DÉCIMA: GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

10.1. Conforme os arts. 67 e 73 da Lei n° 8.666/93, a Gestora Municipal e a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do CER III serão responsáveis pela fiscalização da execução do Contrato e também a supervisão, acompanhamento e avaliação do desempenho da ORGANIZAÇÃO SOCIAL CONTRATADA, enquanto gestora do CER III de Itápolis, dos objetivos, metas e indicadores de desempenho constante no presente instrumento e no Planejamento Anual Estratégico. Deverá manter permanente vigilância sobre as obrigações da CONTRATADA, definidas nos dispositivos contratuais e condições de edital e,

fundamentalmente, quanto à inarredável observância aos princípios e preceitos consubstanciados na Lei 8.666/93, com suas alterações.

10.2. Comissão de Acompanhamento e Fiscalização e Desempenho do CER III, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, instituída e custeada pela SMS, apoiará as atividades de acompanhamento e avaliação, emitindo e encaminhando anualmente a CONTRATADA relatório conclusivo da análise dos resultados quanto ao cumprimento dos objetivos e metas propostas e de forma geral da execução do Contrato de Gestão.

10.3. A SMS, por meio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização e a Organização Social CONTRATADA reunir-se-ão no mínimo mensalmente para proceder ao acompanhamento e avaliação do grau de atingimento das metas para fins de aprovação do Planejamento Anual da Entidade CONTRATADA, com vistas a garantir sua inclusão no Orçamento Anual dos Recursos a serem repassados para o cumprimento do Contrato de Gestão.

10.4. A Fiscalização da execução do Contrato de Gestão também ocorrerá mediante a submissão ao Conselho de Administração no tocante às atividades e/ou ações que dele dependem para aprovação e/ou referendum.

10.5. A CONTRATANTE poderá requerer a apresentação pela CONTRATADA a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro;

10.6. A CONTRATANTE poderá exigir da CONTRATADA, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios;

10.7. Os responsáveis pelo monitoramento, controle e avaliação deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, dela darão ciência imediatamente o (a) Secretário (a) Municipal de Saúde, para as providências cabíveis junto aos demais órgãos;

10.8. Os serviços prestados pela CONTRATADA terão a parte contábil/financeira monitorada, controlada e avaliada por órgão competente do CER III, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

10.8.1. Caso sejam apuradas quaisquer despesas impróprias realizadas pela CONTRATADA, esta será notificada para, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após o recebimento, apresentar justificativas ou providenciar as regularizações.

10.8.2. Das justificativas não aceitas será concedido o prazo de 5 (cinco) dias úteis para a apresentação de recurso, endereçado à Secretaria Municipal de Saúde.

10.8.3. Se indeferido o recurso, a Secretaria Municipal de Saúde poderá determinar que a CONTRATADA restitua os valores para a conta do CONTRATO DE GESTÃO, ou encaminhe o expediente à Secretaria Estadual de Fazenda, para que efetue o desconto do valor gasto indevidamente nos repasses subsequentes.

10.8.4. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; pagamento de multas pessoais de trânsito; distribuição de agendas, entre outros brindes; custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

10.9. Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise criteriosa pela Secretaria Municipal de Saúde, que norteará as correções que necessárias para garantir à plena eficácia do presente instrumento contratual. O sistemático não cumprimento de metas poderá ensejar a desqualificação de Entidade como Organização Social pelo Prefeito Municipal de Itápolis.

10.10. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização elaborará a consolidação dos relatórios técnicos e encaminhará ao Secretário de Saúde que, após ciência e aprovação, fará os encaminhamentos ao setor competente para o envio ao Tribunal de Contas da Prefeitura Municipal de Itápolis.

10.11. O presente CONTRATO DE GESTÃO estará submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação disponível a qualquer tempo sempre que requisitado.

10.12. A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização poderá requerer a apresentação, pela CONTRATADA, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

10.13. A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização poderá exigir da CONTRATADA, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios.

10.14. Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente ao Secretário(a) Municipal de Saúde, ocasião em que se dará ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

10.15. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização informarão imediatamente ao Secretário(a) Municipal de Saúde, que deverá representar à Procuradoria do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

10.16. Excepcionalmente, no primeiro exercício financeiro de execução do CONTRATO DE GESTÃO, a elaboração dos relatórios mensais.

10.17. A qualquer tempo, o Secretário Municipal de Saúde poderá indicar um gestor e/ou fiscal do contrato, servidor municipal específico, para acompanhamento diário ou semanal, da gestão do CER III, sem prejuízo da atuação da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização já prevista.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

11.1. A Prestação de Contas, a ser apresentada pela CONTRATADA mensalmente, far-se-á através de relatório pertinente à execução do CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados.

11.2. As prestações de contas mensais e anual, serão realizadas sobre a totalidade das operações patrimoniais e resultados da CONTRATADA.

11.3. A cada trimestre a CONTRATADA deverá apresentar anexa à prestação de contas a documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas, a qual deverá ser acompanhada de mapa de rateio especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com o CONTRATANTE e outros entes;

11.4. A cada mês a CONTRATADA deverá apresentar anexa à prestação de contas o resumo da folha e o efetivo provisionamento com o saldo da conta específica;

11.5. A prestação de contas do Plano de Investimentos e Incorporação Tecnológica elaborado para o CER III;

11.6. A prestação de contas será instruída com os seguintes documentos:

- Relatório mensal e Anual, conforme for o caso, de execução de atividades;
- Demonstração das origens e aplicações de recursos, através de cópias dos extratos bancários;
- Certidões negativas de débitos da Receita Federal e da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, do INSS, do FGTS, Trabalhistas, do Prefeitura Municipal de Itápolis e do Município de Itápolis.
- Notas explicativas da demonstração contábil, caso necessário.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA INTERVENÇÃO DO MUNICÍPIO NO SERVIÇO COMPARTILHADO COM A ORGANIZAÇÃO SOCIAL

12.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela CONTRATADA, o CONTRATANTE poderá assumir imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato.

12.1.1. A intervenção será feita por meio de Decreto do Prefeito Municipal, que indicará o interventor e mencionará os objetivos, limites e duração.

12.1.2. Decretada a intervenção, a Secretaria Municipal responsável deverá, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato respectivo, instaurar procedimento administrativo para apurar as causas determinantes da medida e definir responsabilidades, assegurado o direito de ampla defesa.

12.1.3. Cessadas as causas determinantes da intervenção e não constatada a responsabilidade dos gestores, a CONTRATADA retomará a execução dos serviços.

12.1.4. A intervenção deverá ser noticiada ao Tribunal de Contas do Prefeitura Municipal de Itápolis.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

13.1. A CONTRATADA será responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa

qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados nos Anexos X, XI e XII do Edital, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

13.2. O CONTRATANTE responsabilizar-se-á pelos prejuízos suportados pela CONTRATADA, exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à CONTRATADA a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora do CONTRATANTE.

13.3. A CONTRATADA ainda é responsável por arcar:

13.3.1. De forma integral, pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes à sua atividade, ficando a mesma como única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e trabalhistas decorrentes, respondendo em juízo ou fora deste, de forma integral e exclusiva, isentando o Município de Itápolis de quaisquer obrigações presentes e futuras.

13.3.2. Com os encargos previdenciários, fiscais, comerciais e trabalhistas, incluindo os decorrentes de acordo, dissídios e convenções coletivas oriundos da execução do contrato, sendo possível o CONTRATANTE exigir, a qualquer momento, a comprovação do cumprimento de tais encargos como condição da realização das transferências financeiras a serem realizadas pelo CONTRATANTE à CONTRATADA, ficando o município isento de qualquer responsabilidade direta, solidária e/ou subsidiária.

13.3.3. Com qualquer despesa, tributos, tarifas, custas, emolumentos ou contribuições federais, estaduais ou municipais, que decorram direta ou indiretamente da sua atividade ou da utilização dos bens móveis ou imóveis públicos que lhes foram destinados, cabendo-lhe providenciar, especialmente, os alvarás e seguros

obrigatórios legalmente exigíveis.

13.3.3.1. Os empregados da CONTRATADA não terão qualquer vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Itápolis, inexistindo também qualquer responsabilidade relativamente às obrigações, de qualquer natureza, assumidas pela CONTRATADA.

13.3.3.2. Constatada a existência de reclamação trabalhista pleiteando débitos previdenciários oriundos da execução do Contrato de Gestão pela CONTRATADA, que venha a resultar a inclusão da Prefeitura Municipal de Itápolis no polo passivo como responsável solidário ou subsidiário, será possível ao CONTRATANTE reter, das parcelas vincendas, o montante correspondente aos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

13.3.3.3. Será possível a retenção de repasses de recursos à CONTRATADA quando o Prefeitura Municipal de Itápolis ou o Munícipio de Itápolis for demandado por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da CONTRATADA no montante necessário à satisfação do débito, de modo a garantir o ressarcimento aos cofres públicos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA RESCISÃO

14.1. O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo, por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

14.1.1. Por ato unilateral do CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de comprovada má gestão, culpa e/ou dolo, cabendo ao CONTRATANTE notificar a CONTRATADA, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados. Nesta hipótese, a CONTRATADA se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados pelo prazo de 90 (noventa) dias, contados da denúncia do CONTRATO DE GESTÃO.

14.1.2. Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público.

14.1.3. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pelo CONTRATANTE, superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

14.1.4. Se houver alterações do estatuto da CONTRATADA que implique em modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente instrumento.

14.1.5. Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente instrumento, com comunicação prévia de 30 (trinta) dias.

14.2. Verificada a hipótese de rescisão contratual com fundamento nos subitens 14.1.1. a 14.1.5, o CONTRATANTE providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento e aplicará as sanções legais cabíveis, após a conclusão de processo administrativo, que garantirá o princípio do contraditório e da ampla defesa.

14.3. Em caso de deliberação pela rescisão, esta será precedida de processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como organização social.

14.4. Ocorrendo a extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do CONTRATO DE GESTÃO, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos bens móveis e imóveis, e a imediata reversão desses bens ao patrimônio do CONTRATANTE, bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto desse contrato;

b) A incorporação ao patrimônio do município dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados especificamente para este CONTRATO DE GESTÃO;

c) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes aos registros físicos e eletrônicos atualizado de todos os atendimentos efetuados no CER III, as fichas e prontuários dos usuários.

14.5. Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, ressalvada a hipótese de inadimplemento do CONTRATANTE, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados pelo prazo de 30 (trinta) dias, contados da denúncia do CONTRATO DE GESTÃO.

14.6. A CONTRATADA terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão ao CONTRATANTE.

14.7. Na hipótese do subitem 14.1.3, o CONTRATANTE responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela CONTRATADA exclusivamente em decorrência do retardo na

transferência de recursos, cabendo à CONTRATADA a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora do CONTRATANTE.

14.8. Os valores repassados pelo CONTRATANTE à CONTRATADA serão devolvidos aos cofres públicos, com as devidas aplicações financeiras, no prazo de 30 (trinta) dias após o término das atividades, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DAS PENALIDADES

15.1. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, sem prejuízo do disposto no parágrafo primeiro do artigo 86 da Lei nº 8.666/93, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência por escrito;

b) Multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do artigo 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas;

d) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Município de Itápolis, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

e) Declaração de inidoneidade na prática de atos de natureza dolosa, sem prejuízo das ações previstas nos subitens 10.7 e 10.8.

15.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

15.3. As sanções previstas nas alíneas “a” e “d” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea “b”.

15.4. Da aplicação das penalidades, a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Itápolis.

15.5. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

15.6. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de o CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DA DESQUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

16.1. A CONTRATADA será desqualificada, sem direito a qualquer indenização, no caso de descumprimento das disposições contidas neste Contrato de Gestão, em especial:

16.1.1. Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

16.1.2. Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

16.1.3. Deixar de promover a manutenção dos imóveis públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

16.1.4. Não observar as normas do seu Estatuto ou proceder a alterações que impliquem em modificações das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente Contrato de Gestão.

16.2. A desqualificação da CONTRATADA será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa e do contraditório.

16.2.1. Os dirigentes da CONTRATADA responderão individual e solidariamente pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

16.2.2. Recebida a notificação da abertura do procedimento de desqualificação, a CONTRATADA terá o prazo de 10 (dez) dias para apresentar sua defesa.

16.2.3. Após a apresentação da defesa ou decorrido o prazo fixado no parágrafo anterior, o processo será enviado à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, que emitirá parecer técnico e remeterá o processo à Assessoria Jurídica do município de Itápolis.

16.2.4. A Assessoria Jurídica, após análise do processo, caso entenda pela desqualificação da entidade, deverá encaminhá-lo com sua decisão, para ratificação do Prefeito.

16.2.5. A desqualificação importará na rescisão do Contrato de Gestão, a reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da CONTRATADA, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

16.2.6. A desqualificação da CONTRATADA acarretará a incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, ao patrimônio do Município de Itápolis.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente CONTRATO DE GESTÃO está amparado no Lei Federal nº 8080/1990, Lei nº 9.637, de 15 de Maio de 1998, Portaria SMS/GAB nº 920, de 23 de Agosto de 2021, Lei Complementar Estadual Nº 846/1998, aplicando-se ainda a Lei 8.666/93 no que couber.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO

Tendo em vista que as ações a serem implementadas e o dever contratual das partes de assegurar o mais alto padrão de ética durante todo o processo de contratação e de execução do objeto contratual, fica estabelecido:

Parágrafo Primeiro: Todas as partes envolvidas no processo e na licitação, como agentes públicos, Licitantes, fornecedores, empreiteiros, seu pessoal, subcontratados, prestadores de serviços ou fornecedores de insumos, devem observância dos mais elevados padrões de ética durante a Licitação e a execução desses contratos [1]. De acordo com os itens abaixo:

a) Define, para os fins dessa cláusula, as expressões abaixo, da seguinte forma:

i) "prática corrupta"- significa oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer coisa de valor para influenciar indevidamente as ações de terceiros;

ii) "prática fraudulenta]" significa qualquer ato ou omissão, incluindo falsa declaração, que, de forma intencional ou irresponsável, induza em erro ou tente induzir em erro uma parte para obter um benefício financeiro ou não, ou para evitar uma obrigação;

iii) "prática colusiva" significa uma combinação entre duas ou mais partes visando alcançar um fim indevido, inclusive influenciar indevidamente as ações de terceiros;

iv) "prática coercitiva [5]" significa prejudicar ou lesar, ou ameaçar prejudicar ou lesar, direta ou indiretamente, qualquer parte ou propriedade da parte para influenciar indevidamente as ações de uma parte.

v)"prática obstrutiva" significa:

(aa) deliberadamente destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em investigações ou fazer declarações falsas a investigadores, com o objetivo de impedir materialmente uma investigação da Administração Pública Estadual ou de qualquer órgão de controle sobre alegações de uma prática de corrupção, fraude, coerção ou colusão; e/ou ameaçar, assediar ou intimidar qualquer parte para que esta não revele qualquer fato que seja de seu conhecimento em relação a questões relevantes para a investigação, ou para impedir que recorra à investigação ou a conduza, ou,

(bb) atos que objetivem impedir materialmente o exercício dos direitos de inspeção e auditoria, nos termos da cláusula abaixo:

b) Rejeitará uma proposta de adjudicação se concluir que o licitante indicado se envolveu, de forma direta ou por meio de um agente, em prática corrupta, fraudulenta, colusiva, coercitiva ou obstrutiva ao concorrer ao contrato em questão;

c)Imporá sanções à pessoa física ou jurídica a qualquer tempo, em conformidade com seus procedimentos de sanções aplicáveis, incluindo declará-la inelegível publicamente, indefinidamente ou por prazo determinado.

Parágrafo Segundo: Os Licitantes deverão tomar conhecimento do teor desta Cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA: DA OMISSÃO

Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes, bem como pelas normas que regem o Direito Público, e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA: DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca de Itápolis/SP como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente CONTRATO DE GESTÃO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente, renunciando, expressamente, a outro qualquer pôr mais privilegiado que se configure.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo subscritas.

Itápolis, 18 de abril de 2023.

Antônio Carlos Pinotti Affonso
ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
(assinado digitalmente)

VLADIMIR DO CARMO REGGIANI
Prefeito Municipal
(assinado digitalmente)

Testemunhas:

Pedro Luis Do Amaral
Chefe de Gabinete
(assinado digitalmente)

Luiz Henrique Vido Pascolati
Secretario de Administração
(assinado digitalmente)

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS
CONTRATADO: ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
MODALIDADE: Chamamento Público nº 01/2023

CONTRATO nº 51/2023

OBJETO: Gerenciamento do Centro Especializado de Reabilitação - CER Tipo III (Auditiva, Física, Intelectual/Transtornos do Espectro do Autismo), pela CONTRATADA, em mútua cooperação.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Itápolis, 18 de abril de 2023.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE
Nome: Vladimir do Carmo Reggiani
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 093.211.638-83
(assinado digitalmente)

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE

Pelo contratante:
Nome: Vladimir do Carmo Reggiani
Cargo: Prefeito Municipal
E-mail pessoal: vcreggiani@gmail.com
CPF: 093.211.638-83
(assinado digitalmente)

Pela contratada:
Nome: Antônio Carlos Pinotti Affonso
RG: 4061780
CPF: 018.587.358-82
(assinado digitalmente)

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:
Nome: Rafaela Amanda Revoredo
Cargo: Secretária Municipal de Saúde
(assinado digitalmente)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS

Av. Florêncio Terra, nº. 399 – Centro – CEP 14900-000 – Itápolis/SP
www.itapolis.sp.gov.br – Tel.: (16) 3263.8000

DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS
CNPJ Nº: 49.979.255/0001-37

CONTRATADO: ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/MF nº 45.349.461/0001-02

CONTRATO nº 51/2023

DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO: 18 de abril de 2023.

OBJETO: Gerenciamento do Centro Especializado de Reabilitação - CER Tipo III (Auditiva, Física, Intelectual/Transtornos do Espectro do Autismo), pela CONTRATADA, em mútua cooperação.

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Itápolis, 18 de abril de 2023.

VLADIMIR DO CARMO REGGIANI
PREFEITO MUNICIPAL
(assinado digitalmente)

Convênio n.º 01/2025

Convênio que entre si celebram a **PREFEITURA MUNICIPAL DE BILAC**, e a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, visando o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestada aos usuários do SUS na região, com o aporte de recursos financeiros.

Pelo presente instrumento a Prefeitura Municipal de Bilac, neste ato representado por seu Prefeito, Antonio Ferreira Loureiro, brasileiro, portador da cédula de identidade RG. nº 5.286.680-4 e do CPF/MF. sob nº 704.934.488-53, doravante denominado **PREFEITURA** e do outro lado a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,** CNPJ 45.349.461/0007-06, com endereço a Rua Sete de Setembro, 529, Centro, CEP. 16210-007, na cidade de Bilac-SP, e com estatuto arquivado no Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Garça, sob o nº 676 neste ato representado pelo seu Diretor Presidente Doutor João Pedro Monteiro Pinotti Affonso, brasileiro, casado, Empresário, nascido em 27/02/1988, portador do RG nº 42.818.243.4 SSP-SP, CPF nº 362.328.398-38, residente a Av. Alameda dos Pessegueiros, 121, CEP: 13.561.385, Parque Faber I, São Carlos, São Paulo, doravante denominado **CONVENIADA,** com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, nas Leis Federais nº. 8080/90 e 8142/90, e Lei Municipal Nº 2.352/25**,** demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente convênio tem por objeto a execução, pela conveniada, de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, observada a sistemática de referência do SISTEMA ÚNICO DE SAUDE – SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgência/emergências, quando for o caso.

PARÁGRAFO ÙNICO. Os serviços ora conveniados compreendem a utilização, pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada da CONVENIADA, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com Entidades Privadas será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em, pelo menos 60% (sessenta por cento) dos leitos ou serviços prestados.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DA PREFEITURA

É atribuição do **MUNICÍPIO**, repassar os recursos para a consecução do objeto deste convênio, conforme cláusula primeira, acompanhando, controlando e avaliando sua execução.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA

São atribuições da CONVENIADA:

a) Prestar atendimento aos usuários do SUS/SP com qualidade;

b) Manter as condições técnicas indispensáveis ao bom atendimento dos pacientes;

c) Assumir a responsabilidade, em conjunto com municípios vizinhos, pela efetivação de um sistema de referência e contra referência que assegure, à população envolvida, o acesso a todos os graus de complexidade da assistência neles disponíveis;

d) Alimentar, regularmente, os bancos de dados dos sistemas de informação de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS;

e) É de responsabilidade exclusiva e integral da CONVENIADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculos empregatícios, cujo, o ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município de Bilac – SP.

f) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e arquivo médico;

g) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

h) Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

i) Afixar aviso em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

j) Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio;

k) Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 2 (duas) horas;

l) Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

m) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

n) Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

o) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;

p) Notificar o Município de Bilac – SP, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus ESTATUTOS ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

CLÁUSULA QUARTA – DOS SERVIÇOS

Os serviços do presente convênio compreendem os atendimentos médicos hospitalar, ambulatorial, internação, urgência e emergência 24 horas do Usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

a) Assistência Médica;
b) Serviço de Enfermagem, assistências farmacêuticas, de nutrição e outras quando indicadas;
c) Serviço de Apoio ao diagnóstico e terapia;
d) Exames complementares para fins de diagnóstico;
e) Medicação necessária para o tratamento

CLÁUSULA QUINTA- DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, a serem repassados em parcelas mensais no valor de R$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil reais), totalizando à importância anual de R$ 2.880.000,00 (dois milhões e oitocentos e oitenta mil reais), a serem pagos a partir do mês de março de 2025, na vigência deste instrumento, onerando a seguinte classificação orçamentária:

Programa de Trabalho:

02 – Prefeitura Municipal
02.07 – Diretoria Municipal de Saúde
02.07.02 – Departamento de Saúde
10.302.0006-2.084 – Subvenções Sociais – Saúde
3.3.50.43.00 – Subvenções Sociais
Fonte de Recurso: 01 – Tesouro
Fonte de Recurso: 05 – Transferências e Convênios federais - Vinculados

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O pagamento da primeira parcela mensal deverá ser no ato da assinatura do convênio, e as posteriores sempre no dia 10 (dez) do mês da prestação de serviço, sendo que a última parcela, somente será paga após a apresentação e aprovação da prestação de contas.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A CONVENIADA fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgências ou emergências.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

A CONVENIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos dos SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONVENIADA o direito de regresso. A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SÉTIMA- DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio.

PARÁGRAFO ÚNICO - As metas dispostas no Plano de Trabalho, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas **trimestralmente** por uma comissão composta por representantes determinados pelo Município de Bilac/Diretoria Municipal de Saúde/FMS, cabendo ao conveniado fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação. A partir do terceiro mês a conveniada será submetida a avaliação para o cumprimento de no mínimo 80% das metas quantitativas estabelecidas que acarretará revisão dos valores e/ou das metas estabelecidos no Plano Operativo.

CLÁUSULA OITAVA- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos da SECRETARIA deverá ser apresentada, pela CONVENIADA, **mensalmente, em até 20 (vinte) dias após ou encerramento mês anterior** observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da Diretoria Municipal de Fazenda e pelo Tribunal de Contas do Estado – TCESP.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A prestação de conta anual deverá ser apresentada nos moldes das instruções nº 01/2024 do TCESP, até 31 de março do exercício subsequente, dos recursos repassados durante exercício anterior.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos.

CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES DO CONVÊNIO

O presente Convênio poderá ser alterado pelas razões previstas do da Lei Federal nº 14.133/2021, por acordo entre as partes, mediante a formalização de Termo de Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Convênio será de 12 meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais períodos, mediante comunicado prévio por escrito.

PARÁGRAFO ÚNICO – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do convênio, estipulado no caput, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento da Diretoria Municipal de Saúde/FMS.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DA RESCISÃO

O ajuste, objeto deste instrumento, poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, ou pela superveniência de norma legal.

PARÁGRAFO ÚNICO - Não havendo interesse na continuidade do contrato o mesmo poderá ser rescindido a qualquer tempo, desde que a parte interessada manifeste sua intenção com prazo de antecedência de no mínimo de 60 (sessenta) dias, mediante ato escrito.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento deverá ser publicado, no Diário Oficial do Estado e informado à câmara municipal, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Convênio é o da **COMARCA DE BILAC-SP**, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos convenentes.

E, assim, por estarem, as partes, justas e acordadas, firmam o presente convênio, assinado em 03 (três) vias pelos representantes dos respectivos convenentes, na presença de 02 (duas) testemunhas, para publicação e execução.

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.03.20 07:48:11 -03'00'

Bilac, 18 de março de 2025.

ANTONIO FERREIRA LOUREIRO:70493448853
Assinado de forma digital por ANTONIO FERREIRA LOUREIRO:70493448853
Dados: 2025.03.19 14:19:14 -03'00'

JOÃO PEDRO M. PINOTTI AFFONSO
Presidente

ANTONIO FERREIRA LOUREIRO
Prefeito

Testemunhas:

ALAN VITOR DE OLIVEIRA:28325083832
Assinado de forma digital por ALAN VITOR DE OLIVEIRA:28325083832
Dados: 2025.03.19 14:37:18 -03'00'

Alan Vitor de Oliveira
CPF 283.250.838-32

gov.br
Documento assinado digitalmente
AGATA CARLA PANINI
Data: 19/03/2025 17:11:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Ágata Carla Panini
CPF 400.264.478-27

ANEXO RP-11 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO – CONVÊNIO
(REPASSES AO TERCEIRO SETOR – TERMO DE CONVÊNIO)

ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE: **MUNICÍPIO DE BILAC**

ENTIDADE CONVENIADA: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CONVÊNIO Nº 001/2025

OBJETO: **EXECUÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E AMBULATORIAIS**

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): **R$ 2.880.000,00**

EXERCÍCIO (1): **2025**

ADVOGADO(S) / Nº OAB: (2): Cléber Serafim dos Santos / OAB - SP 136518

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como os processos das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP - CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: Bilac-SP, 18 de março de 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **ANTONIO FERREIRA LOUREIRO**
Cargo: **PREFEITO**
CPF: **704.934.488-53**

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **RICARDO LUIZ PINTO DE OLIVEIRA**
Cargo: **DIRETOR MUNICIPAL DE SAÚDE**
CPF: **049.177.688-88**

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: **JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTI AFFONSO**
Cargo: **DIRETOR PRESIDENTE**
CPF: **362.328.398-38**

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **ANTONIO FERREIRA LOUREIRO**
Cargo: **PREFEITO**
CPF: **704.934.488-53**
Assinatura: ANTONIO FERREIRA LOUREIRO:70493448853 Assinado de forma digital por ANTONIO FERREIRA LOUREIRO:70493448853 Dados: 2025.03.19 14:19:41 -03'00'

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: **RODRIGO DE LIMA MESSIAS**
Cargo: **GESTOR HOSPITALAR**
CPF: **319.934.258-29**
gov.br Documento assinado digitalmente RODRIGO DE LIMA MESSIAS Data: 20/03/2025 08:16:02-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: **Ordenador de Despesa do Órgão Público Parceiro**

Nome: **Ricardo Luiz Pinto de Oliveira**

Cargo: **Diretor Municipal de Saúde**

CPF: **049.177.688-88**

Assinatura: RICARDO LUIZ PINTO DE OLIVEIRA:04917768888 Assinado de forma digital por RICARDO LUIZ PINTO DE OLIVEIRA:04917768888 Dados: 2025.03.19 14:35:13 -03'00'

Tipo de ato sob sua responsabilidade: **Responsável pela Prestação de Contas**

Nome: **Alan Vitor de Oliveira**

Cargo: **Diretor Municipal de Administração**

CPF: **283.250.838-32**

Assinatura: ALAN VITOR DE OLIVEIRA:28325083832 Assinado de forma digital por ALAN VITOR DE OLIVEIRA:28325083832 Dados: 2025.03.19 14:37:58 -03'00'

Tipo de ato sob sua responsabilidade: **Responsável pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP**

Nome: **Melissa Scanferla Amaral Ferreira**

Cargo: **Chefe de Gabinete**

CPF: **220.976.8[illegible]**

Assinatura: gov.br Documento assinado digitalmente MELISSA SCANFERLA AMARAL FERREIRA Data: 19/03/2025 14:28:23-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(*) O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática o ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

Convênio n.º 01/2025
Processo nº:

Convênio que entre si celebram a **PREFEITURA MUNICIPAL DE GABRIEL MONTEIRO**, e a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, visando o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestada aos usuários do SUS na região, com o aporte de recursos financeiros.

Pelo presente instrumento a Prefeitura Municipal de Gabriel Monteiro, neste ato representada por sua Prefeita, Renée Crema Vidoto, brasileira, portadora da cédula de identidade RG. nº 27.644.443-7 e do CPF/MF. sob nº 169.053.448-69, doravante denominada **PREFEITURA** e do outro lado a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,** CNPJ 45.349.461/0007-06, com endereço a Rua Sete de Setembro, 529, Centro, CEP. 16210-000, na cidade de Bilac-SP, e com estatuto arquivado no Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Lins-SP, sob o nº 003888 neste ato representado pelo seu Diretor Presidente Doutor JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO, brasileiro, casado, Empresário, 27/02/1988, portador do RG nº 42.818.243.4 SSP-SP, CPF nº 362.328.398-38, residente a Av. Alameda dos Pessegueiros, 121, CEP: 13.561.385, Parque Faber I, São Carlos, São Paulo, doravante denominado **CONVENIADA,** com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, nas Leis nº. 8080/90 e 8142/90, e Lei Municipal Nº 2.352/25**,** demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente convênio tem por objeto a execução, pela conveniada, de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, observada a sistemática de referência do SISTEMA ÚNICO DE SAUDE – SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgência/emergências, quando for o caso.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Os serviços ora conveniados compreendem a utilização, pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada da CONVENIADA, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com Entidades Privadas será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada em, pelo menos 60% (sessenta por cento) dos leitos ou serviços prestados.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DA PREFEITURA

É atribuição da **PREFEITURA**, repassar os recursos para a consecução do objeto deste convênio, conforme cláusula primeira, acompanhando, controlando e avaliando sua execução.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA

São atribuições da CONVENIADA:

a) Prestar atendimento aos usuários do SUS/SP com qualidade;

b) Manter as condições técnicas indispensáveis ao bom atendimento dos pacientes;

c) Assumir a responsabilidade, em conjunto com municípios vizinhos, pela efetivação de um sistema de referência e contra referência que assegure, à população envolvida, o acesso a todos os graus de complexidade da assistência neles disponíveis;

d) Alimentar, regularmente, os bancos de dados dos sistemas de informação de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS;

e) É de responsabilidade exclusiva e integral da CONVENIADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculos empregatícios, cujo, o ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Prefeitura Municipal de Gabriel Monteiro – SP.

f) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e arquivo médico;

g) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

h) Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

i) Afixar aviso em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

j) Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio;

k) Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 2 (duas) horas;

l) Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

m) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

n) Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

o) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso;

p) Notificar a Prefeitura Municipal de Gabriel Monteiro – SP, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus ESTATUTOS ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

CLÁUSULA QUARTA – DOS SERVIÇOS

Os serviços do presente convênio compreende os atendimentos médicos hospitalar, ambulatorial, internação, urgência e emergência 24 horas do Usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

a) Assistência Médica;

b) Serviço de Enfermagem, assistências farmacêuticas, de nutrição e outras quando indicadas;

c) Serviço de Apoio ao diagnóstico e terapia;

d) Exames complementares para fins de diagnóstico;

e) Medicação necessária para o tratamento

CLÁUSULA QUINTA- DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, a serem repassados em parcelas mensais no valor de R$ 70.000,00 (setenta mil reais), totalizando a importância anual de R$ 840.000,00 (oitocentos e quarenta mil reais), a serem pagos a partir do mês de março de 2025 em 10 parcelas iguais de R$ 84.000,00 (oitenta e quatro mil) na vigência deste instrumento, onerando a seguinte classificação orçamentária:

Programa de Trabalho:
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 02.08.01 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.302.0028.2-056.0000 – MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES MAC/FAECz
NATUREZA DA DESPESA: 3390.39.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURÍDICA

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O pagamento da primeira parcela mensal deverá ser no ato da assinatura do convênio, e as posteriores sempre no dia 10 (dez) do mês da prestação de serviço, sendo que a última parcela, somente será paga após a apresentação e aprovação da prestação de contas.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A CONVENIADA fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 90 (noventa) dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgências ou emergências.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

A CONVENIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos dos SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONVENIADA o direito de regresso. A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SÉTIMA- DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As metas dispostas no Plano de Trabalho (anexo I), parte integrante do presente instrumento serão avaliadas **trimestralmente** por uma comissão composta por representantes determinados pela Prefeitura/Secretaria Municipal, cabendo ao

conveniado fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação. A partir do terceiro mês a conveniada será submetida a avaliação para o cumprimento de no mínimo 80% da metas quantitativas estabelecidas que acarretará revisão dos valores e/ou das metas estabelecidos no Plano Operativo.

CLÁUSULA OITAVA- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos da SECRETARIA deverá ser apresentada, pela CONVENIADA, **trimestralmente**, observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da Secretaria e pelo Tribunal de Contas do Estado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos.

CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES DO CONVÊNIO

O presente Convênio poderá ser alterado pelas razões previstas do da Lei Federal nº 14.133/2021, por acordo entre as partes, mediante a formalização de Termo de Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Convênio será até 31 de dezembro de 2025, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais períodos, mediante comunicado prévio por escrito.

Parágrafo único – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do convênio, estipulado no caput, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DA RESCISÃO

O ajuste, objeto deste instrumento, poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, ou pela superveniência de norma legal.

Parágrafo único - Não havendo interesse na continuidade do contrato o mesmo poderá ser rescindido a qualquer tempo, desde que a parte interessada manifeste sua intenção com prazo de antecedência de no mínimo de 60 (sessenta) dias, mediante ato escrito.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento deverá ser publicado, no Diário Oficial do Município e informado à câmara municipal, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Convênio é o da **BILAC-SP**, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos convenentes.

E, assim, por estarem, as partes, justas e acordadas, firmam o presente convênio, assinado em 03 (três) vias pelos representantes dos respectivos convenentes, na presença de 02 (duas) testemunhas, para publicação e execução.

Gabriel Monteiro/SP, 14 de março de 2.025.

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.03.14 15:01:58 -03'00'

JOÃO PEDRO M. PINOTTI AFFONSO -
Presidente

RENÉE CREMA VIDOTO
Prefeita Municipal

Testemunhas:

Paulo Sérgio Gallo
RG-20.428.951-8

Leandro Freitas Santos
RG-40.353.758-7

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

Processo nº	:	
Órgão Público Convenente	:	Prefeitura Municipal de Gabriel Monteiro
UGE	:	
Entidade Conveniada	:	OSS – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Convênio nº	:	001/2025
Objeto	:	Prestação de Serviços Médico-hospitalares

Na qualidade de Convenente e Conveniada, respectivamente, do ajuste acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar n° 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

São Paulo, _____ de _____de 2025.

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.03.14 15:02:20 -03'00'

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Presidente

RENÉE CREMA VIDOTO
Prefeita Municipal de Gabriel Monteiro

Convênio.º 001/2025

Convênio que entre si celebram a Prefeitura Municipal de PIACATU/SP, através de seu PREFEITO MUNICIPAL e ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, visando o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestada aos usuários do SUS na região, com o aporte de recursos financeiros.

Pelo presente instrumento a Prefeitura Municipal de PIACATU/SP, pessoa jurídica de direito público interno CNPJ 44.431.245.0001-49, sito a Rua Alexandre Fleming, 633, na cidade de mesmo nome, neste ato representado por seu prefeito, RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA, brasileiro, casado, portador do RG. 20.148.909-0 e do CPF. 075.036.358-43, residente e domiciliado na Rua Onofre Macedo, 319, na cidade de Piacatu/SP, desta comarca de Bilac – SP, doravante denominado MUNICÍPIO e do outro lado a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, CNPJ 45.349.461/0007-06, com endereço sede à Rua Sete de Setembro, 529 – Bilac-SP, neste ato representado pelo seu Diretor Presidente Doutor JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO, casado, RG nº 42.818.243-4 SSP/RJ e CPF nº 362.328.398-38, doravante denominado CONVENIADA, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, nas Leis nº. 8080/90 e 8142/90, Lei Municipal nº 2907/2025, e na Lei Federal nº 13.019 de 31 de Julho de 2.014, na Instrução nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e, sujeitando-se, no que couber, às normas contidas na Lei Federal 14.133 de 01/04/2021, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente convênio tem por objeto a execução, pela conveniada, de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a serem prestados a qualquer indivíduo que deles necessite, observada a sistemática de referência do SISTEMA ÚNICO DE SAUDE – SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgência/emergências, quando for o caso.
PARÁGRAFO PRIMEIRO. Os serviços ora conveniados compreendem a utilização, pelos usuários do SUS/SP, da capacidade instalada da CONVENIADA, incluídos os equipamentos médico-hospitalares, de modo que a utilização desses equipamentos para atender clientela particular, incluída a proveniente de convênios com Entidades Privadas será permitida desde que mantida a disponibilidade de sua utilização em favor da clientela universalizada.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DO MUNICÍPIO.

É atribuição do MUNICÍPIO, repassar os recursos para a consecução do objeto deste convênio, conforme cláusula primeira, acompanhando, controlando e avaliando sua execução.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA

a) Prestar atendimento aos usuários do SUS/SP com qualidade;
b) Manter as condições técnicas indispensáveis ao bom atendimento dos pacientes;

c) Assumir a responsabilidade, em conjunto com municípios vizinhos, pela efetivação de um sistema de referência e contra referência que assegure, à população envolvida, o acesso a todos os graus de complexidade da assistência neles disponíveis;

d) Alimentar, regularmente, os bancos de dados dos sistemas de informação de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS;

e) É de responsabilidade exclusiva e integral da CONVENIADA a utilização de pessoal para execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculos empregatícios, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Prefeitura Municipal de PIACATU/ SP.

f) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e arquivo médico;

g) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

h) Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

i) Afixar aviso em local visível, de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

j) Justificar ao paciente ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste convênio;

k) Permitir a visita ao paciente do SUS internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 2 (duas) horas;

l) Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

m) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

n) Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

o) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso.

p) Notificar a Prefeitura Municipal de PIACATU/SP, por sua instância situada na jurisdição do Conveniado, de eventual alteração de seus ESTATUTOS ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

CLÁUSULA QUARTA – DOS SERVIÇOS

Os serviços do presente convênio compreendem os atendimentos médico hospitalar, ambulatorial, internação, urgência e emergência 24 horas dos Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

a) Assistência Médica;
b) Serviço de Enfermagem, assistências farmacêutica, de nutrição e outras quando indicadas;
c) Serviço de Apoio ao diagnóstico e terapia;
d) Exames complementares para fins de diagnóstico;
e) Medicação necessária para o tratamento;
f) Transporte dos usuários após ingresso em suas dependências, mesmo quando necessário o acompanhamento pela equipe de enfermagem, inclusive quando houver a necessidade de remoção do paciente para realizar exames complementares em outras unidades hospitalares e ou clínicas, autorizadas pelo município.

CLÁUSULA QUINTA DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, a serem repassados pelo MUNICIPIO DE PIACATU em parcelas mensais na vigência deste instrumento, totalizando a importância de R$ 840.000,00 (oitocentos e quarenta mil, reais), mais o teto MAC, Teto Municipal de Média e Alta Complexidade Ambulatorial, que já se encontra destinado a conveniada, onerando a seguinte classificação orçamentária: 10.302.0016.2020.0000 Manutenção Assist. de Média e Alta Complexidade – 3.3.90.39.00 outros serviços de terceiros – pessoa jurídica.
PARAGRAFO PRIMEIRO – O pagamento será efetuado, mediante a apresentação do relatório de atividades executadas.
PARÁGRAFO SEGUNDO - A CONVENIADA fica exonerada da responsabilidade pelo não atendimento de paciente, amparado pelo SUS, na hipótese de atraso superior a 60 (sessenta) dias no pagamento devido pelo Poder Público, ressalvado as situações de calamidade pública ou grave ameaça de ordem interna ou as situações de urgências ou emergências.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

A CONVENIADA é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos dos SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONVENIADA o direito de regresso. A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11/09/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SÉTIMA- DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO.

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio.

PARÁGRAFO ÚNICO - As metas dispostas no Plano de Trabalho, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas pela Prefeitura/Secretaria Municipal, cabendo ao conveniado fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação. A partir do terceiro mês a conveniada será submetida à avaliação para o cumprimento de no mínimo 90% das metas quantitativas estabelecidas que acarretará revisão dos valores e/ou das metas estabelecidos no Plano Operativo.

CLÁUSULA OITAVA- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos da SECRETARIA deverá ser apresentada, pela CONVENIADA, trimestralmente, observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da Secretaria e pelo Tribunal de Contas do Estado, sob a condição de não repasse das parcelas subsequentes, até que se regularize a prestação de contas das parcelas até então repassadas.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos do Município de Piacatu.

CLÁUSULA NONA - DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Convênio, terá seu início de vigência na data de sua publicação, encerrando em 31/12/2025, podendo ser prorrogado em comum acordo entre as partes, até que seja formalizado novo processo.

Parágrafo Único – A continuação da prestação de serviços no exercício conveniado e exercícios financeiros subsequentes, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Ministério da Saúde e do Município de Piacatu.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

O ajuste, objeto deste instrumento, poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, ou pela superveniência de norma legal.

Parágrafo único: Não havendo interesse na continuidade do presente Convênio o mesmo poderá ser rescindido a qualquer tempo, desde que a parte interessada manifeste sua intenção com prazo de antecedência de no mínimo de 60 (sessenta) dias, mediante ato escrito, com total independência de cada município.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Convênio é o da BILAC-SP, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos convenentes.

Piacatu, 20 de Março de 2025.

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838

Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.03.21 09:16:13 -03'00'

_____

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO – Diretor Presidente

_____

RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA – Prefeito Município de Piacatu/SP.

RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA:07503635843

Assinado de forma digital por RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA:07503635843
Dados: 2025.03.21 14:30:07 -03'00'

ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR
- TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE PIACATU
CONVENIADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
TERMO DE CONVÊNIO N°001/2025
OBJETO: SERVIÇOS MÉDICOS-HOSPITALARES
VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO R$ 840.000,00
EXERCÍCIO (1): 2025

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:
a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:
a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: PIACATU-SP, 20 de Março de 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 075.036.358-43

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:
Nome: JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Cargo: DIRETOR PRESIDENTE
CPF: 362.328.398-38

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL
CPF: 075.036.358-43
Assinatura:_____

RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA:07503635843
Assinado de forma digital por RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA:07503635843
Dados: 2025.03.21 14:30:47 -03'00'

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:
Nome: JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Cargo: DIRETOR PRESIDENTE
CPF: 362.328.398-38
Assinatura: _____

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.03.21 09:16:34 -03'00'

TERMO DE CONVÊNIO Nº 005/2025

Autorizado no
Processo Administrativo ID 1177/2025

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO O MUNICÍPIO DE AMPARO E DE OUTRO LADO AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – REDE SANTA CASA, VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO PRONTO ATENDIMENTO DO SÃO DIMAS, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE AMPARO**, inscrito no CNPJ sob o nº 43. 465.459/0001-73, com sede a Avenida Bernardino de Campos, nº 705, Centro, na cidade de Amparo, estado de São Paulo, CEP: 13.900-450, doravante denominado simplesmente **CONVENENTE**, representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal **Dr. CARLOS ALBERTO MARTINS,** brasileiro, casado, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº 34.613.518-3 SSP/SP, inscrito no CPF/MF 217.166.038-46, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representada pelo Ilmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde, Sr. **GILBERTO FERREIRA MARTINS JUNIOR**, brasileiro, advogado, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 20.846.183-8 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 090.964.678-33 , na qualidade de gestor do Sistema Único de Saúde Municipal - SUS, e, de outro, a **AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,** de Garça, associação civil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 45.349.461/0019-31, inscrita no CNES sob o nº 2078848, com sede a Rua Anna Cintra, nº 332, Centro, na cidade de Amparo, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONVENIADA**, neste ato representada pelo seu Diretor Presidente Sr. **JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO,** brasileiro, casado, empresário, natural de Penápolis/SP, portador da Cédula de Identidade RG nº 42.818.243-4 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 362.328.398-38, resolvem as partes celebrar o presente Convênio, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e suas alterações, no que couber Leis Federais nº. 8080/90 e nº 8142/90 que regem os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, a Constituição Estadual, artigo 219 e seguintes; a Lei Complementar Estadual n.º 791/95 e o regramento das normas do SUS emanadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Amparo-SP, tendo como órgão gestor deste convênio a SMS – Secretaria Municipal de Saúde, mediante as condições expressas nas cláusulas que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O presente Termo de Convênio tem por objeto, a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, na execução dos serviços Pronto Atendimento 24 horas, em baixa e média complexidade, em caráter de urgência na incluindo exames de eletrocardiograma, exames

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

laboratoriais, Raio-X, mediante repasse de recurso financeiro para custeio de material de consumo, prestação de serviços, conforme detalhado no Plano de Trabalho, parte integrante do presente instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO DAS PEÇAS DOCUMENTAIS: São partes integrantes e indissociáveis deste CONVÊNIO, independentemente de transcrição:
I. **ANEXO I** – Plano de Trabalho – descritivo e planejamento das ações e serviços de saúde a serem executados mensalmente pela CONVENIADA.

PARÁGRAFO ÚNICO: Eventuais ajustes realizados durante a execução do objeto integrarão o Plano de Trabalho, desde que não haja alteração do objeto e sejam submetidos e aprovados previamente pela autoridade competente do **CONVENENTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO CONVENIADO: Constitui obrigação da **CONVENIADA:**

a) Disponibilizar 02 médicos plantonistas diurno e 01 médico plantonista noturno, responsáveis pelo atendimento e acompanhamento, evolução dos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia conforme portaria 2048/2002 em baixa e média complexidade, da população da região referenciada;
b) Disponibilizar equipe de enfermagem em quantitativo condizente ao calculo de dimensionamento do COREN/SP-COFEN e demais profissionais com os respectivos conselhos para atuação exclusiva aos atendimentos à pacientes junto ao SUS conforme legislação vigente nas 24 horas de assistência;
c) Fornecer medicamentos e insumos de enfermagem entre outros materiais necessários ao tratamento, enquanto o paciente estiver sob cuidado médico ambulatorial;
d) Executar serviços de hotelaria, incluindo roupas para os pacientes e serviço de lavandeira;
e) Fornecer materiais médico e hospitalares para qualidade da assistência nas 24 horas de funcionamento;
f) Realizar os exames de (urgência) para os pacientes em assistência SUS do Pronto Atendimento: laboratoriais, eletrocardiograma e radiológicos.
g) Manter atendimentos adulto e infantil Mês no Pronto Atendimento;
h) Manter a classificação de risco nos atendimentos adulto e infantil Mês no Pronto Atendimento;
i) Manter no Pronto Atendimento: procedimento de classificação de risco com tempo de espera em conformidade com o protocolo institucional em referência ao Manchester, procedimento de consulta médica, procedimento de enfermagem, procedimento de exames necessários ao diagnóstico do paciente e assistência medicamentosa;
j) Manter Serviços de Assistência terceirizados: Transporte Intra – Hospitalar e Inter – Hospitalar aos pacientes nos casos do uso de Suporte Avançado de Vida.

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

k) Manter Serviços de Assistência Farmacêutica;
l) Manter Serviço manutenção preventiva e corretiva;
m) Manter o Serviço de Vigilância Patrimonial;
n) Manter o Serviço de Tecnologia da Informação e Serviço de telefonia, 24 horas todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados;

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A equipe de profissionais e a quantidade insumos deverá corresponder a necessidade de acordo com a demanda de pacientes, garantida a boa prestação dos serviços médicos, de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Comissão de Padronização interna.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Para a execução dos serviços de que trata o presente **CONVÊNIO**, fica a **CONVENIADA** autorizada, se necessário, a firmar contrato com empresas visando o atendimento efetivo e eficaz;

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os serviços eventualmente contratados nos termos do parágrafo anterior, deverão estar legalmente habilitados para exercer as atividades, ficando sob a responsabilidade da **CONVENIADA** o translado do paciente sempre que necessário.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRESTADA: Para o cumprimento do objeto deste **CONVÊNIO**, a **CONVENIADA** se obriga a executar de acordo com as diretrizes do SUS e a Portaria 2048 de 5 dezembro de 2002 destacando-se:

a) Serviço de assistência farmacêutica e de enfermagem de acordo com as normas técnicas e profissionais da legislação vigente;

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Na assistência ambulatorial, a **CONVENIADA** se comprometerá:

a) Assumir todos os encargos profissionais necessários;
b) Fornecer medicamentos e outros materiais necessários nos casos de urgência, além de garantir a adequada administração medicamentosa de drogas prescritas pela rede municipal de saúde, que necessitam ser aplicadas em ambiente ambulatorial, durante o tempo de atendimento;
c) Serviços gerais e higiene do ambiente;
d) Fornecer rouparia ambulatorial se necessário;

CLÁUSULA QUINTA – DO PRONTO ATENDIMENTO: O presente **CONVÊNIO** objetiva o atendimento junto ao serviço de Pronto Atendimento 24 horas, dos casos de baixa

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

e média complexidade, da população e região referenciada, bem com aqueles que espontaneamente procurarem por este equipamento e os encaminhados pela Rede de Saúde:

a) Atendimento através de médicos plantonistas "*in loco*" no período diurno e noturno, 24 horas por dia 7 dias por semana, em conformidade com a Resolução CFM, sendo: cada plantão de 12 horas diurna deverá ser constituído minimamente de 02 (dois) profissionais médicos, e 01 (um) profissional médico por 12 horas noturnas
b) Prestação de serviços de suporte ininterrupto de laboratório, de clínica de urgência, eletrocardiograma, de radiologia e farmácia, de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, e possíveis insumos e medicamentos inovadores, desde que aprovados pelo Ministério da Saúde
c) Caberá à equipe de enfermagem zelar pela organização dos prontuários, sendo corresponsável junto com a equipe médica pela qualidade e organização dos mesmos;
d) Retaguarda hospitalar junto a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – Rede Santa Casa situada a Rua Anna Cintra nº 332, centro – Amparo/SP, para realização de procedimentos cirúrgicos, regulação em todos os âmbitos;
e) Deverá utilizar instrumento formal de contratação de profissionais para contratação de plantões, preferencialmente para os que possuírem personalidade jurídica. Deverá ainda, atribuir responsabilidade a estes profissionais em consonância com as normativas de seus respectivos conselhos de classe, visando principalmente, qualidade no atendimento, pontualidade, evidenciando-se que se trata de serviço autônomo;
f) A conveniada deverá realizar diariamente registro e controle da jornada de trabalho conforme legislação vigente;
g) Elaborar mensalmente, a escala de plantões;
h) Fornecer serviço de UTI Móvel próprio da entidade ou terceirizado, para serviços de transferências de pacientes para outras referências, respeitando o grau de complexidade dos casos clínicos em questão;
i) Responsabilizar-se exclusivamente pelos atos e omissões de seus empregados e prepostos no exercício dos serviços objeto deste Convênio;
j) Justificar à Secretaria Municipal de Saúde, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Convênio;
k) Fornecer relatório aos serviços da rede de saúde, circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados: a) Nome do paciente; b) Nome da unidade de atendimento; c) Localização do serviço/hospital; d) Motivo do atendimento e CID; e) Data e horário de admissão e alta e f) Procedimentos realizados. Tal documento, deverá ser emitido em duas vias, devendo a segunda via ser assinada pelo paciente ou seu representante legal, e arquivada junto à Ficha de Atendimento Ambulatorial;
l) Quando solicitado, fornecer relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

dados: a) Nome do paciente; b) Nome da Unidade de atendimento; c) Localização do Serviço/Hospital; d) Motivo do atendimento (CID); e) Data e horário de admissão e data e horário de alta e, f) Procedimentos realizados. Tal documento deverá ser emitido em duas vias, devendo a segunda via, assinada pelo paciente ou seu representante legal, ser arquivada junto com a Ficha de Atendimento Ambulatorial;

m) Manter registros, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao presente Convênio;

n) Fornecer todas as informações solicitadas pelo **CONVENENTE** necessárias à execução do Convênio, ao seu acompanhamento e à sua fiscalização;

o) Responsabilizar-se pela correta aplicação dos recursos que não poderão ser destinados a nenhum outro fim que não estejam estabelecidos na Cláusula segunda deste termo e no Plano de Trabalho, sob pena da rescisão deste instrumento e responsabilidade de seus dirigentes;

p) Responsabilizar-se pelos encargos de natureza fiscal, trabalhista e previdenciária, danos causados a terceiros e pagamentos de seguros em geral, eximindo o **CONVENENTE** de quaisquer ônus ou reivindicações, perante terceiros, em juízo ou fora dele;

q) Submeter-se à supervisão e orientação técnica promovida pelo **CONVENENTE**, fornecendo as informações necessárias à sua execução, inclusive permitir a vistoria *"in loco"* por parte do Conselho ou Diretoria responsável;

r) Manter conta corrente específica e exclusiva junto a Rede Bancária oficial, para movimentação dos recursos a serem recebidos. Toda movimentação deverá ser comprovada mediante documentos fiscais e seus respectivos comprovantes de pagamento, que deverão ser, obrigatoriamente, através de depósitos em conta ou transferência bancária emitida em nome do credor;

s) É vedado depositar qualquer valor na conta corrente específica, salvo para reembolso de despesas não aceitas na prestação de contas;

t) Propiciar aos credenciados pelo **CONVENENTE** meios e condições necessárias ao acompanhamento, supervisão e à fiscalização da execução dos serviços prestados pela entidade, a qualquer tempo ou lugar, mantendo atualizada a instrução contábil específica dos atos e fatos relativos à sua execução, bem como o cadastro dos usuários dos serviços;

u) Prestar gratuitamente os atendimentos relativos ao objeto deste Termo;

v) Manter em arquivo pelo prazo de vinte anos (ressalvados os casos previstos por lei), o cadastro dos usuários da Entidade, os prontuários, as guias de encaminhamento, as fichas e relatórios individualizados dos usuários, bem como os registros relativos ao exercício de concessão, com a identificação do número deste Termo, com vista a permitir o acompanhamento, a supervisão e o controle de serviços;

PARÁGRAFO ÚNICO: É vedado:

I - realização de despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

II - utilização dos recursos em finalidade diversa da estabelecida neste Termo, ainda que em caráter de emergência;
III - realização de despesas em data anterior ou posterior a vigência, salvo em situações devidamente justificadas e autorizadas pelo **CONVENENTE**;
IV - realização de despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive, referente a pagamentos ou recolhimentos fora de prazos, salvos as que ocorrer por conta de atrasos no repasse dos recursos por parte do **CONVENENTE**;
V - realização de despesas de publicidade;
VI - realização de despesas com aquisição de material permanente (equipamentos em geral, móveis, etc.), sendo de sua responsabilidade a manutenção e zelo dos equipamentos e mobiliário.

CLÁUSULA SEXTA – DE OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA: A **CONVENIADA** ainda se obriga a:

a) Manter sempre organizado o arquivo de prontuário dos pacientes de acordo com a legislação vigente;
b) Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem os pacientes para fins de experimentação;
c) Atender os pacientes com humanização, dignidade e respeito de modo universal e equânime, objetivando sempre a qualidade do serviço;
d) Afixar aviso em local visível de sua condição de Pronto Atendimento integrante do SUS;
e) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito as razões técnicas alegadas, quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste termo;
f) Garantir a visitação aos pacientes em conformidade com a legislação vigente;
g) Respeitar o paciente na decisão de recusar prestação de serviço de saúde, salvo risco iminente de vida ou obrigação legal;
h) Garantir sigilo e confidencialidade dos dados do paciente;
i) Assegurar aos pacientes a liberdade de terem assistência religiosa e espiritual ou nenhuma, respeitando a crença individual;
j) Garantir o cumprimento das normas e protocolos Ministério de Saúde e demais legislações vigentes relacionados à Segurança do Paciente;
k) Ter COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) com regimento interno, constituída de acordo com a legislação vigente;
l) Ter COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA;
m) Ter COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM;
n) Ter COMISSÃO DE PRONTUÁRIO;
o) Ter COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA;
p) Ter COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO;
q) Ter COMISSÃO/NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP);

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

r) Ter COMISSÃO/NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA (NE);
s) Ter COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE;
t) Ter COMISSÃO DE ÓBITO;
u) Realizar as notificações de doenças de notificação compulsória;
v) Oficializar à Secretaria de Saúde as alterações no Estatuto e Regimento Interno, composição da diretoria clínica ou administrativa bem como encaminhar documentação comprobatória;
w) Fornecer ao paciente a contra-referência, resumo de alta, para que o mesmo apresente à rede de saúde conforme modelo padrão estabelecido entre a **CONVENENTE** e a **CONVENIADA**;
x) Manter dentro da validade e exposto em local visível, os alvarás e licenças de funcionamento, bem com outros documentos exigidos pela legislação e/ou protocolos do Ministério da Saúde;
y) Seguir os protocolos: municipal, estadual e federal, e também as resoluções do CFM em relação a utilização dos Serviço de Verificação de Óbito;
z) Cumprir as prerrogativas constantes na Portaria 2048 de 05.11.2002 e demais legislações do SUS.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA: O **CONVENENTE** não terá responsabilidade solidária ou subsidiária em qualquer valor de indenização em que a **CONVENIADA** e seus profissionais venham a ser condenados. A **CONVENIADA** é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, aos órgãos do **SUS** e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticada pelos seus empregados, profissionais ou prepostos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A fiscalização ou acompanhamento da execução deste termo pelos órgãos competentes do **SUS** não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONVENIADA** nos termos da legislação referente a licitações, contratos administrativos e demais legislação vigente.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Todas as responsabilidades advindas dos contratos que alude a cláusula sétima se submetem ao disposto neste artigo;

CLÁUSULA OITAVA – DO VALOR E DOS RECURSOS FINANCEIROS: Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Convênio, estão estabelecidos no Plano de Trabalho que integra o presente Convênio.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O presente convênio tem o valor global de **R$ 6.346.000,00** (Seis milhões, trezentos e quarenta e seis mil reais). O valor mensal será repassado em duas

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

parcelas iguais sendo: 50% até dia 10 de cada mês e 50% até dia 20 de cada mês. Os recursos serão depositados em conta específica para o presente convênio a saber: **Banco do Brasil** Agência: **3062-7** Conta Corrente **37467-9**

PARÁGRAFO SEGUNDO: O repasse será realizado da seguinte forma: Fonte 01 – **R$ 5.026.000,00** (Cinco milhões, vinte e seis mil reais); Fonte 05 no valor de **R$ 1.320.000,00** (Um milhão, trezentos e vinte mil reais). Devendo ser utilizado como descrito no objeto do Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO TERCEIRO: A CONVENENTE, efetuará o pagamento mensal dos serviços e procedimentos de acordo com os limites previstos no parágrafo primeiro, não restando, em qualquer hipótese crédito em favor da **CONVENIADA**, pelo excesso na prestação dos serviços.

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas com a execução do presente convênio correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Fonte	Especificação da Receita	C.A.	Ficha	Valor
01	Municipal	310.0000	639	R$ 5.026.000,00
05	Federal	302.0001	639	R$ 1.320.000,00
Total				**R$ 6.346.000,00**

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS BENS PÚBLICOS: Durante a vigência do presente convênio, poderão ser cedidos à **CONVENIADA** bens públicos visando ao cumprimento de seus objetivos, mediante instrumentos legais específicos.

PARÁGRAFO ÚNICO: Uma vez adquiridos novos bens com recursos do Município, a **CONVENIADA** providenciará, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, o inventário das referidas aquisições, instruído com a cópia das respectivas Notas Fiscais e transferência de domínio dos referidos bens ao **CONVENENTE**, a fim de integrar o patrimônio do MUNICÍPIO DE AMPARO/SP.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: A **CONVENIADA** deverá prestar contas da sua boa e regular aplicação dos recursos financeiros transferidos pelo **CONVENENTE** e dos rendimentos obtidos em aplicação no mercado financeiro, que conterá elementos que permitam verificar, sob os aspectos técnico e financeiro, a execução integral do objeto deste Convênio e o alcance dos resultados previstos, na forma estabelecida no Plano de Trabalho.

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A prestação de contas mensal deverá ser apresentada até o 15º (décimo quinto) dia subsequente à execução das despesas, seguindo o check list obrigatório constante do anexo I do Manual de Procedimentos para Convênios no Município de Amparo, instituído pelo Decreto Municipal n° 6.321 de 30 de julho de 2.021, conforme anexo II, integrante do presente instrumento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A prestação de contas de encerramento de exercício, deverá ser apresentada até o dia 31 de janeiro do ano subsequente ao da liberação dos recursos, ou seja, até o dia 31 de janeiro de 2.025, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I. Ofício de encaminhamento assinado pelo responsável legal da **CONVENIADA;**

II. Certidão contendo os nomes e CPF's dos dirigentes e conselheiros da **CONVENIADA**, forma de remuneração, períodos de atuação, com destaque para o dirigente responsável pela administração dos recursos recebidos à conta do Convênio;

III. Relatório anual de execução de atividades, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto do Convênio, bem como comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, assinado pelo representante legal da **CONVENIADA**;

IV. Demonstrativo integral das Receitas e Despesas computadas por fontes de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no Anexo RP-12 das instruções consolidadas nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

V. Conciliação bancária da conta-corrente específica aberta em instituição financeira pública indicada pelo **CONVENENTE** para movimentação dos recursos do Convênio, acompanhada dos respectivos extratos de conta-corrente e de aplicações financeiras;

VI. Publicação do balanço patrimonial da **CONVENIADA**, dos exercícios: encerrado e anterior;

VII. Demais demonstrações contábeis e financeiras da **CONVENIADA**, acompanhadas do balancete analítico acumulado do exercício;

VIII. Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade - CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;

IX. Comprovante da devolução de eventuais recursos não aplicados;

X. Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da **CONVENIADA** de agentes políticos de Poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;

XI. Declaração atualizada acerca da contratação ou não de empresa(s) pertencente(s) a dirigente(s) da **CONVENIADA**, agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública convenente, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

XII. Regulamento para contratação de obras e serviços, bem como, para compras com emprego de recursos financeiros repassados à **CONVENIADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO: O prazo para apresentação da prestação de contas final será de até 30 (trinta) dias após o encerramento da vigência ou a conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro, contendo informações sobre a execução do presente Convênio, com a apresentação dos documentos previstos no parágrafo segundo, da cláusula décima primeira.

PARÁGRAFO QUARTO: Quando a prestação de contas não for encaminhada no prazo estabelecido, o **CONVENENTE** estabelecerá o prazo de até 30 (trinta) dias para sua apresentação.

PARÁGRAFO QUINTO: Se, ao término do prazo estabelecido no parágrafo anterior, a **CONVENIADA** não apresentar a prestação de contas, nem devolver os recursos, o **CONVENENTE** registrará a inadimplência para fins de instauração de Tomada de Contas Especial e adoção de outras medidas de reparação do dano ao erário, sob pena de responsabilização solidária.

PARÁGRAFO SEXTO: Caso não tenha havido qualquer execução física nem utilização dos recursos do presente Convênio, o recolhimento à conta única do Tesouro deverá ocorrer sem a incidência dos juros de mora, sem prejuízo da restituição das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas.

PARÁGRAFO SÉTIMO: Antes da tomada de decisão final, caso constatada irregularidade na prestação de contas ou na comprovação dos resultados, o **CONVENENTE** notificará o **CONVENIADA** para sanar a irregularidade no prazo de até 60 (sessenta) dias, a qual será feita por meio de correspondência com aviso de recebimento - AR, com cópia para a Secretaria da Fazenda e para o Poder Legislativo.

PARÁGRAFO OITAVO: A análise de prestação de contas pelo **CONVENENTE** poderá resultar em:

I. Aprovação;
II. Aprovação com ressalvas, quando evidenciada impropriedade ou outra falta de natureza formal de que não resulte dano ao Erário; ou
III. Rejeição com a determinação da imediata instauração de tomada de contas especial.

PARÁGRAFO NONO – Considerando a necessidade do acompanhamento mensal pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, serão documentos obrigatórios para fiscalização da prestação de contas:

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

a) Demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fonte de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no anexo RP-17 (resolução TCESP) Instrução 01/2024, ou modelo proposto pela **CONVENENTE** Conciliação bancária do mês de referência da conta aberta especificamente pela **CONVENIADA** para movimentação dos recursos do convênio, acompanhada dos respectivos extratos de conta-corrente e de aplicações financeiras;
b) Comprovação de pagamento de honorários aos seus profissionais, prestadores de serviço, devendo em caso de pagamento de vários prestadores em uma só nota, anexar planilha nominal com carga horária individual e grade de escala médica, constar no corpo da nota a identificação do pagamento referindo-se ao convênio em exercício, anexar extratos dos pagamentos correspondente as empresas emitentes das notas;
c) As notas de venda deverão em caso de parcelamento constar discriminadamente as parcelas em seu corpo;
d) Toda nota deverá estar exclusivamente em nome da **CONVENIADA** ou em nome de terceiro por ela contratado;
e) Responsabilizar-se exclusivamente por todos os encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais;
f) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social – INSS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei – certidão negativa de débito – CND em vigência, emitida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou extraída via internet;
g) Manter cadastro junto a CNES atualizado mensalmente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS AO CONTROLE EXTERNO: Fica a **CONVENIADA** obrigada a apresentar a documentação abaixo, sempre que solicitado formalmente pelo **CONVENENTE**, dentro do prazo de 10 (dez) dias ou inferior, em conformidade com prazos estabelecidos pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo -TCE-SP:

I. Comprovação dos poderes de representação do coordenador da entidade;
II. Sempre que houver qualquer alteração nos documentos citados nos itens acima, fica a **CONVENIADA** obrigada a comunicar oficialmente e de forma imediata ao **CONVENENTE**, sem a necessidade de solicitação por parte deste;
III. Certidões de regularidade municipais, estaduais e federais, trabalhistas, negativas de falência, FGTS, INSS e outras que vierem a ser obrigatórias pela legislação vigente;
IV. Outros documentos necessários para a auditoria por parte do TCE/SP;
V. Quaisquer outras informações necessárias para o controle externo, desde que pertinentes ao presente convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESTITUIÇÃO DE RECURSOS: Quando da conclusão do objeto pactuado, da denúncia, da rescisão ou da extinção deste Convênio, a

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

CONVENIADA, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade **CONVENENTE**, obriga-se a recolher à Unidade Gestora:

I. O eventual saldo remanescente dos recursos financeiros, inclusive o proveniente das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas e não utilizadas no objeto pactuado, ainda que não tenha havido aplicação, informando o número e a data do Convênio; e

II. O valor total transferido pelo **CONVENENTE,** atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Nacional, a partir da data de recebimento, nos seguintes casos:

a) Quando não for executado o objeto do Convênio;
b) Quando não for apresentada a prestação de contas no prazo fixado neste instrumento;
c) Quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida neste Convênio.

III. O valor correspondente às despesas comprovadas com documentos inidôneos ou impugnados, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A devolução prevista nesta cláusula será realizada com observância da proporcionalidade dos recursos transferidos pelo **CONVENENTE**, independente da época em que foram apontados pelos participes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A inobservância ao disposto nesta cláusula enseja a instauração de Tomada de Contas Especial, sem prejuízo do registro da **CONVENIADA** no Cadastro Informativo dos Créditos não quitados de órgãos e entidades federais (CADIN), nos termos da Lei nº 10.522/2002, cabendo o **CONVENENTE** solicitar à instituição financeira albergante da conta-corrente específica da transferência a devolução imediata dos saldos remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– DA FISCALIZAÇÃO: A Secretaria Municipal da Saúde - SMS será responsável pela fiscalização da execução deste convênio, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições contratuais, físicas, técnicas, financeiras e administrativas estabelecidas neste Convênio e anexos, conforme Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A execução do convênio deverá ser acompanhada e fiscalizada pelos gestores abaixo indicados:

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

I- Gestora indicada pelo Convenente: Marcia Aparecida Alves, Coordenadora do Departamento de Média e Alta Complexidade portadora da Cédula de Identidade RG nº 34.874.093-1, inscrito no CPF sob nº 226.389.568-05

II- Gestora indicada pelo Convenente: Tamara Raquel do Amaral, Coordenadora de Saúde Mental portadora da Cédula de Identidade RG nº 32.268.115-7, inscrito no CPF sob nº 219.853.588-24.

III- Gestora indicada pela Conveniada: Caroline Brandão Pires de Almeida, Diretora Executiva, RG nº 47.085.578-2, inscrito no CPF 370.535.638-04.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Os gestores do convênio deverão anotar em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas à execução do objeto, adotando as medidas necessárias à regularização das eventuais falhas ou defeitos observados. Caberá aos gestores do Convênio, avaliar o cumprimento das metas qualitativas, quantitativas, conforme Plano de Trabalho e relatórios da comissão.

PARÁGRAFO TERCEIRO - No acompanhamento da execução do objeto serão verificados:
I. A comprovação da boa e regular aplicação dos recursos, na forma da legislação aplicável;
II. A compatibilidade entre a execução do objeto, o que foi estabelecido no Plano de Trabalho, e os desembolsos e pagamentos, conforme os cronogramas apresentados;
III. A regularidade das informações registradas no **SICONVINHO**; e
IV. O cumprimento das metas do Plano de Trabalho nas condições estabelecidas.
IIV. Obrigatoriedade da realização de conciliação bancária.

PARÁGRAFO QUARTO - A fiscalização exercida pelo CONVENENTE sobre os serviços objetos deste convênio não eximirá a CONVENIADA de sua plena responsabilidade para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução deste CONVÊNIO.

PARÁGRAFO QUINTO – A **CONVENIADA** facilitará à **CONVENENTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **CONVENENTE**, designados para tal fim, respeitando o código de ética inerente a cada profissão.

PARÁGRAFO SEXTO – Em qualquer hipótese, fica assegurado à **CONVENIADA** amplo direito de defesa, nos termos gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito a interposição de recursos**.**

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

PARÁGRAFO SÉTIMO – O não cumprimento de quaisquer cláusulas implicará notificações de ocorrências, em advertências e ou multa de até 2% sobre o valor da parcela, ficando assegurado a **CONVENIADA** o contraditório e a ampla defesa;

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA AVALIAÇÃO E CONTROLE – SMS: Compete a Secretaria Municipal de Saúde e Controle do **CONVÊNIO**:

a) A **CONVENIADA**, assim como o **CONVENENTE**, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, fica obrigada a, mensal e rotineiramente fornecer todas as informações e documentos necessários para que esta possa executar, de modo correto as suas atribuições.
b) Realizar o acompanhamento da execução do objeto do **CONVÊNIO**, o cumprimento das metas pactuada no Plano de Trabalho e avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários;
c) Analisar os relatórios e demais documentos encaminhados pela **CONVENIADA** emitindo parecer conclusivo;
d) Emitir relatório mensal, conclusivo, que deverá ser repassado à **CONVENIADA**, em função do nível de desempenho apurado no **CONVÊNIO**, no período avaliado. Esse relatório deverá ser emitido a partir do segundo mês de vigência do presente termo, considerando o desempenho apurado no primeiro mês e assim sucessivamente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS: Dos atos administrativos ou da denúncia praticados pela Secretaria Municipal de Saúde Comunitária, cabe recurso nos prazos e na forma estabelecidos na Lei 14.133/2021.

PARÁGRAFO ÚNICO – Fica Assegurado a **CONVENENTE** e a **CONVENIADA** o direito de denúncia ao presente **CONVÊNIO**, desde que o faço com prazo mínimo de antecedência de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO: O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de 01/01/2025 à 31/12/2025, com inclusão de CLÁUSULA RESOLUTIVA podendo ser prorrogado nos termos da Lei de Licitações, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES: Qualquer alteração do presente termo será objeto de termo aditivo, na forma da Lei de Licitações.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA PUBLICAÇÃO: O presente termo será publicado, por extrato, no diário oficial do **MUNICÍPIO**, no prazo de 20 dias a contar da data da sua assinatura.

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO: As partes elegem o foro de AMPARO para dirimir as questões oriundas do presente termo.

E, por estarem de acordo, é digitado este instrumento somente no anverso de 15 (quinze) folhas, e em 02 (duas) vias originais de igual teor, que após lido e achado conforme, vai rubricado nas 14 (catorze) primeiras folhas e assinado na última folha pelas partes inicialmente nomeadas, na presença das testemunhas abaixo arroladas, extraindo-se suficientes cópias que se fizerem necessárias.

Amparo, 30 de dezembro de 2024.

CARLOS ALBERTO MARTINS:21716603846
Assinado de forma digital por CARLOS ALBERTO MARTINS:21716603846

CARLOS ALBERTO MARTINS
Prefeito Municipal de Amparo em Exercício

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.01.03 08:42:29 -03'00'

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Diretor Presidente da AHBB
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

TESTEMUNHAS:

1-GILBERTO FERREIRA MARTINS JUNIOR
Secretário Municipal de Saúde

2- ROSANA AP. B. ASSIS DE BARROS BUENO
Departamento Administrativo e Financeiro

Assinado digitalmente por ROSANA APARECIDA BARBOSA ASSIS DE BARROS BUENO, Data: 03-01-2025 11:10:23

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br
Av. Bernardino de Campos, 705 - Centro - Paço Municipal "Prefeito Carlos Piffer"
Amparo - SP - CEP - 13900-400

Assinado digitalmente por GILBERTO FERREIRA MARTINS JUNIOR, Data: 03/01/25 15:35

TERMO DE CONVÊNIO Nº 021/2024

Autorizado no
Processo Administrativo nº 03992/2024

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO O MUNICÍPIO DE AMPARO E DE OUTRO LADO AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – REDE SANTA CASA, VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO PRONTO ATENDIMENTO DO SÃO DIMAS, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE AMPARO**, inscrito no CNPJ sob o nº 43. 465.459/0001-73, com sede a Avenida Bernardino de Campos, nº 705, Centro, na cidade de Amparo, estado de São Paulo, CEP: 13.900-450, doravante denominado simplesmente **CONVENENTE**, representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal **Dr. CARLOS ALBERTO MARTINS,** brasileiro, casado, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº 34.613.518-3 SSP/SP, inscrito no CPF/MF 217.166.038-46, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representada pelo Ilmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde, Sr. **GILBERTO FERREIRA MARTINS JUNIOR**, brasileiro, advogado, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº 20.846.183-8 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 090.964.678-33 , na qualidade de gestor do Sistema Único de Saúde Municipal - SUS, e, de outro, a **AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,** de Garça, associação civil, de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 45.349.461/0019-31 , inscrita no CNES sob o nº 2078848, com com sede a Rua Anna Cintra, nº 332, Centro, na cidade de Amparo, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONVENIADA**, neste ato representada pelo seu Diretor Presidente Sr. **JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO**, brasileiro, casado, empresário, natural de Penápolis/SP, portador da Cédula de Identidade RG nº 42.818.243-4 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 362.328.398-38, resolvem as partes celebrar o presente Convênio, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e suas alterações, no que couber Leis Federais nº. 8080/90 e nº 8142/90 que regem os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, a Constituição Estadual, artigo 219 e seguintes; a Lei Complementar Estadual n.º 791/95 e o regramento das normas do SUS emanadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Amparo-SP, além de condições inseridas nos autos Processo Administrativo nº 03992/2024, tendo como órgão gestor

deste convênio a SMS – Secretaria Municipal de Saúde, mediante as condições expressas nas cláusulas que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O presente Termo de Convênio tem por objeto, a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, na execução dos serviços Pronto Atendimento 24 horas, em baixa e média complexidade, em caráter de urgência na incluindo exames de eletrocardiograma, exames laboratoriais, Raio-X, mediante repasse de recurso financeiro para custeio de material de consumo, prestação de serviços, conforme detalhado no Plano de Trabalho, parte integrante do presente instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO DAS PEÇAS DOCUMENTAIS: São partes integrantes e indissociáveis deste CONVÊNIO, independentemente de transcrição:

I. **ANEXO I** – Plano de Trabalho – descritivo e planejamento das ações e serviços de saúde a serem executados mensalmente pela CONVENIADA.

PARÁGRAFO ÚNICO: Eventuais ajustes realizados durante a execução do objeto integrarão o Plano de Trabalho, desde que não haja alteração do objeto e sejam submetidos e aprovados previamente pela autoridade competente do **CONVENENTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO CONVENIADO: Constitui obrigação da **CONVENIADA:**

a) Disponibilizar 02 médicos plantonistas diurno e 01 médico plantonista noturno, responsáveis pelo atendimento e acompanhamento, evolução dos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia conforme portaria 2048/2002 em baixa e média complexidade, da população da região referenciada;
b) Disponibilizar equipe de enfermagem em quantitativo condizente ao calculo de dimensionamento do COREN/SP-COFEN e demais profissionais com os respectivos conselhos para atuação exclusiva aos atendimentos à pacientes junto ao SUS conforme legislação vigente nas 24 horas de assistência;
c) Fornecer medicamentos e insumos de enfermagem entre outros materiais necessários ao tratamento, enquanto o paciente estiver sob cuidado médico ambulatorial;
d) Executar serviços de hotelaria, incluindo roupas para os pacientes e serviço de lavandeira;
e) Fornecer materiais médico e hospitalares para qualidade da assistência nas 24

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br

horas de funcionamento;

f) Realizar os exames de (urgência) para os pacientes em assistência SUS do Pronto Atendimento: laboratoriais, eletrocardiograma e radiológicos.
g) Manter atendimentos adulto e infantil Mês no Pronto Atendimento;
h) Manter a classificação de risco nos atendimentos adulto e infantil Mês no Pronto Atendimento;
i) Manter no Pronto Atendimento: procedimento de classificação de risco com tempo de espera em conformidade com o protocolo institucional em referência ao Manchester, procedimento de consulta médica, procedimento de enfermagem, procedimento de exames necessários ao diagnóstico do paciente e assistência medicamentosa;
j) Manter Serviços de Assistência terceirizados: Transporte Intra – Hospitalar e Inter – Hospitalar aos pacientes nos casos do uso de Suporte Avançado de Vida.
k) Manter Serviços de Assistência Farmacêutica;
l) Manter Serviço manutenção preventiva e corretiva;
m) Manter o Serviço de Vigilância Patrimonial;
n) Manter o Serviço de Tecnologia da Informação e Serviço de telefonia, 24 horas todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados;

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A equipe de profissionais e a quantidade insumos deverá corresponder a necessidade de acordo com a demanda de pacientes, garantida a boa prestação dos serviços médicos, de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Comissão de Padronização interna.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Para a execução dos serviços de que trata o presente **CONVÊNIO**, fica a **CONVENIADA** autorizada, se necessário, a firmar contrato com empresas visando o atendimento efetivo e eficaz;

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os serviços eventualmente contratados nos termos do parágrafo anterior, deverão estar legalmente habilitados para exercer as atividades, ficando sob a responsabilidade da **CONVENIADA** o translado do paciente sempre que necessário.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRESTADA: Para o cumprimento do objeto deste **CONVÊNIO**, a **CONVENIADA** se obriga a executar de acordo com as diretrizes do SUS e a Portaria 2048 de 5 dezembro de 2002 destacando-se:

a) Serviço de assistência farmacêutica e de enfermagem de acordo com as normas técnicas e profissionais da legislação vigente;

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Na assistência ambulatorial, a **CONVENIADA** se comprometerá:

a) Assumir todos os encargos profissionais necessários;
b) Fornecer medicamentos e outros materiais necessários nos casos de urgência, além de garantir a adequada administração medicamentosa de drogas prescritas pela rede municipal de saúde, que necessitam ser aplicadas em ambiente ambulatorial, durante o tempo de atendimento;
c) Serviços gerais e higiene do ambiente;
d) Fornecer rouparia ambulatorial se necessário;

CLÁUSULA QUINTA – DO PRONTO ATENDIMENTO: O presente **CONVÊNIO** objetiva o atendimento junto ao serviço de Pronto Atendimento 24 horas, dos casos de baixa e média complexidade, da população e região referenciada, bem com aqueles que espontaneamente procurarem por este equipamento e os encaminhados pela Rede de Saúde:

a) Atendimento através de médicos plantonistas "in loco" no período diurno e noturno, 24 horas por dia 7 dias por semana, em conformidade com a Resolução CFM, sendo: cada plantão de 12 horas diurna deverá ser constituído minimamente de 02 (dois) profissionais médicos, e 01 (um) profissional médico por 12 horas noturnas
b) Prestação de serviços de suporte ininterrupto de laboratório, de clínica de urgência, eletrocardiograma, de radiologia e farmácia, de acordo com a Portaria MS/GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, e possíveis insumos e medicamentos inovadores, desde que aprovados pelo Ministério da Saúde
c) Caberá à equipe de enfermagem zelar pela organização dos prontuários, sendo corresponsável junto com a equipe médica pela qualidade e organização dos mesmos;
d) Retaguarda hospitalar junto a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – Rede Santa Casa situada a Rua Anna Cintra nº 332, centro – Amparo/SP, para realização de procedimentos cirúrgicos, regulação em todos os âmbitos;
e) Deverá utilizar instrumento formal de contratação de profissionais para contratação de plantões, preferencialmente para os que possuírem personalidade jurídica. Deverá ainda, atribuir responsabilidade a estes profissionais em consonância com as normativas de seus respectivos conselhos de classe, visando

principalmente, qualidade no atendimento, pontualidade, evidenciando-se que se trata de serviço autônomo;

f) A conveniada deverá realizar diariamente registro e controle da jornada de trabalho conforme legislação vigente;

g) Elaborar mensalmente, a escala de plantões;

h) Fornecer serviço de UTI Móvel próprio da entidade ou terceirizado, para serviços de transferências de pacientes para outras referências, respeitando o grau de complexidade dos casos clínicos em questão;

i) Responsabilizar-se exclusivamente pelos atos e omissões de seus empregados e prepostos no exercício dos serviços objeto deste Convênio;

j) Justificar à Secretaria Municipal de Saúde, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Convênio;

k) Fornecer relatório aos serviços da rede de saúde, circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados: a) Nome do paciente; b) Nome da unidade de atendimento; c) Localização do serviço/hospital; d) Motivo do atendimento e CID; e) Data e horário de admissão e alta e f) Procedimentos realizados. Tal documento, deverá ser emitido em duas vias, devendo a segunda via ser assinada pelo paciente ou seu representante legal, e arquivada junto à Ficha de Atendimento Ambulatorial;

l) Quando solicitado, fornecer relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ALTA", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados: a) Nome do paciente; b) Nome da Unidade de atendimento; c) Localização do Serviço/Hospital; d) Motivo do atendimento (CID); e) Data e horário de admissão e data e horário de alta e, f) Procedimentos realizados. Tal documento deverá ser emitido em duas vias, devendo a segunda via, assinada pelo paciente ou seu representante legal, ser arquivada junto com a Ficha de Atendimento Ambulatorial;

m) Manter registros, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao presente Convênio;

n) Fornecer todas as informações solicitadas pelo **CONVENENTE** necessárias à execução do Convênio, ao seu acompanhamento e à sua fiscalização;

o) Responsabilizar-se pela correta aplicação dos recursos que não poderão ser destinados a nenhum outro fim que não estejam estabelecidos na Cláusula segunda deste termo e no Plano de Trabalho, sob pena da rescisão deste instrumento e responsabilidade de seus dirigentes;

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br

p) Responsabilizar-se pelos encargos de natureza fiscal, trabalhista e previdenciária, danos causados a terceiros e pagamentos de seguros em geral, eximindo o **CONVENENTE** de quaisquer ônus ou reivindicações, perante terceiros, em juízo ou fora dele;

q) Submeter-se à supervisão e orientação técnica promovida pelo **CONVENENTE**, fornecendo as informações necessárias à sua execução, inclusive permitir a vistoria *"in loco"* por parte do Conselho ou Diretoria responsável;

r) Manter conta corrente específica e exclusiva junto a Rede Bancária oficial, para movimentação dos recursos a serem recebidos. Toda movimentação deverá ser comprovada mediante documentos fiscais e seus respectivos comprovantes de pagamento, que deverão ser, obrigatoriamente, através de depósitos em conta ou transferência bancária emitida em nome do credor;

s) É vedado depositar qualquer valor na conta corrente específica, salvo para reembolso de despesas não aceitas na prestação de contas;

t) Propiciar aos credenciados pelo **CONVENENTE** meios e condições necessárias ao acompanhamento, supervisão e à fiscalização da execução dos serviços prestados pela entidade, a qualquer tempo ou lugar, mantendo atualizada a instrução contábil específica dos atos e fatos relativos à sua execução, bem como o cadastro dos usuários dos serviços;

u) Prestar gratuitamente os atendimentos relativos ao objeto deste Termo;

v) Manter em arquivo pelo prazo de vinte anos (ressalvados os casos previstos por lei), o cadastro dos usuários da Entidade, os prontuários, as guias de encaminhamento, as fichas e relatórios individualizados dos usuários, bem como os registros relativos ao exercício de concessão, com a identificação do número deste Termo, com vista a permitir o acompanhamento, a supervisão e o controle de serviços;

PARÁGRAFO ÚNICO: É vedado:

I - realização de despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;

II - utilização dos recursos em finalidade diversa da estabelecida neste Termo, ainda que em caráter de emergência;

III - realização de despesas em data anterior ou posterior a vigência, salvo em situações devidamente justificadas e autorizadas pelo **CONVENENTE**;

IV - realização de despesas com taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária, inclusive, referente a pagamentos ou recolhimentos fora de prazos, salvos as que ocorrer por conta de atrasos no repasse dos recursos por parte do **CONVENENTE**;

V - realização de despesas de publicidade;

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br

VI - realização de despesas com aquisição de material permanente (equipamentos em geral, móveis, etc.), sendo de sua responsabilidade a manutenção e zelo dos equipamentos e mobiliário.

CLÁUSULA SEXTA – DE OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA: A **CONVENIADA** ainda se obriga a:

a) Manter sempre organizado o arquivo de prontuário dos pacientes de acordo com a legislação vigente;
b) Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem os pacientes para fins de experimentação;
c) Atender os pacientes com humanização, dignidade e respeito de modo universal e equânime, objetivando sempre a qualidade do serviço;
d) Afixar aviso em local visível de sua condição de Pronto Atendimento integrante do SUS;
e) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito as razões técnicas alegadas, quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste termo;
f) Garantir a visitação aos pacientes em conformidade com a legislação vigente;
g) Respeitar o paciente na decisão de recusar prestação de serviço de saúde, salvo risco iminente de vida ou obrigação legal;
h) Garantir sigilo e confidencialidade dos dados do paciente;
i) Assegurar aos pacientes a liberdade de terem assistência religiosa e espiritual ou nenhuma, respeitando a crença individual;
j) Garantir o cumprimento das normas e protocolos Ministério de Saúde e demais legislações vigentes relacionados à Segurança do Paciente;
k) Ter COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) com regimento interno, constituída de acordo com a legislação vigente;
l) Ter COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA;
m) Ter COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM;
n) Ter COMISSÃO DE PRONTUÁRIO;
o) Ter COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA;
p) Ter COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO;
q) Ter COMISSÃO/NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP);
r) Ter COMISSÃO/NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA (NE);
s) Ter COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE;
t) Ter COMISSÃO DE ÓBITO;
u) Realizar as notificações de doenças de notificação compulsória;

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br

v) Oficializar à Secretaria de Saúde as alterações no Estatuto e Regimento Interno, composição da diretoria clínica ou administrativa bem como encaminhar documentação comprobatória;

w) Fornecer ao paciente a contra-referência, resumo de alta, para que o mesmo apresente à rede de saúde conforme modelo padrão estabelecido entre a **CONVENENTE** e a **CONVENIADA**;

x) Manter dentro da validade e exposto em local visível, os alvarás e licenças de funcionamento, bem com outros documentos exigidos pela legislação e/ou protocolos do Ministério da Saúde;

y) Seguir os protocolos: municipal, estadual e federal, e também as resoluções do CFM em relação a utilização dos Serviço de Verificação de Óbito;

z) Cumprir as prerrogativas constantes na Portaria 2048 de 05.11.2002 e demais legislações do SUS.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA: O **CONVENENTE** não terá responsabilidade solidária ou subsidiária em qualquer valor de indenização em que a **CONVENIADA** e seus profissionais venham a ser condenados. A **CONVENIADA** é responsável pela indenização de danos causados ao paciente, aos órgãos do **SUS** e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticada pelos seus empregados, profissionais ou prepostos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A fiscalização ou acompanhamento da execução deste termo pelos órgãos competentes do **SUS** não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONVENIADA** nos termos da legislação referente a licitações, contratos administrativos e demais legislação vigente.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Todas as responsabilidades advindas dos contratos que alude a cláusula sétima se submetem ao disposto neste artigo;

CLÁUSULA OITAVA – DO VALOR E DOS RECURSOS FINANCEIROS: Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Convênio, estão estabelecidos no Plano de Trabalho que integra o presente Convênio.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O presente convênio tem o valor global de **R$ 2.150.464,15** (Dois milhões, cento e cinquenta mil, quatrocentos e sessenta e quatro reais com quinze centavos). O valor mensal será repassado em duas parcelas iguais sendo: 50% até dia 10 de cada mês e 50% até dia 20 de cada mês. Os recursos serão

depositados em conta específica para o presente convênio a saber: **Banco:** Banco do Brasil **Agência:** 3062-7 **Conta Corrente** 37383-4

PARÁGRAFO SEGUNDO: O repasse será realizado da seguinte forma: Fonte 01 – **R$ 536.473,33** (Quinhentos e trinta e seis mil, quatrocentos e setenta e três reais com trinta e três centavos); Fonte 02 no valor de **R$ 750.000,00** (Setecentos e cinque mil reais); Fonte 95 no valor de **R$ 271.419,00** (Duzentos e setenta e um mil com quatrocentos e dezenove reais) e Fonte 92 no valor de **R$ 592.571,82** (Quinhentos e noventa e dois mil, quinhentos e setenta e um reais com oitenta e dois centavos) Devendo ser utilizado como descrito no objeto do Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO TERCEIRO: A CONVENENTE, efetuará o pagamento mensal dos serviços e procedimentos de acordo com os limites previstos no parágrafo primeiro, não restando, em qualquer hipótese crédito em favor da **CONVENIADA**, pelo excesso na prestação dos serviços.

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas com a execução do presente convênio correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Fonte	Especificação da Receita	C.A.	Ficha	Valor
01	Municipal	310.0000	571	R$ 536.473,33
02	Estadual	801.0023	571	R$ 250.000,00
02	Estadual	801.0022	571	R$ 150.000,00
02	Estadual	801.0021	571	R$ 250.000,00
02	Estadual	801.0024	571	R$ 100.000,00
92	Estadual	801.0014	571	R$ 200.000,00
92	Estadual	801.0016	571	R$ 200.000,00
92	Estadual	302.0202	571	R$ 192.571,82
95	Federal	302.0001	571	R$ 271.419,00
Total				**R$ 2.150.464,15**

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS BENS PÚBLICOS: Durante a vigência do presente convênio, poderão ser cedidos à **CONVENIADA** bens públicos visando ao cumprimento de seus objetivos, mediante instrumentos legais específicos.

PARÁGRAFO ÚNICO: Uma vez adquiridos novos bens com recursos do Município, a **CONVENIADA** providenciará, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, o inventário das referidas aquisições, instruído com a cópia das respectivas Notas Fiscais e transferência de domínio dos referidos bens ao **CONVENENTE**, a fim de integrar o patrimônio do MUNICÍPIO DE AMPARO/SP.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS: A **CONVENIADA** deverá prestar contas da sua boa e regular aplicação dos recursos financeiros transferidos pelo **CONVENENTE** e dos rendimentos obtidos em aplicação no mercado financeiro, que conterá elementos que permitam verificar, sob os aspectos técnico e financeiro, a execução integral do objeto deste Convênio e o alcance dos resultados previstos, na forma estabelecida no Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A prestação de contas mensal deverá ser apresentada até o 15º (décimo quinto) dia subsequente à execução das despesas, seguindo o check list obrigatório constante do anexo I do Manual de Procedimentos para Convênios no Município de Amparo, instituído pelo Decreto Municipal nº 6.321 de 30 de julho de 2.021, conforme anexo II, integrante do presente instrumento.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A prestação de contas de encerramento de exercício, deverá ser apresentada até o dia 31 de janeiro do ano subsequente ao da liberação dos recursos, ou seja, até o dia 31 de janeiro de 2.025, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I. Ofício de encaminhamento assinado pelo responsável legal da **CONVENIADA;**

II. Certidão contendo os nomes e CPF's dos dirigentes e conselheiros da **CONVENIADA**, forma de remuneração, períodos de atuação, com destaque para o dirigente responsável pela administração dos recursos recebidos à conta do Convênio;

III. Relatório anual de execução de atividades, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto do Convênio, bem como comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, assinado pelo representante legal da **CONVENIADA;**

IV. Demonstrativo integral das Receitas e Despesas computadas por fontes de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no Anexo RP-12 das instruções consolidadas nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

V. Conciliação bancária da conta-corrente específica aberta em instituição financeira pública indicada pelo **CONVENENTE** para movimentação dos recursos do

Convênio, acompanhada dos respectivos extratos de conta-corrente e de aplicações financeiras;

VI. Publicação do balanço patrimonial da **CONVENIADA**, dos exercícios: encerrado e anterior;

VII. Demais demonstrações contábeis e financeiras da **CONVENIADA**, acompanhadas do balancete analítico acumulado do exercício;

VIII. Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade - CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;

IX. Comprovante da devolução de eventuais recursos não aplicados;

X. Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da **CONVENIADA** de agentes políticos de Poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;

XI. Declaração atualizada acerca da contratação ou não de empresa(s) pertencente(s) a dirigente(s) da **CONVENIADA**, agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública convenente, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;

XII. Regulamento para contratação de obras e serviços, bem como, para compras com emprego de recursos financeiros repassados à **CONVENIADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO: O prazo para apresentação da prestação de contas final será de até 30 (trinta) dias após o encerramento da vigência ou a conclusão da execução do objeto, o que ocorrer primeiro, contendo informações sobre a execução do presente Convênio, com a apresentação dos documentos previstos no parágrafo segundo, da cláusula décima primeira.

PARÁGRAFO QUARTO: Quando a prestação de contas não for encaminhada no prazo estabelecido, o **CONVENENTE** estabelecerá o prazo de até 30 (trinta) dias para sua apresentação.

PARÁGRAFO QUINTO: Se, ao término do prazo estabelecido no parágrafo anterior, a **CONVENIADA** não apresentar a prestação de contas, nem devolver os recursos, o **CONVENENTE** registrará a inadimplência para fins de instauração de Tomada de Contas Especial e adoção de outras medidas de reparação do dano ao erário, sob pena de responsabilização solidária.

PARÁGRAFO SEXTO: Caso não tenha havido qualquer execução física nem utilização dos recursos do presente Convênio, o recolhimento à conta única do Tesouro deverá ocorrer sem a incidência dos juros de mora, sem prejuízo da restituição das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas.

PARÁGRAFO SÉTIMO: Antes da tomada de decisão final, caso constatada irregularidade na prestação de contas ou na comprovação dos resultados, o **CONVENENTE** notificará o **CONVENIADA** para sanar a irregularidade no prazo de até 60 (sessenta) dias, a qual será feita por meio de correspondência com aviso de recebimento - AR, com cópia para a Secretaria da Fazenda e para o Poder Legislativo.

PARÁGRAFO OITAVO: A análise de prestação de contas pelo **CONVENENTE** poderá resultar em:

I. Aprovação;
II. Aprovação com ressalvas, quando evidenciada impropriedade ou outra falta de natureza formal de que não resulte dano ao Erário; ou
III. Rejeição com a determinação da imediata instauração de tomada de contas especial.

PARÁGRAFO NONO – Considerando a necessidade do acompanhamento mensal pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, serão documentos obrigatórios para fiscalização da prestação de contas:

a) Demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fonte de recurso, individualizando os gastos pela forma de contratação, na conformidade do modelo contido no anexo RP-17 (resolução TCESP) Instrução 01/2024, ou modelo proposto pela **CONVENENTE** Conciliação bancária do mês de referência da conta aberta especificamente pela **CONVENIADA** para movimentação dos recursos do convênio, acompanhada dos respectivos extratos de conta-corrente e de aplicações financeiras;
b) Comprovação de pagamento de honorários aos seus profissionais, prestadores de serviço, devendo em caso de pagamento de vários prestadores em uma só nota, anexar planilha nominal com carga horária individual e grade de escala médica, constar no corpo da nota a identificação do pagamento referindo-se ao convênio em exercício, anexar extratos dos pagamentos correspondente as empresas emitentes das notas;
c) As notas de venda deverão em caso de parcelamento constar discriminadamente as parcelas em seu corpo;

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br

d) Toda nota deverá estar exclusivamente em nome da **CONVENIADA** ou em nome de terceiro por ela contratado;
e) Responsabilizar-se exclusivamente por todos os encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais;
f) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social – INSS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei – certidão negativa de débito – CND em vigência, emitida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou extraída via internet;
g) Manter cadastro junto a CNES atualizado mensalmente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS AO CONTROLE EXTERNO: Fica a **CONVENIADA** obrigada a apresentar a documentação abaixo, sempre que solicitado formalmente pelo **CONVENENTE**, dentro do prazo de 10 (dez) dias ou inferior, em conformidade com prazos estabelecidos pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo -TCE-SP:

I. Comprovação dos poderes de representação do coordenador da entidade;
II. Sempre que houver qualquer alteração nos documentos citados nos itens acima, fica a **CONVENIADA** obrigada a comunicar oficialmente e de forma imediata ao **CONVENENTE**, sem a necessidade de solicitação por parte deste;
III. Certidões de regularidade municipais, estaduais e federais, trabalhistas, negativas de falência, FGTS, INSS e outras que vierem a ser obrigatórias pela legislação vigente;
IV. Outros documentos necessários para a auditoria por parte do TCE/SP;
V. Quaisquer outras informações necessárias para o controle externo, desde que pertinentes ao presente convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESTITUIÇÃO DE RECURSOS: Quando da conclusão do objeto pactuado, da denúncia, da rescisão ou da extinção deste Convênio, a **CONVENIADA**, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade **CONVENENTE**, obriga-se a recolher à Unidade Gestora:

I. O eventual saldo remanescente dos recursos financeiros, inclusive o proveniente das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas e não utilizadas no objeto pactuado, ainda que não tenha havido aplicação, informando o número e a data do Convênio; e

II. O valor total transferido pelo **CONVENENTE,** atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Nacional, a partir da data de recebimento, nos seguintes casos:

a) Quando não for executado o objeto do Convênio;
b) Quando não for apresentada a prestação de contas no prazo fixado neste instrumento;
c) Quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida neste Convênio.

III. O valor correspondente às despesas comprovadas com documentos inidôneos ou impugnados, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A devolução prevista nesta cláusula será realizada com observância da proporcionalidade dos recursos transferidos pelo **CONVENENTE**, independente da época em que foram apontados pelos participes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A inobservância ao disposto nesta cláusula enseja a instauração de Tomada de Contas Especial, sem prejuízo do registro da **CONVENIADA** no Cadastro Informativo dos Créditos não quitados de órgãos e entidades federais (CADIN), nos termos da Lei nº 10.522/2002, cabendo o **CONVENENTE** solicitar à instituição financeira albergante da conta-corrente específica da transferência a devolução imediata dos saldos remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– DA FISCALIZAÇÃO: A Secretaria Municipal da Saúde - SMS será responsável pela fiscalização da execução deste convênio, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições contratuais, físicas, técnicas, financeiras e administrativas estabelecidas neste Convênio e anexos, conforme Plano de Trabalho.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A execução do convênio deverá ser acompanhada e fiscalizada pelos gestores abaixo indicados:

I- Gestora indicada pelo Convenente: Marcia Aparecida Alves, Coordenadora do Departamento de Média e Alta Complexidade portadora da Cédula de Identidade RG nº 34.874.093-1, inscrito no CPF sob nº 226.389.568-05

II- Gestora indicada pelo Convenente: Tamara Raquel do Amaral, Coordenadora de Saúde Mental portadora da Cédula de Identidade RG nº 32.268.115-7, inscrito no CPF sob nº 219.853.588-24.

III- Gestor indicado pela Conveniada: José Ricardo de Godoy, Administrador Hospitalar, RG 24.557.154-1 CPF 109.844.058-79.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Os gestores do convênio deverão anotar em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas à execução do objeto, adotando as medidas necessárias à regularização das eventuais falhas ou defeitos observados. Caberá aos gestores do Convênio, avaliar o cumprimento das metas qualitativas, quantitativas, conforme Plano de Trabalho e relatórios da comissão.

PARÁGRAFO TERCEIRO - No acompanhamento da execução do objeto serão verificados:

I. A comprovação da boa e regular aplicação dos recursos, na forma da legislação aplicável;

II. A compatibilidade entre a execução do objeto, o que foi estabelecido no Plano de Trabalho, e os desembolsos e pagamentos, conforme os cronogramas apresentados;

III. A regularidade das informações registradas no **SICONVINHO**; e

IV. O cumprimento das metas do Plano de Trabalho nas condições estabelecidas.

IIV. Obrigatoriedade da realização de conciliação bancária.

PARÁGRAFO QUARTO - A fiscalização exercida pelo CONVENENTE sobre os serviços objetos deste convênio não eximirá a CONVENIADA de sua plena responsabilidade para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução deste CONVÊNIO.

PARÁGRAFO QUINTO – A **CONVENIADA** facilitará à **CONVENENTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **CONVENENTE**, designados para tal fim, respeitando o código de ética inerente a cada profissão.

PARÁGRAFO SEXTO – Em qualquer hipótese, fica assegurado à **CONVENIADA** amplo direito de defesa, nos termos gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos e o direito a interposição de recursos.

PARÁGRAFO SÉTIMO – O não cumprimento de quaisquer cláusulas implicará notificações de ocorrências, em advertências e ou multa de até 2% sobre o valor da parcela, ficando assegurado a **CONVENIADA** o contraditório e a ampla defesa;

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA AVALIAÇÃO E CONTROLE – SMS: Compete a Secretaria Municipal de Saúde e Controle do **CONVÊNIO**:

a) A **CONVENIADA**, assim como o **CONVENENTE**, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, fica obrigada a, mensal e rotineiramente fornecer todas as informações e documentos necessários para que esta possa executar, de modo correto as suas atribuições.
b) Realizar o acompanhamento da execução do objeto do **CONVÊNIO**, o cumprimento das metas pactuada no Plano de Trabalho e avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários;
c) Analisar os relatórios e demais documentos encaminhados pela **CONVENIADA** emitindo parecer conclusivo;
d) Emitir relatório mensal, conclusivo, que deverá ser repassado à **CONVENIADA**, em função do nível de desempenho apurado no **CONVÊNIO**, no período avaliado. Esse relatório deverá ser emitido a partir do segundo mês de vigência do presente termo, considerando o desempenho apurado no primeiro mês e assim sucessivamente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS: Dos atos administrativos ou da denúncia praticados pela Secretaria Municipal de Saúde Comunitária, cabe recurso nos prazos e na forma estabelecidos na Lei 14.133/2021.

PARÁGRAFO ÚNICO – Fica Assegurado a **CONVENENTE** e a **CONVENIADA** o direito de denúncia ao presente **CONVÊNIO**, desde que o faço com prazo mínimo de antecedência de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO: O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de 30/08/2024 à 31/12/2024, podendo ser prorrogado nos termos da Lei de Licitações, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES: Qualquer alteração do presente termo será objeto de termo aditivo, na forma da Lei de Licitações.

TEL: (19) 3817-9300 www.amparo.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA PUBLICAÇÃO: O presente termo será publicado, por extrato, no diário oficial do **MUNICÍPIO**, no prazo de 20 dias a contar da data da sua assinatura.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO FORO: As partes elegem o foro de AMPARO para dirimir as questões oriundas do presente termo.

E, por estarem de acordo, é digitado este instrumento somente no anverso de 17 (Dezessete) folhas, e em 02 (duas) vias originais de igual teor, que após lido e achado conforme, vai rubricado nas 16 (dezesseis) primeiras folhas e assinado na última folha pelas partes inicialmente nomeadas, na presença das testemunhas abaixo arroladas, extraindo-se suficientes cópias que se fizerem necessárias.

Amparo, 27 de agosto de 2024.

CARLOS ALBERTO MARTINS
Prefeito Municipal de Amparo em Exercício

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Diretor Presidente da AIHBB
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

TESTEMUNHAS:

1-GILBERTO FERREIRA MARTINS JUNIOR
Secretário Municipal de Saúde

2- ROSANA AP. B. ASSIS DE BARROS BUENO
Departamento Administrativo e Financeiro

ANEXO II

EXPERIÊNCIA COMO MANTENEDORA E CEBAS

PORTARIA Nº 947, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Fundação Gregorio Franklin Baremblitt, com sede em Uberaba (MG).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do 'Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 501/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do NUP-SEI 25000.153664/2021-34, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes das legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Fundação Gregorio Franklin Baremblitt, CNPJ nº 26.034.397/0001-26, com sede em Uberaba (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 30 de novembro de 2021 a 29 de novembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

PORTARIA Nº 948, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Santa Casa de Misericórdia de Assis, com sede em Assis (SP).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do 'Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 498/22022 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.176239/2021-13, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Santa Casa de Misericórdia de Assis, CNPJ nº 44.364.826/0001-05, com sede em Assis (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

PORTARIA Nº 950, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Casa de David Tabernáculo Espírita para Excepcionais, com sede em São Paulo (SP).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do 'Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 497 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.175625/2021-98, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Casa de David Tabernáculo Espírita para Excepcionais, CNPJ nº 61.957.627/0001-20, com sede em São Paulo (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2024.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

PORTARIA Nº 953, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS do Instituto de Saúde Bom Jesus, com sede em Ivaiporã (PR).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do 'Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 503 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.162689/2021-29, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), do Instituto de Saúde Bom Jesus, CNPJ nº 07.597.753/0001-75, com sede em Ivaiporã (PR).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 06 de novembro de 2021 a 05 de novembro de 2024

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

PORTARIA Nº 955 , DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Concessão do CEBAS da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, com sede em Lins (SP).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 506/2022-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do NUP-SEI 25000.062671/2021-28, que conclui pelo atendimento dos requisitos constantes das legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, CNPJ nº 45.349.461/0001-02, com sede em Lins (SP).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União (DOU).

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

PORTARIA Nº 959, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, com sede em Uruguaiana (RS).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do 'Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 505 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.167665/2020-85, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, CNPJ nº 98.416.225/0001-28, com sede em Uruguaiana (RS).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2023.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

PORTARIA Nº 960, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022

Defere a Concessão do CEBAS da Associação Pe. João Roberto Ceconello, com sede em Curitiba (PR).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 508/2022 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.093804/2021-16, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Associação Pe. João Roberto Ceconello, CNPJ nº 00.558.325/0001-94, com sede em Curitiba (PR).

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (Três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

Atestado de Capacidade Técnica

Unidade Hospitalar Filantrópica de Propriedade da Instituição

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, da **PREFEITURA MUNICIPAL DE GARÇA**, estado de São Paulo, pessoa jurídica de direito público, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 44.518.371/0001-35, com sede na Praça Hilmar Machado de Oliveira, nº 102, Williams, de CEP: 17.402.-0001, neste ato representado pelo atual secretário (a) municipal de saúde, **ATESTA e DECLARA** a capacidade técnica da **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 45.349.461/0001-02, nos seguintes termos:

1. O **Hospital São Lucas de Garça**, **fundado em 09 de outubro de 1967**, constitui-se como unidade hospitalar filantrópica vinculada à municipalidade, prestando serviços de saúde de forma gratuita e beneficente desde sua criação, em período anterior à instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde então, até a presente data, o hospital mantém-se em atividade ininterrupta, desempenhando funções de natureza hospitalar e assistencial.
2. A **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB** é a entidade mantenedora do **Hospital São Lucas**, sendo responsável por sua gestão administrativa, financeira e assistencial, nos termos da legislação aplicável às entidades filantrópicas que atuam no âmbito da saúde pública.
3. O referido hospital encontra-se localizado na **Rua Dr. Orlando Thiago dos Santos, 50 - Williams, Garça - SP, 17402-064**, sendo este o endereço constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – **CNES**, ao qual estão vinculadas todas as informações cadastrais e operacionais da unidade, independentemente de eventuais alterações nominais. Ressalta-se que se trata de estabelecimento de saúde com histórico assistencial contínuo superior a **58 (cinquenta e oito) anos**, constituindo referência regional na atenção hospitalar de caráter público e filantrópico.
4. Segue anexo o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Assinado por 1 pessoa: PEDRO HENRIQUE SCARTEZINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/CAC7-781F-78B2-3AA0 e informe o código CAC7-781F-78B2-3AA0

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

Garça, 22 de abril de 2025.

Pedro Henrique Scartezini
Secretária Municipal de Saúde
Garça/SP

Assinado por 1 pessoa: PEDRO HENRIQUE SCARTEZINI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/CAC7-781F-78B2-3AA0 e informe o código CAC7-781F-78B2-3AA0

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: CAC7-781F-78B2-3AA0

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

PEDRO HENRIQUE SCARTEZINI (CPF 711.XXX.XXX-15) em 25/04/2025 08:51:25 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/CAC7-781F-78B2-3AA0

Atestado de Capacidade Técnica

Unidade Hospitalar Filantrópica de Propriedade da Instituição

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BILAC**, estado de São Paulo, pessoa jurídica de direito público, devidamente inscrito no CNPJ do MF sob nº 12.433.127/0001-83, com sede na Rua Walter Orsatti, nº 173, Jardim Paraíso, município de Bilac, estado de São Paulo, de CEP: 16.210-000, neste ato representado pelo atual secretário (a) municipal de saúde, **ATESTA e DECLARA** a capacidade técnica da **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB**, pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, devidamente inscrita no CNPJ do MF sob nº 45.349.461/0001-02, nos seguintes termos:

1. O **Hospital Padre Bernardo Braakius**, **fundado em 11 de novembro de 1969**, constitui-se como unidade hospitalar filantrópica vinculada à municipalidade, prestando serviços de saúde de forma gratuita e beneficente desde sua criação, em período anterior à instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde então, até a presente data, o hospital mantém-se em atividade ininterrupta, desempenhando funções de natureza hospitalar e assistencial, com atuação referenciada na microrregião de Bilac, no estado de São Paulo.
2. A **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB** é a entidade mantenedora do **Hospital Padre Bernardo Braakius**, sendo responsável por sua gestão administrativa, financeira e assistencial, nos termos da legislação aplicável às entidades filantrópicas que atuam no âmbito da saúde pública.
3. O referido hospital encontra-se localizado na **Rua 7 de Setembro, nº 529, Centro, Município de Bilac, Estado de São Paulo**, sendo este o endereço constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – **CNES**, ao qual estão vinculadas todas as informações cadastrais e operacionais da unidade, independentemente de eventuais alterações nominais. Ressalta-se que se trata de estabelecimento de saúde com histórico assistencial contínuo superior a **56 (cinquenta e seis) anos**, constituindo referência regional na atenção hospitalar de caráter público e filantrópico.
4. Total de **40 (quarenta) leitos**. Segue anexo o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
5.

Bilac-SP, 22 de abril de 2025

Ricardo Luiz Pinto de Oliveira
Diretor Municipal de Saúde

ANEXO III

EXPERIÊNCIA EM UPA

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que a Diretoria Técnica Executiva, abaixo descritos, da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB - Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o n° 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, atua desde dezembro de 2018, na administração da UPA 24- horas, localizada na R. Dr. Orlando Thiago dos Santos, 120 – Wiliians, Garça – SP, 17400-000, realizam os serviços de Administração e Coordenação da Unidade de Pronto Atendimento a mais de 5 (cinco) anos. A UPA 24 horas atende aos habitantes do munícipio de Garça e região. A instituição realiza a gestão da unidade desde março de 2018, durante a execução dos projetos de saúde da instituição até a presente data da assinatura do atestado. Os profissionais possuem a necessária qualificação técnica e experiência para a prestação de serviços de gestão da unidade. Os serviços são executados de acordo com os mais altos padrões de excelência e desemprenho profissional.

DIRETORIA TÉCNICA EXECUTIVA

ANA SILVIA MONTEIRO, brasileira, divorciada, Arquiteta e Urbanista, portadora da cédula de identidade 62.102.855-5 SSP- SP, inscrita no CPF/MF nº 214.141.978-61, com domicilio na Alameda das Cerejeiras, Parque Faber Castell I, na cidade de São Carlos, Estado de São Paulo, CEP: 13.561-356. e-mail: arquiteta@ahbb.org.br
ANTONIO CARLOS PINOTTI AFFONSO, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade n° 04.061.780-5 SSP/RJ e inscrito no CPF/MF sob o n° 018.587.358-82, com domicilio na Avenida da Saudade, 1.550, Centro, na cidade de Promissão, Estado de São Paulo, CEP: 16.370-000. e-mail: acpinotti@ahbb.org.br
PEDRO GUILHERME PIRES ANDRADE CRUZ, brasileiro, solteiro, Advogado e Gestor de Saúde, portador da cédula de identidade nº 46.207.765-2 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob nº 400.893.648-30, com domicilio na Rua Esperança, nº 373, Ap 32, Bloco E, Jardim Santa Fé, Município de Sorocaba, Estado de São Paulo, CEP: 18.031-310. e-mail: pgp.andradecruz@gmail.com

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/3418-6009-82CE-99E3 e informe o código 3418-6009-82CE-99E3

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

BRAINERD BERNARDES PINTO BANDEIRA, brasileiro, solteiro, médico, nascidos aos 19/01/1984, portador do RG 1231066994 GEJSPC-MA, CPF nº 003.587.163-65, domiciliado na Quadra SQS, 302, Bloco F Apto. 407, Asa Azul, CEP: 70338-060, Brasília, Distrito Federal, e-mail: brainerdbandeira@gmail.com.

Garça, 01 de outubro de 2024

Viviane Aparecida Soares dos Santos

Secretaria Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/3418-6009-82CE-99E3 e informe o código 3418-6009-82CE-99E3

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 3418-6009-82CE-99E3

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS (CPF 358.XXX.XXX-03) em 02/10/2024 09:04:32 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/3418-6009-82CE-99E3

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, atua desde novembro de 2018 no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média e alta complexidade no Município de Garça/SP, compreendendo a Unidade Hospitalar Hospital São Lucas e também a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, concentrando os atendimentos de Urgência e Emergência de complexidade intermediária e estabelecendo articulação com a Rede de Atenção as Urgências e Emergências do DRSIX Marília, não só dos munícipes de Garça bem como referência para mais 2 municípios (Álvaro de Carvalho e Ubirajara), apresentando uma média mês de 5447 atendimentos, além de também, inserido na Rede de Urgência e Emergência dispõe dos serviços do SAMU (Serviço Móvel de Urgência) base descentralizada do município de Marília contando com atendimento básico (Condutor e Técnico de Enfermagem) perfazendo uma média mês de atendimentos de 280 chamados.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprindo com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data.

Garça, 26 de fevereiro de 2024.

_____

Deyse Regina Serapião Grejo

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/3D9E-F0A2-776C-BBC5 e informe o código 3D9E-F0A2-776C-BBC5

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 3D9E-F0A2-776C-BBC5

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 26/02/2024 16:23:04 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/3D9E-F0A2-776C-BBC5

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, atua desde novembro de 2018 no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média e alta complexidade no Município de Garça/SP, compreendendo a Unidade Hospitalar Hospital São Lucas e também a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, concentrando os atendimentos de Urgência e Emergência de complexidade intermediária e estabelecendo articulação com a Rede de Atenção as Urgências e Emergências do DRSIX Marília, não só dos munícipes de Garça bem como referência para mais 2 municípios (Álvaro de Carvalho e Ubirajara), apresentando uma média mês de 5447 atendimentos, além de também, inserido na Rede de Urgência e Emergência dispõe dos serviços do SAMU (Serviço Móvel de Urgência) base descentralizada do município de Marília contando com atendimento básico (Condutor e Técnico de Enfermagem) perfazendo uma média mês de atendimentos de 280 chamados.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprindo com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data.

Garça, 26 de fevereiro de 2024.

_____

Deyse Regina Serapião Grejo

Assinado por 1 pessoa: DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/3D9E-F0A2-776C-BBC5 e informe o código 3D9E-F0A2-776C-BBC5

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 3D9E-F0A2-776C-BBC5

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

DEYSE REGINA SERAPIÃO GREJO (CPF 096.XXX.XXX-84) em 26/02/2024 16:23:04 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/3D9E-F0A2-776C-BBC5

Prefeitura Municipal de Garça

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060

Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA

Atestamos para os fins de comprovação de capacidade técnica que o médico, ANTONIO CARLOS PINOTTI AFFONSO, CRM N. 44.539, brasileiro, casado, médico, natural de São Paulo-SP, portador do documento de identidade RG: 04.061.780-5 SSP/RJ e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.587.358-82, com domicilio na Avenida da Saudade, 1.550, Centro, na cidade de Promissão, neste ato como Diretor Executivo da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB - Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o n° 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, atua desde dezembro de 2018, na administração da UPA 24- horas, localizada na R. Dr. Orlando Thiago dos Santos, 120 – Wiliians, Garça – SP, 17400-000.

Atestamos que os serviços de Administração e Coordenação da unidade são desenvolvidos a mais de 5 (cinco) anos. A UPA 24 horas atende aos habitantes do munícipio de Garça e região, sendo que o Diretor Presidente possui mandato vigente. O médico desempenha sua atividade desde março de 2018, durante a execução dos projetos de saúde da instituição até a presente data da assinatura do atestado. O profissional possui a necessária qualificação técnica para a prestação de serviços de gestão da unidade. Os serviços são executados de acordo com os mais altos padrões de excelência e desemprenho profissional.

Garça, 01 de outubro de 2024

_____

Viviane Aparecida Soares dos Santos

Secretaria Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7FBD-8FBE-802A-61E9 e informe o código 7FBD-8FBE-802A-61E9

Prefeitura Municipal de Garça
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB, inscrita no CNPJ sob o nº 45.349.461/0001-02, om sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, realizada desde novembro de 2018 o gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média e alta complexidade no Hospital São Lucas de Garça/SP, unidade hospitalar com 89 leitos, compreendendo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), clínica médica enfermaria, centro cirúrgico, centro obstétrico, atendimento pediátrico e neonatal, atendimento ambulatorial, exames de imagem e laboratorial e de urgência e emergência.

Registramos ainda que as prestações de serviços acima referidos apresentam excelente desempenho operacional, técnico e administrativo, tendo a instituição cumprindo com suas obrigações, nada constando que a desabone até a presente data.

Garça, 01 de outubro de 2024

_____

Viviane Aparecida Soares dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7FBD-8FBE-802A-61E9 e informe o código 7FBD-8FBE-802A-61E9

Prefeitura Municipal de Garça
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, atua desde novembro de 2018 no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de transporte inster hospitalar, inserido na Rede de Urgência e Emergência do município de Garça/SP, dispondo dos serviços do SAMU (Serviço Móvel de Urgência) base descentralizada do município de Marília contando com atendimento básico perfazendo uma média mês de atendimentos de 260 chamados.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprindo com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data.

Garça, 01 de outubro de 2024.

_____

Viviane Aparecida Soares dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7FBD-8FBE-802A-61E9 e informe o código 7FBD-8FBE-802A-61E9

Prefeitura Municipal de Garça
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Belém S/n– Garça- SP – CEP 17402-060
Fone/Fax: (14) 3471- 4959 - e-mail: smsgabinete@garca.sp.gov.br

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Vila Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo, atua desde novembro de 2018 no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média e alta complexidade no Município de Garça/SP, compreendendo a Unidade Hospitalar Hospital São Lucas e também a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, concentrando os atendimentos de Urgência e Emergência de complexidade intermediária e estabelecendo articulação com a Rede de Atenção as Urgências e Emergências do DRSIX Marília, não só dos munícipes de Garça bem como referência para mais 2 municípios (Álvaro de Carvalho e Ubirajara), apresentando uma média mês de 5.500 atendimentos.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprindo com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data.

Garça, 01 de outubro de 2024.

_____

Viviane Aparecida soares dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://garca.1doc.com.br/verificacao/7FBD-8FBE-802A-61E9 e informe o código 7FBD-8FBE-802A-61E9

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 7FBD-8FBE-802A-61E9

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

VIVIANE APARECIDA SOARES DOS SANTOS (CPF 358.XXX.XXX-03) em 02/10/2024 09:03:14 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://garca.1doc.com.br/verificacao/7FBD-8FBE-802A-61E9

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Venho através deste, atestar o pedido do interessado e para fins de prova, a aptidão no desenvolvimento e atestado de execução, que a instituição de saúde Associação Hospitalar Beneficente do Brasil AHBB|Rede Santa Casa, inscrita no CNPJ sob o no 45.349.461/0001-02, com sede na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, n° 50 CEP:17402-064, Bairro Williams, na cidade de Garça, Estado de São Paulo. Atua no gerenciamento técnico, administrativo e operacional dos serviços de saúde de média complexidade no Município de Taboão da Serra-SP desde de abril do ano de 2023, compreendendo entre estes serviços a Unidade Mista de Taboão da Serra, unidade com total de 66 leitos SUS, concentrando a prestação de Assistência à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente, para as linhas de cuidado assistenciais de Urgência e Emergência (internação/observação), compreendidas as especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Trauma-ortopedia, Semi Intensiva, Clínica Médica, e Psiquiatria, a partir do conteúdo que se exige nos termos do contrato estabelecendo articulação com a Rede de Atenção à Saúde do DRS I – Grande São Paulo, apresentando uma média total de 16.242 atendimentos mensais.

Informamos ainda que a gestão operacional, técnico e administrativa atende o plano de trabalho estabelecido, tendo a instituição cumprido com as obrigações e nada constando que a desabone até a presente data

Taboão da Serra, 02 de outubro de 2024.

José Alberto Tarifa Nogueira

Secretário de Saúde de Taboão da Serra

CONTRATO Nº. 138/2024

CHAMADA PÚBLICA Nº 003/2024
PROCESSO LICITATÓRIO Nº 062/2024

CONTRATO DE GESTÃO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARAGUARI, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A ENTIDADE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL (AHBB), QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA O GERENCIAMENTO OPERACIONAL E ADMINISTRATIVO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO -UPA.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o MUNICÍPIO DE ARAGUARI, através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, com sede na Rua Doutor Afrânio, n°. 163, Centro, CEP 38.440-072, Araguari-MG; representada pela Secretária Municipal de Saúde Sra. Thereza Christina Griep, nomeado(a) pela Portaria nº 125, de 30 de janeiro de 2024, publicada no Correio Oficial do Município de 30 de janeiro de 2024, portadorA da Matrícula Funcional nº 0253642, doravante denominado CONTRATANTE, e, do outro lado, a entidade ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ: 45.349.461/0001-02 com sede no município de Garça, Estado de São Paulo, à Rua Dr. Orlando Thiago Santos, nº 50, Bairro Vila Williams, CEP: 17402-064, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu diretor presidente, Sr. JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO, portador do documento de identidade RG nº 42.818.243.4 SSP-SP, e inscrito no CPF/MF nº 362.328.398-38, doravante denominada CONTRATADA, realizada através do Processo de Chamada Pública nº 003/2024, ao que dispõe a Lei Federal n°. 8.080, de 19/09/90, a Lei 14.133/21 e a Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, a Lei Municipal n°. 5.427, de 08 de setembro de 2014, alterada pela Lei Municipal n°. 5.640, de 10 de dezembro de 2015, regulamentada pelo Decreto Municipal n°. 059, de 01 de junho de 2015 e demais alterações, considerando as diretrizes e normas do Sistema Público de Saúde — SUS emanadas do Ministério da Saúde MS, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO para o Gerenciamento Operacional e Administrativo da Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Contrato de Gestão tem por objetivo o gerenciamento operacional e administrativo, pela CONTRATADA, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 hs), localizada na Praça da Constituição, S/N, Bairro Goiás, CEP 38.440-212, com funcionamento em tempo integral (24 horas por dia, todos os dias da semana).

1.2. A execução do presente Contrato de Gestão dar-se-á pela CONTRATADA, nos termos e condições propostas no Programa de Trabalho aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde e demais diplomas legais.

1.3. O presente Contrato vincula-se ao instrumento convocatório e seus Anexos, bem como à proposta apresentada pela CONTRATADA nos autos do procedimento CHAMADA PÚBLICA nº. 003/2024.

1.4. Fazem parte do presente Contrato de Gestão todos os anexos do Edital.

CLÁUSULA SEGUNDA — DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

2.1. Conforme Termo de Permissão de Uso (ANEXO III) o imóvel da Unidade de Pronto Atendimento — UPA, de propriedade do Município de Araguari, assim como os bens móveis têm o seu uso permitido pela CONTRATADA durante a vigência do presente Contrato de Gestão, nos termos da Lei Federal n°. 9.637 de 15 de maio de 1998, Lei Municipal no. 5.427, de 08 de setembro de 2014 e Decreto n°. 059 de 1° de junho de 2015, com alterações posteriores.

CLÁUSULA TERCEIRA — OBRIGAÇÃO DA CONTRATADA

3.1. Cumprir todas as obrigações constantes no Edital de Chamamento Público, seus anexos e na proposta por ela apresentada, no Termo de Referência (TR), assumindo com exclusividade os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

3.2. Manter durante toda a execução do contrato em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Chamamento Público e no Termo de Referência.

3.3. Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato de gestão, devendo o mesmo ser formalmente designado pela contratada antes do início da prestação dos serviços, em cujo instrumento deverá constar expressamente os poderes e deveres em relação à execução do objeto. (artigo 44, Instrução Normativa nº 05, de 26 de maio de 2017).

3.4. Conhecer e responsabilizar-se por todas as providências e deveres estabelecidos na legislação, normas, políticas e procedimentos de Segurança da Informação da Secretaria Municipal de Saúde, bem como assinar o Termo de Confidencialidade.

3.5. Assegurar, em conjunto com a Contratante, a proteção dos dados de cada um dos usuários pacientes, na forma regulamentada pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

3.6. Executar modelo de Governança Corporativa e de Gestão administrativa da UPA 24 horas listada no termo de referência.

3.7. Responsabilizar pelos bens e ativos da UPA 24 horas.

3.8. Responsabilizar pela Gestão de Insumos e Almoxarifado.

3.9. Responsabilizar pela documentação da UPA 24 horas, incluindo inscrição e manutenção de dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a legislação vigente.

3.10. Responsabilizar integralmente e exclusivamente pela contratação de pessoal e de terceiros para execução dos serviços que compõem o objeto pactuado.

3.11. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da UPA 24 horas e os serviços a serem prestados, conforme ANEXO I – Plano Operativo.

3.12. Prover a contratação dos recursos humanos em conformidade com os dispositivos legais da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), observados no tocante aos profissionais médicos, querendo, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), em especial no Agravo Regimental na Reclamação nº 47.843, Relatora Ministra Carmem Lucia; RE 958.252 – Tema 725, Relator Ministro Luiz Fux; Agravo Regimental na Reclamação nº 39.351, Relator Ministro Alexandre de Moraes; responsabilizando-se por todos os ônus advindos da relação contratual, inclusive encargos sociais e sem prejuízo de arcar com as verbas rescisórias, no âmbito administrativo e/ou judicial.

3.13. Desenvolver Política de Gestão de Pessoas e obedecer às Normas do Ministério da Saúde/MS,

especialmente a Portaria MS de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017; as Deliberações CIB-SUSMG, as normas aplicáveis à atenção às urgências e emergências do SUS/Araguari; as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, as normas relacionadas à defesa e proteção do Meio Ambiente; as Normas relativas à LGPD; as normas editadas pelos respectivos Conselhos Profissionais e outros dispositivos normativos e legais aplicáveis à execução do objeto. Deverá, ainda, desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR 32/2005 do MTE.

3.14. Contratar, no uso de sua prerrogativa legal, em face de seu gerenciamento administrativo, sem comprometimento da qualidade dos serviços, observado o seu Regulamento de Compras e Contratações, empresas para prestação de serviços de apoio, tais como, higienização e limpeza, lavanderia, fornecimento de gases medicinais, entre outros.

3.15. Designar profissional de Enfermagem como Responsável Técnico da equipe pactuada. Deverá providenciar até o 30º dia após a assinatura do contrato com o profissional, o Certificado de Responsabilidade Técnica da unidade emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem- COREN.

3.16. Disponibilizar em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços, equipe médica e de enfermagem composta por profissionais devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002) e no Conselho Regional de Enfermagem (Resolução COREN nº 293/2004.), ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no contrato.

3.17. Instruir o prontuário eletrônico do cidadão, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem e demais profissionais que o assistam).

3.18. Não permitir o uso das instalações, usuários ou a Prefeitura Municipal de Araguari e sua Secretaria Municipal de Saúde em tratamento experimental ou pesquisa médica sem prévia permissão da gestão municipal, observadas as disposições relativas ao CONEP.

3.19. Adotar metodologia de trabalho, através de sistema de informação oficial, seja originado do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde em todos os setores e serviços prestados na unidade, podendo ser usados de natureza privada, desde que com interoperabilidade sistêmica e qualidade técnica comprovada.

3.20. Manter e conservar todos os equipamentos clínicos, não-clínicos e mobiliários, os respectivos equipamentos e acessórios, assim como deverá manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem padrões altos de conforto e limpeza.

3.21. Prover e manter o abastecimento de todos os equipamentos e mobiliários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas).

3.22. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados administrativos, assim como assegurar a frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

3.23. Registrar e controlar diariamente a frequência e a pontualidade dos profissionais de saúde, para o fiel cumprimento da sua carga horária cadastrada mediante controle eletrônico de ponto ou congênere, de mesma qualidade, que o venha a substituir.

3.24. Garantir a atualização dos registros da carga horária compatível dos profissionais de saúde junto ao CNES-DATASUS.

3.25. Apresentar, ao final do contrato de gestão, à Secretaria Municipal de Saúde de Araguari inventário de

mobiliário e equipamentos preexistentes indicando o estado de conservação dos itens.

23.26. Prestar os Serviços em Saúde pertinentes ao perfil de atendimento da UPA 24 horas de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

3.27. Dispor de planos operativos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas ou afastamentos, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços assistenciais ofertados à população.

3.28. Responsabilizar-se, com exclusividade, pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade, solidária ou subsidiária, à Administração Pública, na forma da Lei federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, com alteração dada pela Lei federal nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, aplicável à espécie em razão de seu caráter de norma geral.

3.29. Possuir Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde que deverá ser adequado às necessidades da UPA 24 horas e providenciar todas as documentações necessárias para liberação de alvará sanitário.

3.30. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, em face dos indicadores epidemiológicos, sugestões de expansão de serviços ou da estrutura predial, não previstas em suas obrigações ou no Termo de Referência.

3.31. Implementar um Plano de Qualidade dos serviços prestados atuando sobre os seguintes aspectos:

3.31.1. Qualidade no registro dos atendimentos;

3.31.2. Implantação de revisão de prontuários;

3.31.3. Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros de atendimento atendendo metas e indicadores;

3.31.4. Sistema de gestão hospitalar (compras, custos e estoques);

3.31.5. Atendimento à legislação e normas do Ministério da Saúde (MS) e do SUS em relação às comissões obrigatórias para o atendimento de urgências e emergências;

3.31.6. Acolhimento com classificação de risco;

3.31.7. Contrarreferência dos pacientes após os atendimentos agudos à Atenção Básica e ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com fornecimento de relatório com resumo de atendimento;

3.31.8. Protocolos de acesso e oferta de serviços aos pacientes, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e do SUS para as urgências e emergências (medicação e exames diretamente vinculados ao perfil de classificação);

3.31.9. Promoção de capacitação continuada aos trabalhadores, bem como de ações que visem atualizar as práticas e conhecimentos profissionais.

3.32. Dar retaguarda às urgências das Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família.

3.33. Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

3.34. Atender os pacientes agudos de média complexidade.

3.35. Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da UPA 24 horas e, os casos de menor complexidade, à noite, nos finais de semana e feriados, quando a rede básica e o Programa Saúde da Família não estão ativos.

3.36. Desenvolver ações e serviços de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a Rede Básica de Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar, rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não agudos e favorecendo, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes).

3.37. Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência.

3.38. Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

3.39. Prestar os serviços e as ações de saúde com qualidade atendendo exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo gratuito, universal e igualitário.

3.40. Manter afixado, em local visível aos seus usuários, conforme modelo padronizado pela Secretaria Municipal de Saúde, os seguintes avisos: Estabelecimento integrante da Rede SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição; informações da Ouvidoria Geral do SUS local para sugestões, reclamações e denúncias.

3.41. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão a execução deste contrato.

3.42. Para efeito de produção, a contratada deverá informar no SIA todos os atendimentos realizados na UPA 24 horas, compreendendo:

3.42.1. primeira consulta médica e classificação de risco (entende-se por primeira consulta a visita inicial do paciente encaminhado pela rede assistencial do município ou de livre demanda na UPA);

3.42.2. interconsulta médica, enfermagem e demais profissionais assistentes (entende-se por interconsulta a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição);

3.42.3. consulta subsequente (entende-se por consulta subsequente todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais);

3.42.4. pequenos procedimentos na clínica cirúrgica e ortopédica (será considerado intervenção cirúrgica aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias da Unidade que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita).

3.43. A contratada será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes à SMS ou a terceiros na execução do Contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

3.44. A contratada também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços, cuja natureza jurídica dos contratos por ela celebrados é privado, conforme decidido erga omnes pelo STF na ADIN 1923-DF.

3.45. A contratada responsabiliza-se civil e criminalmente pelas condições estruturais do imóvel, alvará de funcionamento, alvará sanitário, Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais CBMMG, Projeto de Combate à Incêndio.

3.46. Possuir controle de estoque que possa ser realizado em tempo real por unidade os lançamentos e saídas de materiais.

CLÁUSULA QUARTA — OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1. Caberá ao Poder Público garantir à Parceira, celebrante do contrato de gestão, as condições necessárias para a operacionalização da UPA 24 horas constante do termo de referência, obrigando-se pelos seguintes:

4.1.1. Disponibilizar a atual instalação física da UPA 24 horas para a Contratada, visando o seu gerenciamento operacional e administrativo, assim como bens existentes no local e equipamento disponíveis.

4.1.2. Fornecer abastecimento de água, internet e energia elétrica, compatíveis com o perfil assistencial da Unidade.

4.1.3. Fornecer suporte com transporte/remoção/locomoção de pacientes com disponibilização de veículo e motorista quando necessário para realização de exames e/ou transferência para outras unidades de saúde, extrapolada a capacidade da unidade.

4.1.4. Realizar inventário patrimonial e sua disponibilização para o uso da Contratada.

4.1.5. Realizar inventário de estoque de materiais, medicamentos, insumos e sua disponibilização para o uso da Contratada.

4.1.6. Promover a entrega da estrutura em condições de funcionamento.

4.1.7. Efetuar o pagamento da prestação de serviço, correspondente à gestão compartilhada, no prazo fixado, sem atrasos, no valor integral dos serviços contratados, em data a ser estabelecida em instrumento contratual.

4.1.8. Designar um gestor e um Fiscal para acompanhar e fiscalizar a execução do contrato, neste caso sendo a Subsecretaria de Urgência e Emergência, sem prejuízo das atribuições da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização, definidas nos artigos 2º, 3º e 4º do Decreto Municipal nº 67, de 15 de junho de 2016.

4.1.9. Prestar, sempre que necessário, as informações e os esclarecimentos solicitados pela Contratada.

4.1.10. Desenvolver controle e avaliação periódica através da fiscalização (fiscal do contrato).

4.1.11. Permitir e acompanhar o acesso dos funcionários da Contratada às suas dependências, para execução dos serviços referentes ao objeto, sempre que necessário.

4.1.12. Notificar, por escrito, a Contratada acerca da aplicação de eventuais penalidades garantindo-lhe, na forma do Termo de Referência, o direito ao contraditório e a ampla defesa.

4.1.13. Aplicar à Contratada as sanções administrativas regulamentares e contratuais cabíveis, quando necessário, observadas as garantias legais.

4.1.14. Assegurar, em conjunto com a Contratada, a segurança das informações clínicas dos usuários, na

forma regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), observadas as adequações à Lei federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

4.1.15. Realizar, a qualquer tempo, visitas técnicas à Unidade com vistas ao acompanhamento e monitoramento dos serviços e atividades assistenciais.

4.1.16. Elaborar relatórios a partir das visitas realizadas, assim como proceder notificação, formal e tempestiva, à entidade sobre as irregularidades observadas no cumprimento deste contrato.

4.1.17. Especificar e estabelecer diretrizes para aceitação dos serviços executados ou produzidos pela entidade.

4.1.18. Promover as glosas de pagamento na parcela do custeio mensal devido à Contratada, no caso de descumprimento total ou parcial das metas/indicadores variáveis exigidos no Termo de Referência.

4.1.19. Providenciar a cessão de servidor, se for o caso, na forma da Lei federal nº 9.637/98 e outras normas aplicáveis.

4.1.20. Responsabilizar-se pelo pagamento dos vencimentos ou remuneração dos servidores cedidos para atuação na UPA 24 horas, sob o gerenciamento operacional e administrativo da Contratada.

4.1.21. Proceder ao inventário dos bens móveis da UPA 24 horas para a sua adequada e formal disponibilização para a contratada parceira.

4.1.22. Observar, na celebração do contrato de gestão, os preceitos definidos no artigo 16 do Decreto Municipal nº 59, de 1º de junho de 2015.

CLÁUSULA QUINTA — DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. O valor de custeio estimado para a execução do presente Contrato de Gestão para o exercício de 2024/2025 é de **R$ 31.849.989,72 (trinta e um milhões, oitocentos e quarenta e nove mil, novecentos e oitenta e nove reais e setenta e dois centavos)**.

5.1.2. O valor estimado para pagamento referente aos pacientes em observação, será computado após 24h da inserção do paciente no sistema SUSFACIL, em R$ 712.716,59 (setecentos e doze mil, setecentos e dezesseis reais e cinquenta e nove centavos).

5.1.3. Valor total estimado (parcela fixa + variável) para contratação é de R$ 31.849.989,72 (trinta e um milhões, oitocentos e quarenta e nove mil, novecentos e oitenta e nove reais e setenta e dois centavos).

5.2. A primeira parcela será paga em duas etapas, sendo 50% no ato da assinatura do contrato de gestão, e o restante será pago até o 5º (quinto) dia do mês subsequente. O valor do Operacional 2 será pago até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente, após a análise dos dados da prestação de contas e cumprimento de metas e indicadores do mês anterior.

5.3. Os desembolsos seguintes ocorrerão mensalmente com o valor integral da parcela do Operacional 1 até o 5º (quinto) dia do mês e o restante do Operacional 2 até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês subsequente, após a análise dos dados da prestação de contas e cumprimento de metas e indicadores do mês anterior.

5.4. O pagamento referente ao Cronograma de Desembolso – ANEXO IV será calculado com base no faturamento das despesas efetivamente realizadas/faturadas pela Contratada (Parceira) para consecução dos fins do objeto do Contrato de Gestão, relativos a aquisição de insumos, bens, materiais hospitalares, descartáveis, medicamentos, filmes radiográficos, bem como relativos a contratação de serviços laboratoriais, telemedicina, lavanderia, refeição, entre outros descrito na Proposta Financeira.

5.5. Quando a contratada não atingir as metas contratuais ou indicadores de desempenho não forem atingidos, poderá haver glosa ou sanções ao pagamento da parcela fixa.

5.5. O pagamento mensal será fixo, com parcela fixa e pagamento variável dos pacientes que ultrapassarem 24horas de internação, após inserção no SUSFÁCIL.

5.6. A quantidade de atendimentos mensais pela Contratada poderá ser menor ou maior do que a estabelecida no Edital, exigindo-se, nesse caso, justificativa.

5.7. Cada parcela mensal de pagamento de recursos referente ao Custeio e Passivo Contingente da UPA serão depositados em contas correntes específicas distintas de titularidade da CONTRATADA, até o 5° (quinto) dia útil de cada mês para pagamento da folha de salário e até 10° dia útil para pagamentos das demais despesas de custeio, observadas as disposições do Edital e do Anexo I – Termo de Referência.

5.8. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato de Gestão serão alocados para a CONTRATADA mediante pagamentos oriundos da CONTRATANTE, sendo permitido à CONTRATADA o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração, devendo ser realizada a prestação de contas dos referidos valores quando recebidos.

5.9. A CONTRATADA, conforme previsto no Plano de Trabalho, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, se responsabilizará pela gestão da conta do Passivo Contingente cuja finalidade será de assegurar o pagamento de condenações judiciais e trabalhistas, inclusive depósitos recursais, pagamento de custas processuais, honorários advocatícios e periciais bem como demais despesas inerentes à administração do passivo contencioso, sanções e juros que eventualmente sejam devidos em razão do descumprimento do objeto contratual, observadas as disposições do Edital e do Anexo I – Termo de Referência.

5.10. Os excedentes financeiros deverão ser encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde e à Comissão da UPA, para apuração e em caso de evidenciado o gasto, os valores aprovados serão restituídos à Contratada.

5.11. As despesas decorrentes deste Contrato de Gestão correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Fonte de Recurso	Ficha	Dotação
1.500	**1312**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.500	**507**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**
1.500	**508**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.92.00**
1.600/1.605/1.621	**1313**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.600/1.605/1.621	**759**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**

CLÁUSULA SEXTA — PAGAMENTOS VARIÁVEIS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO APÓS 24H DA INSERÇÃO NO SUSFACIL.

6.1. Nas situações justificadas que ocorrerem a permanência de paciente dentro da Unidade de Pronto Atendimento por mais de 24 horas, após inserção no sistema SUSFACIL, conforme definido no EDITAL, o cálculo do custo de manutenção deste paciente até que ocorra a sua transferência para unidade de retaguarda para internação, ocorrerá da seguinte forma:

6.1.1. Ápos 24 horas de permanência dentro da Unidade de Pronto Atendimento, após inserção no sistema SUS FACIL, será calculado o valor de diária ((Vlr. do Contrato /Nº Atendimento Anual Contratado[1]) x Qtd de Paciente em Observação);

6.1.2. Para essa situação excepcional, deverá ser apresentado relatório com quadro clínico do paciente e a justificativa validada com o motivo da não transferência do paciente pelo SusFácil, com comprovação de evolução das informações atualizadas a cada 06 horas do quadro clínico do paciente no SusFácil e suas negativas de não transferência;

6.1.3. A documentação comprobatória deve ser apresentada juntamente com o fechamento do mês subsequente.

Dotação a ser utilizada para os pagamentos variáveis.

Fonte de Recurso	Ficha	Dotação
1.500	**1312**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.500	**507**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**
1.500	**508**	**02.11.10.302.0017.2452.3.3.50.92.00**
1.600/1.605/1.621	**1313**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.34.00**
1.600/1.605/1.621	**759**	**02.22.10.302.0017.2452.3.3.50.39.00**

Cronograma de Desembolso dos Pagamentos Variáveis (Exercício 2024/2025)

DEZ/24	JAN/25	FEV/25	MAR/25	ABR/25	MAIO/25
R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602
JUN/25	**JUL/25**	**AGO/25**	**SET/25**	**OUT/25**	**NOV/25**
R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602	R$ 59.393,049494602

Este cronograma de Desembolso de pagamentos variáveis será realizado conforme notificação de pacientes em observação após 24 horas na UPA, após inserção do paciente no SUSFACIL, devendo ser claramente especificado o quadro clínico e a necessidade de permanencia na Unidade de Pronto Atendimento.

CLÁUSULA SÉTIMA — DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO.

7.1. O acompanhamento, avaliação e fiscalização da execução do Contrato de Gestão, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo, será efetuado pela Secretaria Municipal de Saúde.

7.2. O acompanhamento, avaliação e fiscalização do presente Contrato de Gestão será efetuado por intermédio da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização indicada pela Secretaria Municipal de Saúde e designada por decreto por Ato do Prefeito Municipal.

7.3. A Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização elaborará relatórios trimestrais sobre o cumprimento das metas acordadas, constantes nos Anexos deste contrato, que serão enviados a Secretária Municipal da Saúde, comunicando os resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas.

7.4. Os resultados e metas alcançados com a execução do Contrato de Gestão serão avaliados, quadrimestralmente pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização, formalmente designada pela CONTRATANTE.

7.5. A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela

Secretaria Municipal de Saúde no Diário Oficial do Município e, pela Organização Social no seu sítio eletrônico.

7.6. A CONTRATADA fica obrigada a fornecer à Comissão Técnica para Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão, todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades, com encaminhamento de relatórios mensais.

7.7. A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da CONTRATADA, nem a exime de manter fiscalização própria.

7.8. A Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização deverá elaborar relatório anual conclusivo quanto à execução do presente Contrato de Gestão.

7.9. Os relatórios supracitados, devidos pela Contratada, deverão ser encaminhados ao Secretário Municipal da Saúde para subsidiar a decisão quanto a continuidade do Contrato de Gestão.

7.10. A existência da Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização não impede nem substitui as atividades de auditoria e regulação da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

7.11. A confecção periódica de relatórios pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização não exime ou retira a sua prerrogativa de outras fiscalizações e de elaboração de relatórios.

7.12. Os responsáveis pela fiscalização da execução do Contrato de Gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência à Procuradoria Geral do Município, à Superintendência da Controladoria do Município, ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA OITAVA — DA ALTERAÇÃO TOTAL E PARCIAL

8.1. O presente Contrato de Gestão poderá ser alterado, mediante revisão das metas e indicadores inicialmente pactuadas, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos ou, se for o caso, apostilamentos.

8.2. O Contrato de Gestão poderá ainda ser alterado para assegurar a manutenção do seu equilíbrio econômico e financeiro na hipótese superveniente de fatos imprevisíveis ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior ou caso fortuito, configurando alea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA NONA — DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO.

9.1. Sem prejuízo das situações já definidas no Edital e no Termo de Referência constante do ANEXO I, a rescisão do Contrato de Gestão poderá ser efetivada:

9.1.1. Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato de Gestão decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

9.1.2. Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

9.1.3. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar a CONTRATANTE, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços

contratados.

9.2. Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, a CONTRATANTE providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

9.3. A CONTRATADA terá o prazo máximo de 90 (noventa dias), a contar da data da rescisão do Contrato de Gestão, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE, desde que todos os repasses financeiros tenham sido transferidos à CONTRATADA conforme cronograma estabelecido entre as partes.

9.4. Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, a utilização de forma irregular de recursos públicos; deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade; violar os princípios que regem o Sistema Público de Saúde.

9.5. A ocorrência de infração contratual sujeita a CONTRATADA, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

9.6. Garantida a defesa prévia, a inexecução total ou parcial do contrato de gestão, assim como sua execução irregular, sujeitará a Organização Social, sem prejuízo da revogação unilateral do ajuste, às seguintes penalidades:

9.6.1. advertência;

9.6.2. multa;

9.6.3. suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Araguari/MG, por período não superior a 2 (dois) anos.

9.6.4. declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

9.7. A advertência poderá ser aplicada quando ocorrer:

9.7.1. descumprimento das obrigações que não acarretem prejuízos para à Prefeitura;

9.7.2. execução insatisfatória ou pequenos transtornos ao desenvolvimento da atividade, desde que sua gravidade não recomende a aplicação da suspensão temporária ou declaração de inidoneidade.

9.7.3. A contratante poderá aplicar à contratada MULTA de:

9.7.3.1. 0,5% do valor mensal de contrato por dia de atraso na execução dos serviços;

9.7.3.2. 1% do valor mensal de contrato por inexecução parcial do serviço, caracterizada pelo descumprimento de obrigação contratual pertinaz após advertência em mês subsequente;

9.7.3.3. 5% do valor mensal de contrato por inexecução parcial do serviço, caracterizada pelo descumprimento de obrigação contratual pertinaz a primeira multa em mês subsequente;

9.7.3.4. 10% do valor mensal de contrato por inexecução parcial do serviço, caracterizada pelo descumprimento de três ou mais obrigações contratuais;

9.7.3.5. 20% do valor total do contrato, em caso de inexecução total das obrigações contratuais.

9.7.3.6. Caso haja situação em que se enquadre em mais de um caso de multa poderá ser utilizado o maior valor.

9.8. A suspensão temporária será aplicada quando ocorrer:

9.8.1. apresentação de documentos falsos ou falsificados;

9.8.2. reincidência de execução insatisfatória do ajuste;

9.8.3. reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;

9.8.4. irregularidades que ensejam a rescisão unilateral do contrato de gestão;

9.8.5. condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

9.8.6. prática de atos ilícitos visando prejudicar o contrato de gestão;

9.8.7. prática de atos ilícitos que demonstrem não possuir a Organização Social idoneidade para contratar com o Município de Araguari/MG.

9.9. A declaração de inidoneidade poderá ser proposta ao Secretário(a) Municipal de Saúde quando constatada a má fé, ação maliciosa e premeditada em prejuízo da execução do contrato, evidência de atuação com interesses escusos ou reincidência de faltas que acarretem prejuízo à Prefeitura ou aplicações sucessivas de outras penalidades.

9.10. Caso julgadas devidas as multas, após garantido à Organização Social o direito de defesa, os valores correspondentes serão abatidos ao valor mensal ajustado.

9.11. As penalidades definidas no Termo de Referência são independentes e a aplicação de uma não exclui outras que sejam pertinentes ao caso, sendo possível a aplicação de multas cumulativamente às demais sanções previstas no item 27.2. deste termo.

9.12. Pelo não cumprimento das Metas/Indicadores previstos no Termo de Referência, devidamente apuradas pela Comissão de Monitoramento e Fiscalização, serão aplicadas, proporcionalmente, as glosas de pagamento do contrato de gestão no mês seguinte à apuração.

CLÁUSULA DÉCIMA — REAJUSTE

10.1. Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da assinatura do Contrato de Gestão poderá a CONTRATADA fazer jus ao reajuste do valor contratual pelo IPCA acumulado no período, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção ou dos insuetos utilizados na consecução do objeto contratual.

10.2. O reajuste deverá ser requerido expressamente pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias que antecede a data da renovação contratual, sob pena de preclusão, acompanhado da variação efetiva do custo de produção na consecução do objeto contratual, bem corno dos instrumentos coletivos de trabalho firmados com entidades sindicais.

10.3. Após a celebração da renovação, presumir-se-á de modo absoluto a aceitação do valor do contrato, sem o reajuste requerido, para o respectivo período renovado.

10.2. Em caso de desequilíbrio da equação econômico-financeira, será adotado o critério de revisão, como forma de restabelecer as condições originalmente pactuadas.

10.3. A revisão poderá ocorrer a qualquer tempo da vigência do contrato de gestão, desde que a parte interessada comprove a ocorrência de fato imprevisível, superveniente à formalização da proposta, que importe, diretamente, em majoração de seus encargos.

10.4. Em caso de revisão, a alteração do preço ajustado, além de obedecer aos requisitos referidos no item anterior, deverá ocorrer de forma proporcional à modificação dos encargos, comprovada minuciosamente por meio de memória de cálculo a ser apresentada pela parte interessada.

10.5. Dentre os fatos ensejadores da revisão, não se incluem aqueles eventos dotados de previsibilidade, cujo caráter possibilite à parte interessada a sua aferição ao tempo da formulação/aceitação da proposta, bem como aqueles decorrentes exclusivamente da variação inflacionária, uma vez que inseridos, estes últimos, na hipótese de reajustamento contratual.

10.6. A incorporação de novos serviços, solicitados pela contratante, desde que no conteúdo material descrito no Termo de Referência, será feita por Aditivo, com a consequente revisão de valores do contrato de gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA — VIGÊNCIA – ALTERAÇÃO, RENOVAÇÃO E RESCISÃO DO CONTRATO

11.1. O presente contrato vigorará por 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado sucessivamente até o limite de 10 (dez) anos.

11.2. A renovação do presente contrato dependerá, também, da demonstração da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, consubstanciadas em relatório circunstanciado elaborado pela Comissão de Acompanhamento, Avaliação e Fiscalização do contrato de gestão.

11.3. Havendo necessidade de introdução de novas especialidades médicas, serviços especializados, atendimento de urgências/emergências, novos exames ou outra atividade decorrente de demandas, essas mudanças poderão ser previamente definidas e/ou autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, após análise técnica, quantificação do atendimento e orçamento econômico-financeiro, sendo formalizadas através de aditivo contratual, devidamente justificado.

11.4. Sem prejuízo das disposições do Edital e do Termo de Referência (ANEXO I), o presente contrato poderá ser rescindido por ato unilateral e escrito do Contratante, bem como, administrativamente por acordo entre as partes, independentemente de demais medidas cabíveis, nas situações previstas neste instrumento.

11.5. Em caso de rescisão do contrato de gestão, a Contratada se obriga a continuar prestando os serviços de saúde, objeto do contrato, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do ato rescisório.

11.6. Nas hipóteses de inexecução total ou parcial do contrato, a critério da Contratante, poderá ensejar sua rescisão, com as consequências previstas no contrato e na lei.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA — PUBLICAÇÃO

12.1. O presente Contrato de Gestão deverá ser publicado, na íntegra, no Diário Oficial do Município, ficando condicionada a essa publicação à plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA — FORO

13.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Araguari do Estado de Minas Gerais para dirimir qualquer questão oriunda do presente Contrato de Gestão ou de sua execução, renunciando a CONTRATADA a qualquer outro

foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Araguari, 14 de novembro de 2024.

THEREZA CHRISTINA GRIEP:00146934024
Assinado de forma digital por THEREZA CHRISTINA GRIEP:00146934024 Dados: 2024.11.21 09:11:01 -03'00'

CONTRATANTE
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sra. Thereza Christina Griep

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838 Dados: 2024.11.21 09:52:06 -03'00'

CONTRATADA
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

TESTEMUNHAS:

gov.br Documento assinado digitalmente
PATRICIA CARDOSO GOMIDE
Data: 21/11/2024 09:18:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

NOME: PATRICIA CARDOSO GOMIDE
CPF: 006.167.446-09

JOAO VICTOR SILVA NOGUEIRA:10438761626
Assinado de forma digital por JOAO VICTOR SILVA NOGUEIRA:10438761626 Dados: 2024.11.21 09:39:49 -03'00'

NOME: JOAO VICTOR DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 104.387.616-26

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº02/2025

O **MUNICÍPIO DE TIMÓTEO**, inscrito no CNPJ sob o nº. 19.875.020/0001-34, com sede na Avenida Acesita, nº. 3230, Bairro São José, nesta cidade, representado por seu Prefeito, Sr. Vitor Vicente do Prado e pela Secretária Municipal de Saúde e Qualidade de Vida, Érica da Conceição Ferreira Silva Pires, ora denominado MUNICÍPIO, e a Organização Social **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,** pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 45.349.461/0025-80, representada por seu diretor presidente João Pedro Monteiro Pinotti Affonso, inscrito no CPF sob o nº. 362.328.398-38, a seguir denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Lei Municipal nº 3.122/2010, Decreto Municipal nº 6.127/2025 e Leis Federais n° 8.080/90, n° 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO para realizar a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, classificada como Tipo 2, Nível 5, por meio da DISPENSA Nº 007-2025 – PROCESSO ADMINISTRATIVO 37/2025, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O presente Contrato de Gestão tem por objeto a formação de vínculo de cooperação, visando o fomento e a realização de atividades de interesse público consubstanciado na prestação de serviços técnicos especializados de operacionalização, gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento UPA Porte II, Nível 5, em consonância com as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da Secretaria Municipal de Saúde de Timóteo/MG, e Plano de Trabalho apresentado pela CONTRATADA, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

Parágrafo Primeiro: O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

Parágrafo Segundo: Fazem parte integrante deste Contrato:

a) Anexo I – Termo de Referência.
b) Anexo II – Plano de Trabalho (a ser entregue em até 30 dias após a assinatura deste contrato).

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2. Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

a) Prestar os serviços que estão especificados no Anexo I, em acordo com o estabelecido neste contrato;

b) Dar atendimento exclusivo à demanda dos usuários do SUS no estabelecimento de saúde;

c) Garantir, em exercício do presente contrato de gestão, quadro de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, compatíveis com o porte da unidade e serviços combinados e em conformidade com o quadro de equipe mínima, obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, responsabilizando-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica;

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

d) Manter profissional médico designado como Responsável Técnico (RT), com devido registro no respectivo Conselho de Classe, bem como das demais classes profissionais conforme legislação vigente;

e) A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado de especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº 1634/2002);

f) Manter um Núcleo Interno de Regulação – NIR, para o controle de vagas e transferência dos pacientes, nomeando profissional responsável para encaminhar os pedidos de recursos e de remoção e manter contato direto com a Central de Regulação de Vagas do Município;

g) Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência;

h) Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis eventualmente objetos de permissão de uso, assegurando o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

i) A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 37, §6º da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988;

j) Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

k) Administrar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

l) Comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

m) Na aquisição de bens móveis deverão ser efetuados os respectivos patrimoniamento, observada a Cláusula Terceira, item 3 do presente contrato;

n) A CONTRATADA deverá proceder à devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas ou se tornem inservíveis;

o) Disponibilizar equipe médica e de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) para o serviço de remoção por ambulância aos usuários que porventura venham a necessitar de realização de exames de diagnósticos e avaliação fora da unidade e/ou internação hospitalar, o usuário deverá ser encaminhado para o local designado pela Central de Regulação do Município;

p) Fornecer sempre que solicitados pela CONTRATANTE, os comprovantes do cumprimento das obrigações previdenciárias do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, guia de recolhimento do INSS, e do pagamento dos salários e benefícios dos empregados colocados à disposição dos serviços da unidade;

q) Arcar com todas as contas de consumo (água/esgoto, luz, telefonia) utilizadas no local da prestação dos serviços;

r) Transferir, integralmente à CONTRATANTE em caso de desqualificação ou extinção da organização social o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, em razão do contrato de gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na unidade cujo uso lhe fora permitido;

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

s) Instalar na unidade "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à contratante relatório de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;

t) Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

u) Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal, igualitário humanizado, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

v) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

w) Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários, a CONTRATADA será responsável pela guarda até o término do contrato;

x) Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

y) Relatar à Secretaria de Saúde do Município toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer do Contrato de Gestão;

z) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

aa) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

bb) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

cc) A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das unidades gerenciadas não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde;

dd) A contratada não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual;

ee) Deverá a CONTRATADA manter durante toda a execução do presente contrato as mesmas condições de idoneidade, regularidade fiscal, tributária e trabalhista demonstradas na Convocação Pública;

ff) A Organização Social de Saúde não poderá contar, na sua Diretoria, com pessoa que seja titular de cargo em comissão ou função de confiança na Administração Pública, mandato no poder legislativo ou cargo de dirigente estatutário de partido político;

gg) A CONTRATADA, ao término do contrato de gestão, deverá fornecer todas as informações necessárias à nova organização social eventualmente contratada, inclusive no que se refere ao quadro de pessoal;

hh) Adotar CNPJ filial específico para movimentar os recursos financeiros transferidos pela CONTRATANTE para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO em uma única conta bancária específica, em banco oficial, cujo objeto é não confundir os recursos próprios da instituição matriz, oriundos de outras fontes de financiamento, com os recursos repassados pela CONTRATANTE para custeio das atividades da Unidade de Pronto Atendimento (UPA);

ii) Terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o início de suas atividades para apresentar a CONTRATANTE o CNPJ específico e o nº da conta bancária única específica e em banco oficial;

jj) Todas as contratações de pessoal, serviços e compras, deverão ser realizados no CNPJ da Filial da CONTRATADA;

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

kk) Adotar todas as medidas necessárias para garantir a conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), no que tange ao tratamento de dados pessoais e sensíveis dos pacientes, usuários, colaboradores e demais envolvidos, responsabilizando-se por quaisquer danos decorrentes do descumprimento da referida legislação, inclusive quanto à comunicação de incidentes de segurança à CONTRATANTE e à ANPD;

ll) Promover, em articulação com a CONTRATANTE, ações de educação permanente em saúde, treinamentos, programas de capacitação e aperfeiçoamento técnico-operacional dos profissionais da unidade, bem como fomentar projetos de pesquisa aplicada e inovação, nos termos das diretrizes do SUS.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3. Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

a) Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato e proporcionar todas as condições para que a CONTRATADA possa desempenhar seus serviços de acordo com as determinações do Contrato, do Edital e seus Anexos, especialmente do Termo de Referência;

b) Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto, que integra este instrumento;

c) Permitir o uso dos bens móveis mediante a celebração do correspondente termo de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela CONTRATADA;

d) Inventariar e avaliar os bens referidos anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;

e) Prover a CONTRATADA com recurso de investimento, vinculada à aprovação pelas áreas técnicas da Contratante;

f) Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

g) Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CONTRATADA, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de suas propostas;

h) Notificar a CONTRATADA por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando-lhe prazo para correção de tais irregularidades;

i) Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela CONTRATADA, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital;

j) Providenciar as inspeções da execução dos serviços, com vistas ao cumprimento dos prazos, pela CONTRATADA e fiscalização da qualidade dos serviços que estão sendo prestados;

k) Solicitar substituição imediata de qualquer material ou equipamento que não atenda as exigências do Contrato de Gestão;

l) Fiscalizar as instalações da CONTRATADA, verificando se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato de Gestão;

m) Durante a vigência do contrato, a execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada pela CONTRATANTE através da COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO, devendo manter elevado o padrão de qualidade dos serviços e frequente contato com o preposto da CONTRATADA, para solução de eventuais problemas e/ou esclarecimentos.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

4. A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pela Secretaria Municipal de Saúde, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Câmara Municipal.

Parágrafo Primeiro: A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da CONTRATANTE e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

Parágrafo Segundo: A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão deverá elaborar relatório anual conclusivo sobre a avaliação do desempenho da CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro: Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário Municipal de Saúde para subsidiar a decisão do Prefeito Municipal acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

Parágrafo Quarto: A CONTRATANTE, através da Secretaria Municipal de Saúde, designou a Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão para o acompanhamento e fiscalização da execução do Contrato de Gestão, que registrará, em relatório, todas as ocorrências relacionadas com a sua execução, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados.

Parágrafo Quinto: A fiscalização exercida pela CONTRATANTE sobre os serviços contratados não eximirá a CONTRATADA de sua plena responsabilidade para com os usuários e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução deste Contrato.

Parágrafo Sexto: A CONTRATADA facilitará à CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONTRATANTE designados para tal fim.

CLÁUSULA QUINTA - DO ACOMPANHAMENTO

5. A execução do presente será acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6. O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura.

Parágrafo primeiro: O prazo de vigência contratual estipulado não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

Parágrafo segundo: O prazo estabelecido no caput poderá ser alterado mediante prévia comunicação por escrito da Administração Municipal, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias. Nos casos em que for concluído o processo de chamamento público definitivo, o contrato poderá ser rescindido antecipadamente, desde que respeitado

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

o prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência para notificação da parte contratada, garantindo-se assim o devido período para adequações e encerramento das obrigações contratuais.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Parágrafo Primeiro: Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato de Gestão, especificados em Anexo, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento e nos seus anexos, a importância global anual estimada de R$ 15.600.000,00 (quinze milhões e seiscentos mil reais), sendo o repasse mensal de R$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos).

Parágrafo Segundo: Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais). onerará a dotação 02.009.00.110.3020.2172.0.6.43.39.03. recurso 1.500.000.1002.001; 02.009.00.210.3020.2172.1.0.43.39.03, recurso1.621.000.0000.004 e 02.009.00.210.3020.2172.0.9.73.39.03 recurso 1.600.000.0000.002 no exercício de 2025, cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão.

Parágrafo Terceiro: O valor mensal do contrato corresponderá à parte fixa de 90% (noventa por cento), mediante os serviços efetivamente executados, até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços.

Parágrafo Quarto: A parte variável, 10% (dez por cento) do valor mensal, será repassada após constatação do cumprimento das metas pela Comissão, de acordo com o escalonamento abaixo:

Nota Alcançada	% de Repasse Variável
91-100	100%
81-90	90%
71-80	80%
61-70	70%
51-60	60%
0-50	Não fará jus à parte variável

Parágrafo Quinto: O pagamento do valor referente à parte variável será repassado até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços.

Parágrafo Sexto: Os recursos repassados à CONTRATADA, quando não utilizados, poderão ser aplicados em contas bancárias próprias para este fim, desde que os resultados dessa aplicação se revertam, exclusivamente, aos objetivos do Contrato e, preferencialmente, a títulos de investimentos.

Parágrafo Sétimo: O valor do contrato será reajustado anualmente conforme a variação do IPCA — Índice Nacional de Preços ao Consumidor.

CLÁUSULA OITAVA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Parágrafo Primeiro: As condições de pagamento estão pormenorizadas no Anexo I que integra o presente Contrato de Gestão.

Parágrafo Segundo: O pagamento da primeira parcela mensal ocorrerá de forma integral em até 05 (cinco) dias úteis da celebração do contrato. As demais parcelas mensais serão pagas até o dia 30 (trinta) de cada mês.

Parágrafo Terceiro: Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os Indicadores de Qualidade (indicadores de qualidade) e para os Indicadores de Produção (modalidade de

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

contratação das atividades assistenciais) estabelecidos para as modalidades de contratação. O desconto apurado será objeto de termo de aditamento nos meses subsequentes.

Parágrafo Quarto: Para a execução do pagamento, a CONTRATADA deverá informar o número de sua conta bancária, o nome do Banco e a respectiva Agência em que deverá ser creditado o valor devido pela remuneração apurada.

CLÁUSULA NONA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Parágrafo Primeiro: O presente Contrato poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, bem como com a autorização da autoridade competente.

Parágrafo Segundo: Considerando que o Contrato de Gestão se trata de um modelo de contratação definido por resultados por meio de indicadores e metas, qual implica em um processo permanente de avaliação e ajustes, a alteração contratual poderá solicitada pela CONTRATADA a qualquer momento, em situações que configure a necessidade de reequilíbrio contratual, considerando o possível aumento, supressão, alteração de serviços diante da demanda de atendimento mensal.

Parágrafo Terceiro: O pedido de reequilíbrio econômico-financeiro contratual deverá ser documentalmente comprovado, demonstrando a efetiva alteração dos serviços em relação ao inicialmente contratado.

Parágrafo Quarto: Além das possibilidades definidas nas cláusulas supra, a CONTRATADA efetuará o levantamento econômico-financeiro no prazo de 90 (noventa) dias, e apresentará à CONTRATANTE possível repactuação dos valores contratados inicialmente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10. A rescisão do presente Contrato de Gestão, por inexecução total ou parcial, obedecerá às disposições contidas na Lei de Gestão da Parceria e alterações posteriores.

Parágrafo Primeiro: Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação da permissão de uso dos bens móveis e imóveis, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo disposição legal contrária.

Parágrafo Segundo: Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o Município arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

Parágrafo Terceiro: Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

Parágrafo Quarto: A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

11. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATANTE, garantida a prévia defesa a aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência por escrito;

b) Multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 10% (vinte por cento);

c) O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de mora de até 0,5% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art. 412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo CONTRATANTE ou da aplicação das sanções administrativas.

d) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Município, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

e) Declaração de inidoneidade na prática de atos de natureza dolosa.

Parágrafo Primeiro: A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA;

Parágrafo Segundo: As sanções previstas nas alíneas desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente;

Parágrafo Terceiro: O procedimento para a apuração de descumprimento contratual é atribuído à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto: Da aplicação das penalidades, a CONTRATADA poderá interpor recurso, dirigido ao Secretário de Saúde.

Parágrafo Quinto: O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será depositado aos cofres públicos mediante a expedição de guia própria.

Parágrafo Sexto: Decretada a intervenção, a Secretária Municipal responsável deverá, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato respectivo, instaurar procedimentos administrativos para apurar as causas determinantes da medida e definir responsabilidades, assegurando o direito de ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PERMISSÃO DE USO DO IMÓVEL

12. A CONTRATANTE, por este contrato, permite o uso do imóvel onde está instalada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada na Av. Monsenhor Rafael, nº 900, Bairro John Kennedy, Município de Timóteo, exclusivamente para operacionalizar a gestão e execução das atividades e serviços de saúde objeto do presente contrato.

Parágrafo Primeiro: A CONTRATADA poderá, a partir da assinatura do presente instrumento e enquanto perdurar sua vigência, ocupar o imóvel a título precário e gratuito.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

Parágrafo Segundo: O desvio da finalidade na utilização do imóvel poderá ensejar rescisão do contrato de gestão, sem que a CONTRATADA tenha direito a qualquer pagamento ou indenização, seja a que título for, inclusive por benfeitorias nele realizadas, ainda que necessárias, as quais passarão a integrar o patrimônio do Município.

Parágrafo Terceiro: A CONTRATADA se obriga a zelar pela guarda, limpeza e conservação do imóvel e dos bens que o guarnecem, dando imediato conhecimento à CONTRATANTE de qualquer turbação de posse que porventura se verificar, ou penhora que venha a recair sobre o imóvel.

Parágrafo Quarto: A CONTRATADA providenciará a contratação de seguros para o imóvel contra incêndio ou qualquer outra espécie de dano, em favor da CONTRATANTE, nomeada como beneficiária, com vigência até o término do presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA INTERVENÇÃO DO MUNICÍPIO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

13. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela CONTRATADA, o CONTRATANTE poderá assumir imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato.

Parágrafo Primeiro: A Intervenção será feita por meio de Decreto do Prefeito Municipal, que indicará o interventor e mencionará os objetivos, limites e duração, assegurado a ampla defesa.

Parágrafo Segundo: Cessadas as causas determinantes da intervenção e não constatadas as responsabilidades dos gestores, a CONTRATADA retomará a execução do serviço.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14. A CONTRATADA será responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a este vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

Parágrafo Primeiro: A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir o objeto do contrato a terceiros, mas poderá subcontratar atividades inerentes ao objeto contratual.

Parágrafo Segundo: A CONTRATADA deverá zelar pela perfeita execução do Contrato de Gestão, bem como pela padronização, compatibilidade e gerenciamento centralizado e qualidade dos serviços, supervisionando as atividades da subcontratada e respondendo direta e solidariamente perante a CONTRATANTE pelo cumprimento das obrigações que forem objeto de subcontratação.

Parágrafo Terceiro: A subcontratada deverá apresentar à CONTRATADA os documentos de regularidade jurídica, fiscal e trabalhista exigidos na habilitação do procedimento seletivo, documentos que deverão compor a prestação de contas da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

15. O Contrato de Gestão será publicado no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

16. Fica eleito o Foro da Comarca de Timóteo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

16.1. E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Timóteo, 12 de junho de 2025.

VITOR VICENTE DO PRADO:00347231616
Assinado de forma digital por VITOR VICENTE DO PRADO:00347231616
Dados: 2025.06.13 12:18:27 -03'00'

VITOR VICENTE DO PRADO
Prefeito Municipal

ERICA DA CONCEICAO FERREIRA SILVA PIRES:06152510643
Assinado de forma digital por ERICA DA CONCEICAO FERREIRA SILVA PIRES:06152510643
Dados: 2025.06.13 09:01:32 -03'00'

ÉRICA DA CONCEIÇÃO FERREIRA SILVA PIRES
Secretária Municipal de Saúde
e Qualidade de Vida

JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Assinado de forma digital por JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO:36232839838
Dados: 2025.06.12 18:37:23 -03'00'

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Ciente do presente termo:

gov.br
Documento assinado digitalmente
VINICIUS PINHEIRO DE ANDRADE
Data: 13/06/2025 09:52:32-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

VINÍCIUS PINHEIRO DE ANDRADE
Procurador-Geral

TESTEMUNHAS: 1ª _____ 2ª _____
CPF ____.____.____-___ CPF ___.___.___-___

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem como finalidade a contratação de uma Organização Social (OS) devidamente qualificada no Município de Timóteo-MG, para realizar a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, classificada como Tipo 2, Nível 5.

1.2. A UPA funcionará de maneira ininterrupta, ou seja, 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo o acesso contínuo à assistência médica de urgência e emergência para a população.

1.3. A prestação dos serviços ocorrerá pelo período de até 12 (doze) meses, conforme estabelecido pelas seguintes normas legais:

a) Lei nº 3.122/2010 do Município de Timóteo, que trata da qualificação e atuação das Organizações Sociais no âmbito municipal.
b) Decreto Municipal nº 6.127/2025, que regulamenta aspectos específicos da contratação e funcionamento das Organizações Sociais no setor de saúde no município.

1.4. Dessa forma, busca-se assegurar a eficiência e qualidade dos serviços prestados na UPA 24h, por meio de uma gestão especializada e alinhada às diretrizes legais e operacionais estabelecidas.

2. CARACTERÍSTICAS DA UPA 24H

2.1. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro, objeto deste Termo de Referência, apresenta as seguintes classificações e especificidades operacionais:

I. Tipo: UPA 24h Tipo 2
II. Nível: 5
III. Atendimento: Ininterrupto (24 horas por dia, 7 dias por semana)
IV. Especialidades: Clínica Médica e Pediatria

2.2. Inaugurada em janeiro de 2020, a unidade foi inicialmente classificada como UPA 24h Porte II, conforme determinação da Portaria nº 10/2017 do Ministério da Saúde. Entretanto, atualmente, a UPA Geraldo dos Reis Ribeiro é categorizada como Tipo II – Nível IV, refletindo sua estrutura, capacidade operacional e abrangência no atendimento de urgência e emergência.

2.3. Relevância Demográfica e Regional

2.3.1. Segundo dados preliminares do Censo Demográfico 2022 do IBGE, o município de Timóteo-MG possui uma população estimada em 81.549 habitantes.

2.3.2. Integrando a macrorregião de Saúde do Vale do Aço, composta por 35 municípios, Timóteo se insere na Microrregião de Saúde Coronel Fabriciano-Timóteo, que contempla 8 municípios, entre eles:

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

I. Antônio Dias
II. Coronel Fabriciano
III. Timóteo
IV. Córrego Novo
V. Marliéria
VI. Jaguaraçu
VII. Dionísio
VIII. Pingo d'Água

2.3.3. Dada sua posição estratégica, a UPA Geraldo dos Reis Ribeiro é a única unidade de pronto atendimento do município de Timóteo. Contudo, na Microrregião de Saúde, há duas UPAs disponíveis para a população: uma em Timóteo e outra em Coronel Fabriciano.

2.3.4. Esse cenário evidencia que a unidade não apenas desempenha um papel crucial na assistência médica do município de Timóteo, como também se consolida como um ponto essencial da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da Rede Regional de Atenção à Saúde, prestando serviços de alta demanda e impacto regional.

2.4. Desempenho e Produtividade

2.4.1. Conforme registros do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do DATASUS, a UPA Geraldo dos Reis Ribeiro mantém uma produtividade expressiva e contínua, especialmente no atendimento ambulatorial voltado à urgência e emergência.

3. ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL

3.1. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro deverá contar com uma estrutura mínima que permita a prestação eficiente dos serviços de saúde, garantindo a segurança dos pacientes, o suporte necessário aos profissionais e o funcionamento contínuo da unidade.

3.2. Área Assistencial

3.2.1. Leitos de Urgência/Emergência: 3 unidades para atendimento a casos críticos.
3.2.2. Leitos de Observação Clínica: 9 unidades, distribuídas entre 6 para adultos e 3 para pacientes pediátricos, permitindo o acompanhamento médico adequado.
3.2.3. Salas de Isolamento: 2 unidades, destinadas ao manejo de pacientes com condições infecciosas ou que exigem isolamento hospitalar.
3.2.4. Sala de Observação/Medicação: Equipada com 12 assentos, proporcionando um ambiente adequado para pacientes em acompanhamento médico e administração de medicamentos.
3.2.5. Sala de Sutura: Estruturada para pequenos procedimentos cirúrgicos e curativos.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

3.3. Suporte Diagnóstico e Insumos

3.3.1. Farmácia: Para armazenamento e distribuição de medicamentos essenciais à unidade.
3.3.2. Almoxarifado: Espaço destinado ao armazenamento de insumos médicos e administrativos.
3.3.3. Central de Material Esterilizado: Responsável pelo armazenamento seguro de artigos esterilizados, garantindo a qualidade dos materiais utilizados nos procedimentos médicos.
3.3.4. Laboratório de Análises Clínicas: Estruturado como posto de coleta, permitindo exames laboratoriais para auxílio no diagnóstico e tratamento.
3.3.5. Sala de Raio-X: Disponível para exames radiológicos de urgência e suporte ao atendimento clínico.

3.4. Áreas Administrativas e Operacionais

3.4.1. Posto de Enfermagem: Espaço destinado à organização das atividades da equipe de enfermagem, permitindo o monitoramento contínuo dos pacientes.
3.4.2. Sala de Coordenação Médica, de Enfermagem e Administrativa: Ambientes específicos para a gestão e organização dos serviços prestados na unidade.
3.4.3. Salas Administrativas: Estrutura necessária para suporte às operações burocráticas e documentais da UPA.
3.4.4. Sala de Reuniões: Espaço dedicado a encontros estratégicos, treinamentos e discussões sobre a gestão e funcionamento da unidade.
3.4.5. Núcleo Interno de Regulação: Responsável pela organização dos fluxos de atendimento, garantindo a otimização dos recursos disponíveis e a correta alocação dos pacientes na Rede de Urgência e Emergência.

3.5. Infraestrutura para Profissionais e Apoio

3.5.1. Refeitório para Funcionários: Garantindo um ambiente adequado para alimentação e descanso das equipes de trabalho.
3.5.2. Vestiários: Espaços para troca de roupas e higiene dos profissionais de saúde.
3.5.3. Outras Dependências de Apoio: Incluem áreas técnicas e operacionais necessárias para o funcionamento regular da unidade, como sanitários, depósitos de resíduos hospitalares e espaços de circulação organizados para garantir segurança e eficiência no atendimento.

3.6. A estrutura descrita busca proporcionar um ambiente seguro, funcional e adequado para atender a demanda de urgência e emergência do município e da região, assegurando eficiência e qualidade na prestação dos serviços de saúde.

4. RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS

4.1. Para garantir a continuidade e qualidade dos serviços prestados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro, a composição mínima da equipe médica será estruturada conforme a demanda assistencial e os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, assegurando a adequada cobertura dos atendimentos em urgência e emergência.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

4.2. Equipe Médica Mínima

4.2.1. **Período Diurno:**

I. 2 médicos clínicos gerais, responsáveis pelo atendimento de pacientes adultos, triagem e manejo de casos de baixa e média complexidade.

II. 1 médico pediatra, garantindo assistência especializada às crianças e adolescentes.

III. 1 médico horizontal, com atuação contínua na unidade, supervisionando fluxos clínicos e acompanhando pacientes internados na observação.

4.2.2. **Período Noturno:**

I. 2 médicos clínicos gerais, assegurando a mesma cobertura de atendimento do período diurno.

II. 1 médico pediatra, garantindo suporte pediátrico durante a noite.

4.3. Demais Profissionais e Equipe Multidisciplinar

4.3.1. Além da equipe médica mínima mencionada, será necessário dimensionar adequadamente outros profissionais de saúde, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e as necessidades do perfil assistencial da unidade, visando a garantia de um atendimento eficiente e humanizado.

4.3.2. Essa equipe poderá incluir, entre outros:

I. Profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) para assistência direta aos pacientes e suporte às equipes médicas.

II. Fisioterapeutas, para manejo de pacientes em estado crítico ou com demandas respiratórias específicas.

III. Assistentes sociais, atuando na orientação dos pacientes e familiares, além de suporte nos encaminhamentos para serviços complementares da rede de saúde.

IV. Equipe administrativa, garantindo o suporte operacional e documental necessário ao funcionamento da unidade.

V. farmacêuticos, responsáveis pelo controle e distribuição de medicamentos.

VI. outros profissionais necessários, de acordo com a demanda assistencial específica da UPA.

4.4. O dimensionamento adequado da equipe permitirá eficiência na prestação dos serviços, minimizando gargalos e garantindo a qualidade do atendimento prestado à população.

4.5. Para garantir a qualidade do atendimento prestado e a eficiência operacional da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro, a equipe mínima será composta por profissionais especializados, de acordo com as exigências do Ministério da Saúde e as necessidades do perfil assistencial da unidade.

4.6. A estruturação da equipe busca minimizar gargalos e assegurar um atendimento contínuo e qualificado à população.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

4.7. Composição da Equipe por Categoria e Período

4.7.1. A tabela abaixo apresenta a distribuição dos profissionais, especificando carga horária, ambiente de atuação e exigências de formação e habilitação profissional:

Categoria/ Profissional	Período diurno *	Periodo noturno*	Ambiente	Escolaridade/ habilitação profissional
Médico ClínicoGeral	03	02	Pronto Atendim.	Possuir Ensino Superior completo em Medicina, registroativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência em urgência e emergência.
Médico Pediatra	01	01		Possuir Ensino Superior completo em Medicina, registroativo no respectivo conselho de categoria profissional, especialização em pediatria e preferencialmente com experiência em urgência e emergência.
Enfermeiro supervisor	01	01	Acolhimento	Possuir Ensino Superior completo em Enfermagem, registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência em Controle de infecção em estabelecimento de saúde
	01	01	Observação/ medicação	
	01	01	Urgência	
	01	0	Pronto Atendim., Urgência, Observação e Apoio, atuando como supervisor	
Técnico de Enfermagem	01	01	Acolhimento	Possuir Certificado de conclusão do curso de Técnico de Enfermagem, registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência em urgência e emergência.
	01	01	Sala vermelha	
	03	02	Medicação	
	02	02	Observação Adulta	
	01	01	Observação Pediátrica	
FarmacêuticoRT*	01	0	Farmácia	Possuir Superior completo em Farmácia, registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência relacionada a área da função.
Farmacêutico clínico	01	01	Farmácia	Possuir Superior completo em Farmácia, registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência relacionada a área da função.
Auxiliar de Farmácia	01	01	Farmácia	Possuir formação em curso Técnico em Fármácia, preferencialmente com experiência.
Almoxarife	01	0	Almoxarifado	Possuir Ensino Superior completo e preferencialmente experiência na área
Assistente administrativo	01	0	Apoio administrativo	Possuir Ensino Superior completo e preferencialmente experiência na área
Técnico emRadiologia	01	01	Sala de RX	Possuir Certificado de conclusão do curso Técnico em Radiologia, registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e experiência relacionada a área da função.
Coordenador RT* de Enfermagem	01	0	Pronto Atendim., Urgência, Observ. E Apoio	Possuir Ensino Superior completo em Enfermagem, registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência em liderança e relacionada a área da função.
Coordenador de Regulação ou cargo correspondente	01	0	Apoio Administ.	Possuir Ensino Superior completo e preferencialmente experiência na área de Regulação e Faturamento de serviços de saúde.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ 19.875.020/0001-34

Coordenador RT* Médico	01	**0**	Pronto Atendim., Urgência, Observ. E Apoio	Possuir Ensino Superior completo em Medicina comexperiência em Coordenação de Unidade de Pronto Atendimento.
Coordenador RT Médico - Radiologia	01	**0**	Serviço de Radiologia	Possuir Ensino Superior completo em Medicina comRQE em Radiologia
Coordenador Administrativo ou cargo correspondente	01	0	Apoio Administrativo	Preferencialmente com Ensino Superior completo em qualquer área de formação e experiência relacionada na área de administração em serviço público de saúde.
Diretor de Unidade ou cargo correspondee	01	0	Apoio Administrativo	Possuir Ensino Superior na área da Saúde, preferencialmente com experiência na área de serviços de saúde na rede pública.

Assessor Técnico ou cargo correspondente	01	0	Apoio Administrativo	Possuir Ensino Superior e preferencialmente experiência na área de Qualidade em serviço de saúde.
Recepcionista	02	02	Pronto Atendimento	Possuir Ensino Médio Completo e preferencialmentecom comprovação de experiência na área da função.
Auxiliar Administrativo (NIR)	01	01	Apoio Administrat.	
Auxiliar Administrativo (FAT)	02	0	Apoio Administrat.	
Técnico de segurança do trabalho	01	0	Apoio Administrativo	Possuir Certificado de conclusão do curso e registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional
Encarregado de limpeza	01	0	Apoio Administrat.	Preferencialmente com Ensino Superior completo em qualquer área
Serviços Gerais	01	0	Apoio Administrat.	Possuir Ensino Fundamental Completo e preferencialmente com experiência na área da/função.
	02	02	Salas de atendimento	
	01	0	Manutenção área externa	
Assistente social	01	0	Pronto Atendim.	Possuir Ensino Superior completo em Serviço Social,registro ativo no respectivo conselho de categoria profissional e preferencialmente com experiência relacionada a área da função.
Oficial de manutenção	01	0	Apoio Administrat.	Possuir ensino fundamental completo e preferencialmente com experiência da área de atuação.
Segurança/ Vigilante Patrimonial	02	02	UPA	Possuir ensino fundamental completo e preferencialmente com experiência da área de atuação.

4.8. A equipe será complementada conforme necessidade da unidade e regulamentação vigente, incluindo profissionais de áreas administrativas, segurança, farmácia e atendimento ao público, proporcionando uma estrutura robusta para suporte à assistência médica.

5. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

5.1. A Organização Social (OS) contratada será responsável por garantir a continuidade e qualidade de uma série de serviços terceirizados essenciais para o funcionamento adequado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro. Esses serviços visam proporcionar suporte técnico, operacional e logístico,

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

assegurando que os profissionais de saúde e os pacientes tenham todas as condições necessárias para um atendimento eficiente e seguro.

5.2. Serviços Terceirizados Incluídos no Contrato:

5.2.1. **Ambulância de Suporte Avançado (UTI Móvel):** Disponibilização de unidade móvel equipada com tecnologia avançada para o transporte de pacientes em estado grave, garantindo atendimento pré-hospitalar de alta complexidade.
5.2.2. **Engenharia Clínica:** Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos e hospitalares, assegurando sua operação dentro dos padrões de qualidade e segurança exigidos.
5.2.3. **Fornecimento de Refeições:** Alimentação adequada para profissionais e pacientes, atendendo aos requisitos nutricionais e de qualidade exigidos pelos protocolos da área da saúde.
5.2.4. **Lavanderia Hospitalar:** Higienização e esterilização de roupas hospitalares, garantindo a segurança e a higiene necessárias para o ambiente assistencial.
5.2.5. **Central de Material Esterilizado (CME):** Processamento e armazenamento adequado de artigos médicos esterilizados, assegurando sua disponibilidade para os procedimentos clínicos e cirúrgicos.
5.2.6. **Laboratório de Análises Clínicas:** Posto de coleta laboratorial para realização de exames diagnósticos essenciais ao manejo dos pacientes atendidos na unidade.
5.2.7. **Serviço de Arquivo Médico:** Organização e gestão documental dos prontuários e registros médicos dos pacientes, garantindo o armazenamento seguro das informações clínicas.

5.3. A manutenção desses serviços terceirizados permitirá a otimização dos recursos da UPA, garantindo a operação segura, eficiente e dentro dos padrões exigidos pelas normativas do Ministério da Saúde.

6. OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

6.1. A Organização Social (OS) contratada terá a responsabilidade de garantir a gestão eficiente, o funcionamento contínuo e a qualidade assistencial da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro, conforme os moldes estabelecidos neste Termo de Referência.

6.2. Principais Obrigações

6.2.1. Garantia do pleno funcionamento da UPA, assegurando que os serviços sejam prestados de maneira ininterrupta, conforme a estrutura, recursos humanos e operacionais definidos neste documento.
6.2.2. Gestão de recursos humanos, incluindo recrutamento, treinamento e supervisão de profissionais de saúde e administrativos, garantindo a conformidade com as exigências legais e assistenciais.
6.2.3. Administração logística e de manutenção, garantindo a organização dos fluxos internos, a correta alocação de materiais e a conservação da infraestrutura da unidade.
6.2.4. Cumprimento rigoroso dos protocolos assistenciais, obedecendo às diretrizes técnicas e clínicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e demais normativas pertinentes.
6.2.5. Abastecimento contínuo de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares, assegurando que a UPA esteja devidamente equipada para atender a demanda de urgência e emergência.
6.2.6. Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos e da estrutura predial, evitando falhas operacionais que possam comprometer a prestação dos serviços.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

6.2.7. Integração aos sistemas do SUS, incluindo regulação, vigilância sanitária, auditoria e controle, garantindo alinhamento com a Rede Regional de Atenção à Saúde.
6.2.8. Prestação de contas mensalmente, conforme estipulado no contrato, assegurando a transparência na gestão dos recursos públicos e na execução dos serviços prestados.

6.3. O cumprimento dessas obrigações permitirá que a UPA funcione de maneira eficiente, segura e alinhada aos padrões de qualidade exigidos, garantindo assistência adequada à população.

7. BASE LEGAL

7.1. A contratação da Organização Social (OS) para a gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro será realizada com fundamento em um conjunto de normas que regulamentam parcerias entre a administração pública e entidades do terceiro setor, garantindo transparência, legalidade e eficiência na execução dos serviços.

7.2. Normas Aplicáveis:

7.2.1. **Lei Municipal nº 3.122/2010** – Dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais no município de Timóteo, estabelecendo critérios e requisitos para que essas entidades possam atuar na gestão de serviços públicos, incluindo a área da saúde.
7.2.2. **Decreto Municipal nº 6.127/2025** – Regulamenta a execução de parcerias entre o Município de Timóteo e Organizações Sociais, definindo as condições para a formalização dos contratos, acompanhamento da gestão e monitoramento da execução dos serviços na UPA 24h.

7.3. O cumprimento rigoroso dessa base legal permitirá uma gestão eficiente, transparente e alinhada às normas vigentes, assegurando que a prestação dos serviços na UPA atenda aos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde e pelas diretrizes municipais.

8. PRAZO DE VIGÊNCIA

8.1. O contrato celebrado no âmbito desta contratação terá uma vigência máxima de 12 (doze) meses, podendo ser encerrado antes, caso ocorra a conclusão do chamamento público nº 003/2025, correspondente ao processo administrativo nº 026/2025.

8.2. Atualmente, esse chamamento público encontra-se em fase preparatória, com previsão de posterior publicação, momento em que serão definidas novas diretrizes e disposições para a continuidade da gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro.

8.3. O prazo estipulado busca garantir a continuidade da prestação dos serviços de saúde, assegurando que a transição entre gestões ocorra de maneira organizada e eficiente, sem prejuízo aos atendimentos realizados na unidade.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

9. FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO

9.1. A execução do contrato será fiscalizada e gerida por agentes designados pela Secretaria Municipal de Saúde, garantindo que a Organização Social (OS) contratada cumpra integralmente as normas e parâmetros estabelecidos no Termo de Referência.

9.2. Fiscalização da Execução dos Serviços

9.2.1. A fiscalização será conduzida por um fiscal do contrato, previamente nomeado, que terá a responsabilidade de:

I. Acompanhar a qualidade dos serviços prestados, assegurando que as diretrizes técnicas e assistenciais sejam rigorosamente seguidas.

II. Monitorar o cumprimento das metas e indicadores pactuados, avaliando o desempenho da OS na gestão da UPA.

III. Verificar a adequação dos processos operacionais e administrativos, incluindo gestão de insumos, recursos humanos e infraestrutura.

IV. Emitir relatórios periódicos sobre a execução do contrato, propondo ajustes e melhorias sempre que necessário.

9.3. Gestão do Contrato

9.3.1. A gestão do contrato será formalmente estruturada por meio de uma designação posterior, conforme decisão da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo que a administração da parceria com a OS seja conduzida de forma estratégica e eficiente.

9.3.2. O agente responsável pela gestão terá funções complementares à fiscalização, incluindo:

I. Análise da conformidade contratual, verificando se os serviços prestados atendem aos termos estabelecidos.

II. Supervisão dos processos administrativos e financeiros, garantindo a correta execução dos recursos públicos alocados à UPA.

III. Interlocução com a OS e demais órgãos competentes, promovendo um fluxo organizado de comunicação e tomada de decisões.

IV. Revisão e/ou Analise da prestação de contas mensal, assegurando transparência e controle na execução dos serviços.

9.4. Dessa forma, a fiscalização e gestão do contrato atuarão de maneira integrada, garantindo a eficiência dos serviços, a transparência na administração dos recursos e a qualidade do atendimento prestado à população.

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

10. ASPECTOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS

10.1. O custeio mensal da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geraldo dos Reis Ribeiro, considerando todos os recursos necessários para seu funcionamento integral e a prestação qualificada dos serviços de saúde, está estimado em **R$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais).**

10.2. A distribuição estimada desses recursos segue a seguinte proporção:

I. **Recursos Humanos:** até 40%, contemplando salários, benefícios e encargos trabalhistas de todos os profissionais da unidade.

II. **Medicamentos e Insumos hospitalares:** até 10%, garantindo o abastecimento contínuo dos materiais necessários para os atendimentos clínicos e emergenciais.

III. **Serviços de Terceiros (Médicos, Laboratório, Engenharia Clínica):** até 40%, incluindo contratações especializadas para suporte diagnóstico, manutenção de equipamentos e serviços terceirizados essenciais à operação da UPA.

IV. **Outras despesas:** até 10%, englobando custos administrativos, operacionais e de manutenção da unidade.

10.3. O financiamento da UPA é realizado por meio de recursos federais, estaduais e municipais, garantindo a sustentabilidade financeira do serviço e possibilitando a manutenção da qualidade no atendimento à população.

_____

Weslanda Marques Ulhôa
Subsecretária de Média e Alta Complexidade
Mat.801423

_____

Érica as Conceição Ferreira Silva Pires
Secretária Municipal de Saúde e Qualidade de Vida
Mat.804129

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

INDICADORES

Ordem	Indicador	Periodicidade de envio à SMS	Método de Avaliação	Meta	Fonte de Verificação	PTS
1	Escala Médica Completa	Mensal	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	3 médicos no diurno e 3 noturnos, todos os dias do mês	Relatório Gerencial. Apresentação de escala médica mensal	10
2	Atualização do CNES	Mensal	Relatórios mensais de Inclusão e/ou Exclusão dos profissionais, equipamentos e serviços	100% de todos os profissionais, serviços e equipamentos cadastrados no CNES.	Sistema CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Visita Técnica para conferência dos relatórios.	20
3	Comunicação de ocorrências suspeitas, doenças e agravos listados na Portaria nº 204, de 17/02/2016	Mensal	Notificações compulsórias encaminhadas a Vigilância Epidemiológica	100% das Notificações Compulsórias realizadas na UPA encaminhadas a Vigilância Epidemiológica	Relatório que será verificado pela equipe técnica da Vigilância Epidemiológica em visita técnica.	10
4	Taxa de satisfação dos usuários	Mensal	(Total de usuários satisfeitos - Ótimo e Bom – atendidos na UPA/ Total de usuários atendidos entrevistados) x 100	Mínimo de 80% de satisfação	Relatório com Resultado da Pesquisa de Satisfação	20
5	Educação Permanente	Mensal	Nº de Atividades de educação permanente realizadas.	Desenvolver no mínimo 1 Capacitação por mês com participação mínima de 80% dos profissionais.	Apresentar planilha detalhada com a categoria de profissional, nome, tema abordado das capacitações, fotografias e lista de presença.	10
6	Taxa de Solicitação de Internação/ Transferência no SUSfácil.	Mensal	(Nº de solicitações de transferência no susfácil no mês / nº total dos procedimentos realizados no mês) x 100	Menor que 6%	Relatório do SUSfácil e do SIA-SUS. (Códigos BPA: 03.01.06.009-6, 03.01.06.002-9 e 03.01.06.010-0.)	10
7	Produtividade Médica - Número de consultas médicas mensais	Mensal	N° de atendimentos mensais preconizados pelo Ministério da Saúde.	6.750 atendimentos	Relatórios SIA/SUS. Relatório Gerencial. Códigos BPA: 03.01.06.009-6, 03.01.06.002-9 e 03.01.06.010- 0.	10
8	Acolhimento com Classificação de Risco	Mensal	(nº total de Acolhimentos com Classificação de Risco registrados no SIA/SUS / nº de atendimentos na UPA) x 100	100% dos atendimentos classificados quanto ao risco	Relatório SIA SUS código (03.01.06.011-8)	10
TOTAL						**100**

(31) 3847-4712 | (31) 3847-4602
AVENIDA ACESITA, N.º 3230, SÃO JOSÉ - CEP: 35.182-000, TIMÓTEO – MG
WWW.TIMOTEO.MG.GOV.BR
CNPJ: 19.875.020/0001-34

ANEXO IV

DIPLOMAS

CORPO TÉCNICO

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Pedro Guilherme Pires Andrade Cruz**, **RG. 46.207.765-2**, o presente certificado de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em:

Gestão em Saúde

na área de conhecimento em Ciências da Saúde, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES nº 1 de 06/01/2012 e D.O.U de 09/01/2012, realizado no período de 01/10/2020 a 31/12/2021, compreendendo 422 horas.

São Paulo, 18 de maio de 2022.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Pós-graduado(a)

Prof.ª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2020-32				
Disciplina	**Corpo Docente**		**Carga Horária**	**Nota da**
	Professor	**Titulação**	**h/a**	**Disciplina**
Compreendendo o Setor da Saúde	Patricia Yukari Kinjo	Especialista	30	9,0
Epidemiologia Gerencial	Paulo David Scatena Gonçalves	Especialista	30	9,7
Experiência do Paciente	Ana Merzel Kernkraut	Especialista	30	8,0
Gestão Avançada em Saúde	Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Mestre	15	7,0
Gestão e Execução Estratégica	Ana Júlia Soares Leme	Especialista	45	7,5
Gestão de Fluxo de Paciente	Tatiane Ramos Canero	Especialista	30	8,0
Gestão Financeira em Saúde	Marcelo dos Santos Andrade	Especialista	30	9,0
Gestão de Operações e Serviços em Saúde	Denis Faria Moura Junior	Mestre	45	8,5
Gestão de Recursos Humanos em Saúde	Simone Azevedo	Especialista	30	9,0
Gestão de Risco e Segurança em Saúde	Rosane Oliveira Simoes	Especialista	20	10,0
Imersão Prática	Claudia Regina Laselva	Mestre	22	8,8
Metodologia do Trabalho Científico	Paula Vitali Miclos	Doutora	15	7,0
Trabalho de Conclusão de Curso	Claudia Regina Laselva	Mestre	60	10,0
Transformação Digital em Saúde	Michel Silva Fornaciali	Doutor	20	9,1
Carga horária total em hora/aula	---	---	**422**	---

Monografia: "PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E UMA ESTRATÉGIA PARA GESTÃO DO SUS", aprovada com nota 10,0

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução nº 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 18 de maio de 2022.

CERTIFICADO registrado sob o nº 2320/22
Fl. 48 do livro RC 07
Em 23 de junho de 2022

Pedro Guilherme P. Andrade Cruz

pgp.andradecruz@gmail.com ou projetos@pedroandradecruz.com.br

11.9-5039-3009 – Rua Topázio, nº 731, Vila Mariana, São Paulo/SP.

Objetivos: Gestão de projetos em serviços de saúde | Administração Pública – Direito Administrativo | Terceiro Setor | Gestão do SUS| Contratações Públicas

Perfil profissional:

Head em Saúde Pública | +10 anos de experiência em Gestão do SUS | Especialista em OSS e Terceiro Setor | Liderança em Projetos Estratégicos, Contratos de Gestão e Parcerias Público-Privadas.

Formação acadêmica:

- Mestrado em Saúde Pública pela USP – Universidade de São Paulo;
- MBA em Gestão em Saúde pela USP – Universidade de São Paulo;
- Especialização em Gestão de serviços de saúde pelo Hospital Israelita Albert Einstein;
- Especialização e Direito Administrativo pela PUC;
- Graduação em Direito pela FADI-Sorocaba.

Experiências profissionais:

- **AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil –** Desde julho de 2024.

Diretor de Projetos em Saúde Pública.

🔷 Principais entregas e responsabilidades:

✅ Desenvolvimento e implantação de projetos estratégicos de gestão hospitalar, ambulatórios e unidades de pronto atendimento, com foco na ampliação da capacidade assistencial e na eficiência operacional;

✅ Elaboração de planos de trabalho e modelos assistenciais para contratos de gestão, considerando as realidades locais, o perfil epidemiológico da população e os parâmetros da legislação vigente;

✅ Apoio técnico na estruturação de propostas para chamamentos públicos e licitações, com análise jurídica, administrativa e financeira;

✅ Atuação integrada com secretarias municipais e estaduais de saúde, promovendo alinhamento institucional, pactuação de metas e soluções personalizadas para redes de atenção à saúde;

✅ Participação em projetos de implantação de unidades móveis de saúde, reorganização de fluxos assistenciais e requalificação de equipamentos públicos de saúde;

- **Instituto Vital Gestão Pública –** Desde maio de 2024.

Consultor Executivo em Gestão de Serviços de Saúde

🔷 Principais entregas e responsabilidades:

✅ Condução de todo o processo de restruturação do Instituto, desde a concepção institucional até a obtenção de CNPJ, registros, enquadramentos jurídicos e regularização em conselhos e órgãos públicos;

✅ Elaboração do Estatuto Social, com base nos marcos legais aplicáveis (Lei nº 13.019/2014, Código Civil e normas correlatas), assegurando governança, transparência e aderência aos princípios da administração pública;

✅ Estruturação da prestação de contas;

✅ Elaboração de planos de negócios para a estruturação de Unidades Móveis de Saúde, com definição de modelo assistencial, dimensionamento de equipes, análise de viabilidade econômico-financeira, proposta de operação e sustentabilidade, voltados à atuação em áreas de vulnerabilidade e apoio a políticas públicas locais;

✅ Atuação direta na captação de recursos públicos e privados, articulação institucional com entes federativos e elaboração de propostas técnicas para chamadas públicas e emendas parlamentares;

✅ Coordenação da execução dos projetos sociais e de saúde, com gestão de equipes, metas, resultados e prestação de contas, sempre com foco na legalidade, eficiência e impacto social.

IPAGESP- Instituto de Pesquisa e Apoio à Gestão Pública – Desde julho de 2020 até junho de 2025.

Diretor Executivo e Head

✅ Coordenação da operacionalização de 40% dos serviços de SADT no SUS do Distrito Federal, com foco em ampliação da oferta de exames e implantação de modelo baseado em metas de desempenho;

✅ Desenvolvimento do modelo de gestão e estruturação da concessão pública do Hospital Regional de Toledo/PR, promovendo inovação e sustentabilidade na saúde estadual;

✅ Vencedor da licitação do Hospital da Polícia Militar do DF, com contrato no valor de R$ 87.782.500,00;

✅ Atuação ativa em relações governamentais com Deputados Federais, Senadores e o Ministério da Saúde, especialmente nas discussões sobre a Lei Geral das Organizações Sociais e a legislação do SUS;

✅ Apresentação ao Governador Cláudio Castro (RJ) do projeto REAME-RIO – Rede Ambulatorial do Rio de Janeiro, como alternativa de ampliação do acesso à saúde especializada;

✅ Implantação da Unidade Móvel de Oftalmologia Escolar – "Projeto Um Olhar na Escola", levando exames oftalmológicos e óculos de grau aos estudantes da rede pública;

✅ Reestruturação do Hospital Nossa Senhora do Ó (Paulista/PE), com mudança de perfil assistencial para se tornar a única Unidade Pré-Hospitalar do município;

✅ Criação da Federação das Organizações Sociais de Saúde, com foco na articulação institucional e fortalecimento do modelo de gestão pública por resultados;

✅ Credenciamento dos Hospitais Silvio Romero e Itaquera, sob gestão do IPAGESP, com vistas à ampliação do atendimento ao SUS na cidade de São Paulo;

✅ Elaboração do plano de reabertura do Hospital Nossa Senhora do Ó, em Recife, fortalecendo a rede hospitalar local;

✅ Execução de R$ 8.000.000,00 milhões em emendas parlamentares no município de Goiânia, com a implantação de Unidades Móveis de Saúde para atendimento itinerante.

- ***Ministério da Saúde***

Consultor jurídico e Analista Técnico no DECOOP – Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde.

🔹 Principais atribuições e entregas institucionais:

✅ Participação ativa na formulação de medidas emergenciais durante a pandemia da COVID-19, com foco na adequação jurídica de contratos e parcerias para manutenção da assistência em meio à crise sanitária;

✅ Emissão de pareceres técnicos sobre modelos de gestão pública em saúde, com destaque para a análise jurídica da viabilidade de parcerias com consórcios intermunicipais e outros instrumentos de cooperação interfederativa;

✅ Análise de modelos de contratualização com metas de desempenho, estruturação de indicadores assistenciais e parâmetros de eficiência, sempre alinhando as metodologias de gestão ao ordenamento jurídico e aos princípios da administração pública;

✅ Participação em comissões técnicas e consultivas para a padronização de práticas de governança em saúde, incluindo critérios para repasses federais, prestação de contas;

✅ Apoio técnico-jurídico a gestores estaduais e municipais na estruturação de contratos, planos de trabalho e modelos assistenciais, com especial atenção à compatibilidade legal dos instrumentos com os princípios do SUS;

✅ Contribuição na formulação de diretrizes normativas voltadas à ampliação do acesso, qualificação da gestão e fortalecimento das redes de atenção à saúde, por meio de pareceres fundamentados e tecnicamente embasados.

- **Centro de Diagnósticos de Barueri/SP -** De janeiro de 2018 até julho de 2021.

Diretor Jurídico e Administrativo

✅ Gestor e vencedor de licitação no valor de R$ 450.982.789,00, conduzindo todas as etapas técnicas e jurídicas do processo;

✅ Elaboração e implantação dos Processos Operacionais Padrões (POPs) nos departamentos jurídico e administrativo, promovendo padronização, agilidade e segurança institucional;

✅ Gestão jurídica de mais de 120 contratos ativos e da cadeia de fornecedores, com atuação em compliance contratual, controle de risco e governança;

✅ Responsável pela governança institucional da maior operação de exames do SUS, com a execução de mais de 540 mil exames mensais, garantindo conformidade legal e eficiência na prestação de serviços;

✅ Gestão do Plano de Contingência durante a pandemia da COVID-19, enfrentando cortes de 40% nos repasses financeiros e mantendo a continuidade dos serviços essenciais;

✅ Responsável pela Prestação de Contas ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, com aprovação das contas e transparência nos resultados;

✅ Atuação em relações governamentais junto à Secretaria de Saúde e demais órgãos públicos, contribuindo para a articulação de políticas e pactuações administrativas.

- **Prefeituras de Mairinque, Cerquilho e Capela do Alto.**

Secretário Municipal de Saúde em Cerquilho e Secretário Jurídico de Cerquilho e Capela do Alto.

Universidade Nove de Julho

UNINOVE

O Reitor da Universidade Nove de Julho - **UNINOVE**,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de
Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde
Área de Concentração: Gestão em Sistemas de Saúde
em 06 de dezembro de 2016, confere o título de

Mestra em Administração a

Denise Mathias

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 29 de novembro de 1962,
RG nº 13.257.958-3 - SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 05 de julho de 2017.

PROF. EDUARDO STORÓPOLI
Reitor

PROFA. MARIA CRISTINA BARBOSA STORÓPOLI
Pró-Reitora Acadêmica

DENISE MATHIAS
Diplomada

PROFA. DRA. MARCIA CRISTINA ZAGO NOVARETTI
Diretora

PROF. APARECIDO LUCIMAR MUNSON
Secretário de Registro de Diplomas

Cartório ALBINO NEVES
Reg. Civil/Tabelionato de Notas
Albino Barbosa Neves - Titular
AUTENTICAÇÃO: A presente cópia está idêntica ao seu original apresentado, dou fé.
Arujá, 22 AGO. 2022
Autorizada
de autenticidade. Av.
Arujá-SP. (11) 4655-
Autenticação R$4,39
AUTENTICAÇÃO
AU0072AB0989080

CÓPIA EXTRAÍDA
NESTA SERVENTIA
CÓPIA REDUZIDA

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - UNINOVE

Curso Reconhecido pela Portaria MEC nº 271, de 09/04/2013, publicada no D.O.U. em 10/04/2013. Instituição recredenciada conforme Portaria Ministerial nº 1.350, de 01/12/2016, publicada no D.O.U. em 02/12/2016.

UNINOVE

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO

Diploma registrado sob n.º 220972
Processo n.º 00195/17-MM
nos termos do Artigo 48 da Lei 9394/96.
São Paulo, 05 de julho de 2017.

Setor de Registro de Diplomas

De acordo,

Prof. Aparecido Lucimar Munson
Secretário de Registro de Diplomas

Cartório ALBINO NEVES
Reg. Civil/Tabelionato de Notas
Albino Barbosa Neves - Titular
AUTENTICAÇÃO: A presente cópia está idêntica ao seu original apresentado, dou fé.
Arujá 22 AGO. 2022
Autorizada
de autenticidade. Av. 600, Arujá-SP. (11) 4655-
autenticação R$4,39
AUTENTICAÇÃO
AU0072AB0989081

222.680

CURRÍCULO LATTES

Denise Mathias

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4381755935687542

Última atualização do currículo em 26/07/2020

Resumo informado pelo autor

Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistema de Saúde (PMPA-GSS) - Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Dissertação aprovada: Proposta de um roteiro para auxiliar o gestor no processo de monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência e internação hospitalar no sistema único de saúde. Vivência em Faturamento SUS - Ambulatorial e Hospitalar (BPA e AIH) desde 1995. Experiência na implantação do SINASC e do SCNES, elaboração da FPO. Ministrado treinamentos dos respectivos Sistemas. Gestão da Informação SUS. Graduada em Fisioterapia - UNESP- (ex IMESPP) Pte. Prudente.

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Denise Mathias

Dados pessoais

Nascimento 29/11/1962 - Presidente Prudente/ - Brasil

CPF 041.048.478-44

Formação acadêmica/titulação

2015 - 2016 Mestrado Profissional em Gestão em Sistemas de Saúde. Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São Paulo, Brasil

Título: Proposta de um roteiro para auxiliar o gestor no processo de monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência e internação hospitalar no sistema único de saúde, Ano de obtenção: 2016

Orientador: Chennyfer Dobbins Abi Rached

Bolsista do(a): Bolsa Institucional Universidade Nove de Julho

2013 - 2014 Especialização em GESTÃO PÚBLICA. Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São Paulo, Brasil

Título: Glosas no SIA/SUS em Unidade Municipais de São Paulo sob governança Autárquica, no período de 2009 a 2012

Orientador: Rogeryo Leite

2009 - 2010 Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde.

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, SÍRIO, Brasil

Título: Qualificação da rede de atendimento às cirurgias eletivas no município de São Paulo

Orientador: Dr. Rodrigo Cariri

Bolsista do(a): Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

1993 - 1993 Especialização em Saúde Pública- Área Temática: Políticas, Planejamento.

Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CEAP/FSP, São Paulo, Brasil

Título: Diagnóstico de Saúde do município de Bragança Paulista

Orientador: Dra Ana

1992 - 1992 Especialização em Administração de Serviços de Saúde- Adm. Hospitalar.

Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, CEAP/FSP, São Paulo, Brasil

Título: Eficácia e Eficiência do serviço de Diagnóstico por Imagem no Hospital Municipal Dr. Artur R. Saboya

Orientador: Dr. Herval Pina Ribeiro

1982 - 1985 Graduação em FISIOTERAPIA.

INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE PRESIDENTE PRUDENTE - IMESPP, atual UNESP.

Formação complementar

2016 - 2016 Curso de curta duração em GLOBAL HEALTH NEEDS AND ORGANIZATION SEMINAR. (Carga horária: 40h). SUFFOLK UNIVERSITY BOSTON- SAWYER BUSINESS SCHOOL, SUFFOLK, Estados Unidos

2000 - 2000 Curso de curta duração em Sistema Nacional de Auditoria do Mun. São Paulo. (Carga horária: 40h). Ministério da Saúde, MS, Brasília, Brasil

1997 - 1997 Curso de curta duração em Educação em Saúde: A Proposta Pedagógica em Questã0. (Carga horária: 60h). Secretaria Municipal da Saúde - SP, SMS-SP, Brasil

1993 - 1993 Curso de curta duração em Curso de Chefia da Rede Municipal da Saúde. (Carga horária: 68h). Secretaria Municipal da Saúde - SP, SMS-SP, Brasil

1991 - 1991 Curso de curta duração em Desenvolvimento Gerencial - Saúde do Trabalhador. (Carga horária: 186h). Faculdade de Medicina - USP, USP, Brasil

1989 - 1989 Curso de curta duração em Reabilitação em Hanseníase. (Carga horária: 100h).

Hospital Lauro Souza Lima, SES- HLSL, Brasil. Bolsista do(a): Secretaria de Estado da Saúde

1987 - 1987 Extensão universitária em Formação de Acupunturista. (Carga horária: 130h).

Associação Brasileira de Fisioterapeutas, ABF, Brasil.

Atuação profissional

1. Secretaria Municipal da Saúde - SP - SMS-SP -1991 – 2015

Vínculo: Servidor público, Enquadramento funcional: Especialista em Saúde - Fisioterapeuta, Carga horária: 40, Regime: Integral (Dedicação exclusiva).

a) 2009 - 2015: Autarquia Hospitalar Municipal – AHM, Assessora de TIC e Faturamento SUS;
b) 2001 - 2008: Hosp. Munic. Infantil Menino Jesus – HMIMJ,Chefe de Estatística e Faturamento SUS;
c) 1997 - 2001: Núcleo de Epidemiologia Pesquisa e Informação – NEPI/ARS-1, Chefe do NEPI;
d) 1995 - 1997: Administração Regional de Saúde - Centro - ARS-1, Responsável pelo Faturamento SUS;
e) 1994 - 1995: Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação – CEPI- Assistente Técnico;
f) 1992 - 1994: Hosp. Munic. Vereador José Storopolli - HMVJS- Chefe do SAME;
g) 1991 - 1992: Hosp. Munic. Prof. Dr. Alípio Corrêa Neto - HMACN- Chefe da Reabilitação;

2. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo - SES

1989 - 1991 Vínculo: Servidor público, Enquadramento funcional: Fisioterapeuta Centro de Saúde II, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva

3. Universidade Estadual Paulista- Campus Presidente Prudente - UNESP-PP

1985 - 1987 Vínculo: Celetista, Enquadramento funcional: Supervisor de Estágio, Carga horária: 40, Regime: Integral

Outras informações:

Supervisora de Estágio nos seguintes setores: Fisioterapia aplicada à Geriatria no Hospital Bezerra de Menezes; Fisioterapia aplicada à Neurologia, Ortopedia e Traumatologia na Fisioclínica; Fisioterapia aplicada a Ortopedia e Traumatologia no Ambulatório do IMESPP (atual campus da UNESP); e Fisioterapia Hospitalar nos Hospitais Nª Sra. das Graças e Hospital Nª Sra. de Fátima.

4. Pensão Portuguesa - PP

1984 - 1985 Vínculo: Empresária do ramo de Hotelaria, Enquadramento funcional: Empresária, Carga horária: 60, Regime: Dedicação exclusiva

Produção Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. Clique para acessar o artigo ROSA, C. D. P.; MATHIAS, D.; KOMATA, C. C.

Custo do gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS): Estudo de caso da unidade de terapia intensiva de infectologia de um hospital público em São Paulo. geas., v.4, p.127 - 143, 2015.

2. Mathias, D.; ROSA, C. D. P.; Proposta de um roteiro para auxiliar o gestor no processo de monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência e internação hospitalar no sistema único de saúde. 2016. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016. bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/1550/2...

ROSA, C. D. P.; Mathias, D.; Rovai, R. L.; Sistemas de informação na área da saúde: a informação clínica como instrumento de trabalho para os profissionais de saúde. v. 15, n. 2 (2015). www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/...

ROSA, C. D. P.; Mathias, D.; Monitoramento do Faturamento nos Setores de Urgência/Emergência no Sistema Único de Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. Nº. 2, 2018. Artículo de Revista en Dialnet. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6693234

Produção técnica

Demais produções técnicas: Curso de curta duração ministrado

1. MATHIAS, D. Curso Intensivo de Administração Hospitalar, 2011.

2. MATHIAS, D. I Curso de Sistema de Informação do SUS da Autarquia Hospitalar Municipal, 2010.

3. MATHIAS, D. Curso de Instrutores de Educação Física, 1991.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PAULO ROBERTO DE CARVALHO SCAMILLA, em segunda-feira, 26 de junho de 2023 17:24:02 GMT-03:00, CNS: 11.189-8 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ORDEM E PROGRESSO

ALBERT EINSTEIN
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos a **Rodrigo Machado de Araujo**, **RG. 09818771-9**, o presente certificado de conclusão do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em:

Gestão de Serviços Hospitalares

na área de conhecimento em Administração de Setores Específicos, promovido pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, credenciado pela Portaria Ministerial MEC/SERES n.º 1 de 06/01/2012 e D.O.U. de 09/01/2012, realizado no período de 01/09/2019 a 31/08/2020, compreendendo 420 horas.

São Paulo, 29 de março de 2021.

Felipe de Freitas Mendonça Marques
Secretário Acadêmico da Pós-graduação

Profª Dra. Olga Guilhermina Dias Farah
Diretora de Ensino Superior

Titulado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por PAULO ROBERTO DE CARVALHO SCAMILLA, em segunda-feira, 26 de junho de 2023 17:24:02 GMT-03:00, CNS: 11.189-8 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Pós-Graduação *lato sensu*

HISTÓRICO ESCOLAR 2019-6				
Disciplina	**Corpo Docente**		**Carga Horária**	**Nota da Disciplina**
	Professor	**Titulação**	**h/a**	
Gestão da Informação e do Conhecimento	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	30	10,0
Ciclo Contábil-Financeiro	Cléber de Moraes Motta	Especialista	30	8,0
Cadeia de Suprimentos	Robson Danúbio da Silva César	Mestre	30	9,0
Estágio	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	40	10,0
Gestão Comercial	Cléber de Moraes Motta	Especialista	30	7,5
Gestão de Facilities	Lincoln Aragoni Gomes	Especialista	30	10,0
Gestão por Processos	Paula Vitali Miclos	Doutora	30	10,0
Gestão de Pessoas e Produtividades	Simone Cristina Azevedo Silva	Especialista	36	10,0
Introdução à Administração em Saúde e Gerenciamento de Projetos	Rubens Baptista Junior	Especialista	30	10,0
Metodologia da Pesquisa Científica	Olga Guilhermina Dias Farah	Doutora	24	9,7
Qualidade e Segurança em Saúde	Sandra Christina Pereira Lima	Mestre	50	9,0
Trabalho de Conclusão de Curso	Paula Vitali Miclos	Doutora	60	8,5
Carga horária total em hora/aula	---------	---------	**420**	---------

Monografia: "AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MELHORIAS NA PERFORMANCE DE TRIAGEM EM PRONTO SOCORRO", aprovada com nota 8,5

OBSERVAÇÃO: Este curso cumpre as exigências regulamentares da Resolução n.º 1 de 6 de abril de 2018 do Conselho Nacional de Educação.

São Paulo, 29 de março de 2021.

CERTIFICADO registrado sob o n.º 1220/21

Fl. 341 do livro RC 06

Em 25 de maio de 2021

PREFEITURA DE CRUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Minas Gerais, 500 – I Retiro – Cruzeiro/SP
CEP: 12712-010
Tel/Fax: (12) 3141-1110
e-mail: saude@cruzeiro.sp.gov.br

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela gestão municipal de saúde da Prefeitura Municipal de Cruzeiro, inscrita no CNPJ/MF sob nº 46.668.596/0001-01, atesta para fins de conteúdo curricular e participação em licitações públicas, que o Sr. Rodrigo Machado de Araújo, RG 09818771-9 e CPF/MF 072.939.957-50 atuou como superintendente, interventor e gestor administrativo dos serviços de urgência e emergência, ambulatoriais e hospitalares, a partir de 01 de outubro de 2015, em unidade hospitalar sob intervenção municipal, contendo o descritivo de serviços devidamente cadastrados no CNES. conforme elencados abaixo:

Nome:			**CNES:**	**CNPJ:**
SANTA CASA			2024691	47431697000119
Nome Empresarial:			**CPF:**	**Personalidade:**
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZEIRO			--	JURÍDICA
Logradouro:			**Número:**	
AVENIDA MAJOR NOVAES			715	
Complemento:	**Bairro:**	**CEP:**	**Município:**	**UF:**
HOSPITAL	CENTRO	12701330	CRUZEIRO	SP
Tipo Unidade:	**Sub Tipo Unidade:**	**Gestão:**		**Dependência:**
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL		INDIVIDUAL

PROFISSIONAIS SUS	
Médicos	**162**
Outros	**180**

Atendimento Prestado	
Tipo de Atendimento:	**Convênio:**
AMBULATORIAL	PARTICULAR
AMBULATORIAL	SUS
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	SUS
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PARTICULAR
SADT	PLANO DE SAUDE PRIVADO
SADT	PARTICULAR
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR
URGENCIA	PLANO DE SAUDE PRIVADO
Fluxo de Clientela:	
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 8202300718084051020 8-1; Data: 30/07/2018 08:48:33
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AHE40105-N4CN; Valor Total do Ato: R$ 4,23
Bel. Válber de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Scanned by CamScanner

PREFEITURA DE CRUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Minas Gerais, 500 – I Retiro – Cruzeiro/SP
CEP: 12712 010
Tel/Fax: (12) 3141 1110
e-mail: saude@cruzeiro.sp.gov.br

Leitos			
ESPEC - CIRURGICO			
Codigo	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
03	CIRURGIA GERAL	24	15
ESPEC - CLINICO			
Codigo	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
41	NEONATOLOGIA	4	3
33	CLINICA GERAL	50	32
31	AIDS	4	4
COMPLEMENTAR			
Codigo	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
75	UTI ADULTO - TIPO II	10	10
OBSTETRICO			
Codigo	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	21	13
PEDIATRICO			
Codigo	**Nome Leitos**	**Leitos Existentes**	**Leitos SUS**
45	PEDIATRIA CLINICA	13	10

Inclui-se na relação de serviços sob sua gestão, dentre outros, a Agência Transfusional, os Serviços de Imagem, a contratualização com o Município para Serviço de Pronto Socorro Municipal e intermediação dos serviços de Remoção em Ambulância UTI, regulados pelo Sistema CROSS de Urgência, bem como os demais pertinentes à manutenção das atividades do nosocômio.

Sem mais para o presente, subscrevemo-nos

Cruzeiro, 06 de outubro de 2015

André Mauro Veiga Barbosa
Secretário Municipal de Saúde

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 8202300718084051020 8-2; Data: 30/07/2018 08:48:33
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AHE40104-XPIL; Valor Total do Ato: R$ 4,23
Bel. Válber de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Scanned by CamScanner

Câmara Municipal de
São Luiz do Paraitinga
Protocolo
25 MAI 2016
Hora 9:30
Nº 407/2016

CÂMARA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SÃO LVIZ DO PARAITINGA -SP

MOÇÃO DE PARABENIZAÇÃO

O Vereador Marco Antônio dos Santos, com a aquiescência dos demais pares, requer, nos termos regimentais da Câmara Municipal da Estância Turística de São Luiz do Paraitinga, seja consignada a presente moção ao Senhor **Rodrigo Machado de Araújo**, pela dedicação e compromisso demonstrado para com os interesses da Santa Casa de Misericórdia de São Luiz do Paraitinga durante o período que dirigiu a entidade.

O cargo que ocupava demandava muita responsabilidade, principalmente na condição complicadíssima que se encontrava o hospital, sob a égide de intervenção Municipal, mas soube desempenhar a missão com excelência, nunca lhe faltando a humanidade que, aliada à seriedade e à vontade de melhorar, marcou de forma muito positiva sua passagem na entidade.

No mais, estou certo que com o nível de competência que lhe assiste, uma nova, e ainda mais próspera fase de sua vida se inicia, é por isso que lhe desejo sorte nesta jornada e que continue sendo esta excelente pessoa.

Obrigado.

São Luiz do Paraitinga, aos 24 de maio de 2016.

Marco Antônio dos Santos
Vereador

APROVADO POR UNANIMIDADE DOS VEREADORES PRESENTES NA 8ª SESSÃO ORDINARIA DO CORRENTE ANO EM UNICA DISCUSSÃO E VOTAÇÃO
26/05/16

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 8202300718084051020 8-3; Data: 30/07/2018 08:48:33
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AHE40103-KCU4; Valor Total do Ato: R$ 4,23
Bel. Válber de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Scanned by CamScanner

Prefeitura Municipal de Cruzeiro
Estado de São Paulo

PORTARIA Nº 786, DE 12 DE JUNHO DE 2015.

RAFIC ZAKE SIMÃO, Prefeito Municipal de Cruzeiro, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

I – Nomear, a partir desta data, o Sr. Rodrigo Machado de Araújo, portador do RG.nº 09818771-9 SSP/SP., e do CPF nº 072.939.957-50, para o cargo de provimento em comissão de Secretário Municipal de Administração , junto a Secretaria Municipal de Administração, nos termos da Legislação vigente.

II – Encaminhe-se cópia da presente ao Departamento de Recursos Humanos e ao nomeado.

Cruzeiro, 12 de junho de 2015.

RAFIC ZAKE SIMÃO
Prefeito Municipal

Publique-se,registre-se e arquive-se. Em 12 de junho de 2015.

Ana Claudia Garcia Ramos Biondi
Escriturária

CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.870-0
Autenticação Digital
De acordo com os artigos 1º, 3º e 7º inc. V 8º, 41 e 52 da Lei Federal 8.935/1994 e Art. 6 Inc. XII da Lei Estadual 8.721/2008 autentico a presente imagem digitalizada, reprodução fiel do documento apresentado e conferido neste ato. O referido é verdade. Dou fé
Cód. Autenticação: 8202300718084051020 8-4; Data: 30/07/2018 08:48:33
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C: AHE40102-EGKS; Valor Total do Ato: R$ 4,23
Bel. Válber de Miranda Cavalcanti Titular
Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br
Scanned by CamScanner

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

O Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas confere a

BRAINERD BERNARDES PINTO BANDEIRA

Cadastro de Pessoa Física - CPF: 00358716365

Certificado do Curso

MBA Executivo em Administração: Gestão de Clínicas, Hospitais e Indústrias da Saúde

Nível Especialização (Pós-graduação lato sensu), área de conhecimento Negócios, Administração e Direito, com 432 horas-aula, concluído em 25 de junho de 2022.

Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 2023.

Flavio Carvalho de Vasconcelos
Diretor
FGV EBAPE

1ª Via

FGV FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

HISTÓRICO ESCOLAR

FGV IDE

Nome do aluno: Brainerd Bernardes Pinto Bandeira		Registro na instituição: E-365387		
Naturalidade: Viçosa - MG	Data de nascimento: 19/01/1984	Período de realização do curso: 24/10/2020 a 25/06/2022		
Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão de Clínicas, Hospitais e Indústrias da Saúde	Total de horas-aula cumpridas: 432h	Coeficiente de Rendimento: 9,66		
Disciplina	**Docente Responsável**	**Titulação**	**H / A**	**Média Final**
Contabilidade Financeira	Márcio Mellaci	Mestre em Administração	24	10,00
Fundamentos de Gerenciamento de Projetos	Francis Paulus Martins	Mestre em Administração	24	9,30
Gestão Estratégica	Michel Leonardo Conte	Especialista em Marketing	24	9,70
Gestão de Pessoas na Sociedade do Conhecimento	John Julio Oppenheim Cymbaum	Mestre em Mestre em Administração	24	10,00
Marketing	Hiram Pereira Baroli	Mestre em Comunicação e Semiótica	24	10,00
Negociação e Administração de Conflitos	Cláudio Ferreira de Oliveira	Especialista em Administração Estratégica	24	10,00
Plano de Negócios em Saúde	Alessandra Helena Valente Miyazaki	Mestre em Administração de Empresas	24	8,50
Gestão de Custos em Saúde	Wagner Tadeu de Souza Carvilhe	Mestre em Controladoria Empresarial	24	8,50
Gestão Sustentável das Organizações de Saúde	Eduardo Rosa Pedreira	Doutor em Teologia	24	10,00
Medição de Valor em Saúde	Carlos Eduardo Sverdloff	Mestre em Farmacologia Clínica	24	9,00
Gestão Baseada em Evidências em Saúde	Fabio Ferreira de Carvalho Junior	Mestre em Medicina	24	10,00
Gestão da Informação, Inovação e Internet das Coisas em Saúde	Alan Jonathan Kulikovski Troccoli	Especialista em Gerenciamento de Projetos	24	10,00
Gestão do Suprimento de Bens e Serviços em Saúde	Geraldo Luiz de Almeida Pinto	Mestre em Sistemas de Gestão	24	9,40
Gestão dos Serviços: a experiência dos Pacientes na Saúde	Daniel Luiz Novaes Machado	Mestre em Administração de Empresas	24	10,00
Orçamento para Organizações de Saúde	Marcelo Martinho Pedro	Mestre em Administração	24	10,00
Planos de Saúde: Regulação e Mercado	Cláudio da Rocha Miranda	Mestre em Engenharia de Produção	24	9,50
Qualidade e Compliance em Saúde	Fernando Oetterer Arruda	Mestre em Administração	24	10,00
Visão da Área Jurídica, Mediação e Arbitragem em Saúde	Priscilla Saito Nunes de Souza	Especialista em Responsabilidade Civil	24	10,00

Sistema de Avaliação para cada disciplina: - Grau mínimo: 7, 00 (escala de 0 a 10) - Frequência/participação mínima: 75,00%

E -365387

BRAINERD BERNARDES PINTO BANDEIRA

CURRICULUM VITAE

JULHO / 2020

Dados Pessoais

Nome:	Brainerd Bernardes Pinto Bandeira
Filiação:	Abderval Pinto Bandeira Júnior Sueli Agra Bernardes Pinto Bandeira
Nascimento:	19/01/1984, Viçosa – MG, Brasil
RG:	123106699-4, SSP – MA, Data de expedição: 08/10/1999
CPF:	003.587.163-65
CRM:	16.598 DF
Endereço:	CCSW 4, Lote 4, Bloco D, Apto. 311, Ed. Top Master, Sudoeste, Brasília – DF, CEP 70.680-480
Telefones:	Residencial: (61) 35464354 Celular: (61) 981470262
Endereços eletrônicos:	e-mail principal : brainedbandeira@gmail.com e-mail alternativo : brainedbandeira@yahoo.com.br

Formação Acadêmica/Titulação

2013-2014:	Aprimoramento em Radiologia Musculoesquelética HCor/Teleimagem, São Paulo – SP, Brasil.
2009-2011:	Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Programa 2009-2011. Hospital Universitário de Brasília – HUB/UnB, Brasília – DF, Brasil.
2002 – 2007:	Graduação em Medicina. Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís – MA, Brasil. *Monografia: Avaliação ultrassonográfica da espessura endometrial em usuárias de terapia hormonal de baixa dose na pós-menopausa.* *Orientadora: Dra. Profa. Luciane Maria Oliveira Brito.*

Formação Complementar

2010 – 2010:	Metodologia e Ética Científica - Curso de pós-graduação / Nível Mestrado – 60h Universidade de Brasília - UnB, Brasil.
2010 – 2010:	Tóp. Selecionados em Anatomia - Curso de pós-graduação / Nível Mestrado – 30h Universidade de Brasília - UnB, Brasil.
2004 – 2005:	Capacitação Administrativa - Treinamento em Informática. DATACONTROL, Brasil.
1997 – 2000: **2003 – 2004:**	Curso Básico, Intermediário e Avançado de Inglês. Instituto Cultural Brasil - Estados Unidos, ICBEU, Brasil.

Atuação profissional

05/2019 – atual:	Médico Radiologista prestador de serviço em Intelimagem Medicina Diagnnóstica LTDA. Gramado, Brasil.

02/2016 – atual: Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB/EBSERH).
Brasília, Brasil

04/2016 – 04/2017: Médico Radiologista prestador de serviço na Clínica Ressonance
Brasília , Brasil.

04/2015 – atual: Médico Radiologista prestador de serviço em Diagnostik
Brasília, Brasil.

06/2014 – atual: Médico Radiologista prestador de serviço na Clínica Villas Boas
Brasília, Brasil.

02/2014 – atual: Médico Radiologista concursado em 1º lugar pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB)
Brasília, Brasil.

10/2013 – 02/2014: Médico Radiologista prestador de serviço no Hospital Vitória
São Paulo, Brasil.

10/2013 – 01/2014: Médico Radiologista prestador de serviço no Hospital São Luiz Jabaquara
São Paulo, Brasil.

08/2013 – 02/2014: Médico Radiologista prestador de serviço no Hospital Santa Virgínia
São Paulo, Brasil.

08/2012 – 01/2013: Médico Radiologista prestador de serviço na Clínica Village
Brasília, Brasil.

06/2012 – 01/2013: Médico Radiologista prestador de serviço na Empresa Radiologia Santa Marta
Brasília, Brasil.

03/2012 – 09/2012: Médico Radiologista prestador de serviço voluntário no Hospital Universitário de Brasília
Brasília, Brasil.

02/2012 – 01/2013: Médico Radiologista prestador de serviço na Empresa Diagnóstico
Brasília, Brasil.

02/2012 – 01/2013: Médico Radiologista prestador de serviço na Clínica Central Imagem
Brasília, Brasil.

02/2012 – 04/2012: Médico Radiologista prestador de serviço na Empresa Ecomed
Brasília, Brasil.

11/2010 - atual Médico contratado pelo Programa de Gerenciamento de Casos.
GEAP, Brasília, Brasil.

02/2008 - 01/2009: Médico do Programa Saúde da Família.
Ministério da Saúde, Brasil.

Cursos de Extensão

1. Curso de Cuidados Primários em Saúde.
   Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil, 2003.
2. Curso de Cuidados Primários de Saúde: Assistência pré-natal.
   Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil, 2003.
3. Treinamento para Ações de Controle da Dengue e Malária.
   Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil, 2003.
4. Curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI.
   Universidade Federal do Maranhão, UFMA, São Luís, Brasil, 2006.
5. Curso de Radiologia Torácica.

Núcleo Integrado de Aprimoramento Profissional, NIAP, São Luís, Brasil, 2007.

6. Capacitação em diagnóstico e Tratamento da Dengue, com Ênfase em Manejo Clínico de Pacientes com Febre Hemorrágica da Dengue.
   Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doença, Pinheiro, Brasil, 2008.

Cursos e Participações em Eventos

1. 4th IDKD Intensive Course in South America: Musculoskeletal Diseases
   São Paulo – SP, Brasil, Outubro-Novembro/2019 - Car
2. 49ª Jornada Paulista de Radiologia (JPR'2019). Carga Horária: 27 horas e 45 minutos
   São Paulo – SP, Brasil, Maio/2019 – Carga Horária: 26 horas e 30 minutos.
3. Radiological Society of North America's 104th Scientific Assembly and Annual Meeting
   Chicago – IL, Estados Unidos, Novembro/2018 – Carga Horária: 44 horas.
4. 48ª Jornada Paulista de Radiologia (JPR'2018).
   São Paulo – SP, Brasil, Maio/2018 – Carga Horária: 26 horas e 30 minutos.
5. 8º Curso Anual do GERME – Módulo Joelho.
   São Paulo – SP, Brasil, Fevereiro/2018 – Carga Horária: 10 horas.
6. 46ª Jornada Paulista de Radiologia (JPR'2016).
   São Paulo – SP, Brasil, Maio/2016 – Carga Horária: 26 horas e 30 minutos.
7. 6º Curso Anual do GERME – Mãos e Punhos.
   São Paulo – SP, Brasil, Fevereiro/2016 – Carga Horária: 10 horas.
8. 5º Curso Anual do GERME – Músculos, Tendões, Ênteses e Afins.
   São Paulo – SP, Brasil, Fevereiro/2015 – Carga Horária: 8 horas e 40 minutos.
9. Curso de Ultrassonografia Musculoesquelética
   Cetrus, São Paulo – SP, Brasil, Fevereiro/2014 – Carga Horária: 54 horas.
10. Curso Hands On – RM, TC, RX e USG do Quadril, Bacia e Articulações Sacro-ilíacas
    PersonalRad, São Paulo – SP, Brasil, Novembro/2013 – Carga Horária: 15 horas.
11. Curso de Internal Derangements of Joints Comprehensive MR Imaging Course: From Basics to Advanced Concepts
    São Paulo – SP, Brasil, Junho/2013.
12. 14º Congresso Mundial de Ultrassonografia em Medicina e Biologia (WFUMB 2013)/16º Congresso Latino Americano de Ultrassom(FLAUS 2013)/43ª Jornada Paulista de Radiologia (JPR'2013).
    São Paulo – SP, Brasil, Maio/2013 – Carga Horária: 26 horas e 30 minutos.
13. Curso de Densitometria Óssea.
    São Paulo – SP, Brasil, Maio/2013 – Carga Horária: 14 horas.
14. Curso de Física de Ressonância Magnética.
    São Paulo – SP, Brasil, Abril/2013 – Carga Horária: 16 horas.
15. XI Encontro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do InRad (Imagine 2013)
    São Paulo – SP, Brasil, Março/2013 – Carga Horária: 24 horas.
16. Stoller Tutorial
    São Paulo – SP, Brasil, Maio/2012
17. Curso de Ecografia Vascular (Carótidas e Vertebrais / Arterial e Venoso MMII/MMSS).
    Cetrus, São Paulo – SP, Brasil, Janeiro/2012 – Carga Horária: 80 horas.
18. Curso de Ultrassonografia do Sistema Musculoesquelético - Dr. Renato Sernik.
    Brasília – DF, Brasil, Setembro/2011 – Carga Horária: 14 horas.
19. Curso de Ressonância Magnética Mamária.

Brasília – DF, Brasil, Fevereiro/2011 – Carga Horária: 12 horas.

20. 1º Curso Anual do GERME – Módulo Joelho.
São Paulo – SP, Brasil, Fevereiro/2011 – Carga Horária: 13 horas e 50 minutos.

21. Curso de Ultrassonografia do Sistema Musculoesquelético.
Escola de Ultrassonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto – EURP, Ribeirão Preto – SP, Brasil, Fevereiro/2011 – Carga Horária: 50 horas.

22. Curso de Reciclagem Nacional em Radiologia do Colégio Brasileiro de Radiologia em Medicina Interna.
Brasília – DF, Brasil, Março/2010 – Carga Horária: 6 horas.

23. Curso de Metodologia Científica
Brasília – DF, Brasil, Abril/2010 – Carga Horária: 15 horas.

24. Curso de Ética Médica do CRM – DF
Brasília – DF, Brasil, Outubro/2009 – Carga Horária: 16 horas.

25. XIII Curso de Atualização em Imagem da SPR (Prof. Dr. Feres Secaf)
Brasília – DF, Brasil, Agosto/2009 – Carga Horária: 20 horas.

26. Curso de Radiologia Torácica.
Núcleo Integrado de Aprimoramento Profissional, NIAP, São Luís – MA, Brasil, 2007.

Idiomas

Português:	Compreende bem. Fala bem. Lê bem. Escreve bem.
Inglês:	Compreende bem. Fala bem. Lê bem. Escreve bem.

Iniciação Científica

08/2004 - 07/2006: Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq vinculado ao Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.
Titulo do projeto: Achados ultrassonográficos em pacientes climatéricas submetidas à terapia hormonal de baixa dose.
Orientadora: Dra. Profa. Luciane Maria Oliveira Brito.

Projetos de Extensão

08/2002 - 02/2003: Bolsista de Extensão Universitária vinculada ao Departamento de Patologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.
Projeto: Laboratório de Imunologia Aplicada.

02/2003 - 01/2006: Extensão Universitária vinculada ao Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.
Projeto: Aconselhamento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) na Vila Embratel.

02/2003 - 01/2006: Extensão Universitária vinculada ao Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.
Projeto: Prevenção e assistência à gravidez em adolescentes de 10 a 19 anos no bairro Vila Embratel.

02/2003 - 01/2006: Extensão Universitária vinculada ao Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.
Projeto: Ambulatório de Cuidados em Pediatria.

2004 - 2007: Liga Acadêmica de Afecções Renais – LARE.
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, São Luís, Brasil.

2005 - 2007: Liga Acadêmica de Trauma e Emergência - LATE.
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, São Luís, Brasil.

Monitoria/Preceptoria

02/2014 – atual: Médico Radiologista Preceptor no Programa de Residência Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB)
Brasília, Brasil.

09 - 10/02/2007: Palestrante na Disciplina Informática Aplicada à Saúde no Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil – Curso de Especialização em Saúde da Mulher, São Luís, Brasil.
Tema: Introdução ao Epi Info.

2006 - 2007: Monitoria na Disciplina de Semiologia I vinculada ao Departamento de Medicina I da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.

Estágios

01/2004 - 06/2004: Estágio no Projeto de extensão da PREXAE-UFMA vinculado ao Departamento de Patologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís, Brasil.
Projeto: Ambulatório Laboratório de Imunologia Aplicada.

01 - 30/09/2006: Estágio em Medicina Interna I pela *International Federation of Medical Students' Associations – IFMSA*, nos Hospitais da Universidade de Coimbra – HUC, Coimbra, Portugal.

Produção Bibliográfica

Livros Publicados

1. NASCIMENTO, M. D. S. B., SILVA, L. M., LEAL, P. C., CANTANHEDE, K. L., BANDEIRA, B. B. P., SILVA, R. D. L., REIS, W. P., BANDEIRA NETO, A. P., ARAGÃO, P. W., VIANA, G. M. C., BURATTINI, M. N. **O resgate da produção científica do curso de Medicina da UFMA: monografias de conclusão de curso - 1988 a 2002**. São Luís: EDUFMA, 2005, v.1. p. 421.

Artigos Publicados

1. BRITO, L. M. O., BANDEIRA, B. B. P., SILVA, A. M. N., PINHEIRO, G. L., PINHEIRO, A. L., SANTOS, S. M., CHEIN, M. B. C. **Avaliação ultrassonográfica da espessura endometrial em usuárias de terapia hormonal de baixa dose na pós-menopausa**. Reprod. Clim.; 25(1):11-15, 2010. tab.

2. SILVA, A. M. N., CHEIN, M. B. C., BRITO, L. M. O., BANDEIRA, B. B. P., CALDERONI, S. A., BRITO, L. G. O., NAVARRO, P. A. A. S. **Efeito da terapia hormonal de baixa dose com norgestimato na densidade mamográfica de mulheres na pós-menopausa**. Reprod. clim; 23(4):155-161, out.-dez. 2008. tab.

Trabalhos Publicados em Anais e Eventos em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

1. BANDEIRA, B. B. P., BRITO, J. R. M., SOUZA, P. T., FREITAS, A. L. R. M., COVRE, J. A., FERREIRA, F. M., SCHITINI, C., MATOS, V. L. Lesões do ângulo pontocerebelar diagnóstico diferencial por achados de imagem. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

2. SOUZA, P. T., FARAGE, L., COVRE, J. A., FERREIRA, F. M., BANDEIRA, B. B. P., BRITO, J. R. M., FREITAS, A. L. R. M., COIMBR, C. M. F. Lesões suprasselares avaliadas por métodos de imagem. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

3. FREITAS, A. L. R. M., BEZERRA, A. S. A., VASCONCELOS, R. A., FARAGE, L., FERREIRA, F. M., BANDEIRA, B. B. P., RAMOS, J., SOUZA, P. T. Conteúdo aéreo anômalo na tomografia ensaio iconográfico. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

4. SOUZA, P. T., SOARES, M. V. A., FREITAS, A. L. R. M., COVRE, J. A., FERREIRA, F. M., BANDEIRA, B. B. P., BRITO, J. R. M., METZGER, H. Doença renal cística unilateral. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

5. SOARES, J. A. C., PAULA, W. D., FERREIRA, F. M., BRITO, J. R. M., BANDEIRA, B. B. P., SOUZA, P. T., FREITAS, A. L. R. M., MATZGER, H. Manifestações torácicas de doenças reumatológicas em um hospital universitário. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

6. BRITO, J. R. M., SOUZA, P. T., FREITAS, A. L. R. M., COVRE, J. A., FERREIRA, F. M., BANDEIRA, B. B. P., MAGALHÃES, M. O. G., GUIMARÃES, M. L. Hérnias abdominais avaliação por métodos de imagem. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

7. FERREIRA, F. M., COIMBRA, C. M. F., BANDEIRA, B. B. P., RAMOS, J., SOUZA, P. T., FREITAS, L. R. M., COVRE, J. A., NASCIMENTO, L. S. Paralisia Supranuclear Progressiva – Relato de Caso. In: XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Radiologia**. Rio de Janeiro, 2010.

8. BANDEIRA, B. B. P., BARRA, F. R., SCHITTINI FILHO, C. S., SOARES, J. A. C., SOUZA, P. T., GONÇALVES, F. G., SILVA, M. R., CABRAL, M. Malformações fetais avaliadas pela ressonância magnética: Ensaio pictórico e revisão bibliográfica. In: International Symposium on Pediatric Radiology, 2009, Rio de Janeiro. **Annals of International Symposium on Pediatric Radiology**. Rio de Janeiro, 2009.

9. SOUZA, P. T., MARTINS, V. I., BANDEIRA, B. B. P., SCHITTINI FILHO, C. S., COVRE, J. A., GONÇALVES, F. Esclerose tuberosa – Ensaio pictórico. In: International Symposium on Pediatric Radiology, 2009, Rio de Janeiro. **Annals of International Symposium on Pediatric Radiology**. Rio de Janeiro, 2009.

10. SOARES, J. A. C., SOUZA, P. T., SCHITTINI FILHO, C. S., BANDEIRA, B. B. P., GONÇALVES, F., MENDONÇA, J. L. F. Achados de imagem nas facomatoses. In: International Symposium on Pediatric Radiology, 2009, Rio de Janeiro. **Annals of International Symposium on Pediatric Radiology**. Rio de Janeiro, 2009.

11. SCHITTINI FILHO, C. S., SILVA, M. R., COVRE, J. A., SOUZA, P. T., BANDEIRA, B. B. P., GONÇALVES, F. Ensaio iconográfico das craniossinostoses primárias. In: International Symposium on Pediatric Radiology, 2009, Rio de Janeiro. **Annals of International Symposium on Pediatric Radiology**. Rio de Janeiro, 2009.

12. BANDEIRA, B. B. P., BRITO, L. M. O. Aspectos ultrassonográficos em pacientes climatéricas submetidas à terapia hormonal de baixa dose. In: II Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFMA, 2006, São Luís. **Anais do II CONEPEX da UFMA**. São Luís, 2006.

15. BANDEIRA, B. B. P. Ultrassonografia transvaginal em pacientes climatéricas submetidas à terapia hormonal de baixa dose. In: I Congresso Latino-Americano de Ginecologia Endócrina, 2006, Salvador. **Anais do I Congresso Latino-Americano de Ginecologia Endócrina**. Salvador, 2006.

16. CALDERONI, S. A., BRITO, L. M. O., BANDEIRA, B. B. P., SILVA, A. M. N., SILVA, B. T.F. Aspectos mamográficos em pacientes climatéricas submetidas à terapia hormonal de baixa dose. In: XVII Seminário de Iniciação Científica, 2005, São Luís. **Anais do XVII Seminário de Iniciação Científica**. São Luís, 2005. p. 101 – 101.

Fundação Técnico-Educacional
Souza Marques
Escola de Medicina

O Diretor da Escola de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de Graduação Médica em 16 de dezembro de 1982, confere o título de Médico a

Antonio Carlos Pinoti Affonso

filho de Manuel Affonso Morales e de Maria Judith Pinoti Affonso, nascido a 11 de agosto de 1959, natural do Estado de São Paulo

e outorga-lhe o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 1982

Secretário

Diretor

Diplomado

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TITULOS DA COMARCA DE LINS-SP
RUA OLAVO BILAC, 500 - F.: (14) 3522-3636 / 3532-4301
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL dou fé
LINS-SP, 01 JUN 2016
Em test° da verdade
Shalino Silva Sampaio - Tabeliã
Frederico Pereira Alves Mazzetti - Subst. Designado
Andrea Rosa Cardoso Silva - Preposta Subst.
Rodrigo Martinis do Nascimento
Luiz Eduardo Pereira Rodrigues
José Mariano Junior
Carla Danielle Lelis Ramos
Escreventes Autorizados
Camila da Silva Sa
Escrevente
Tabeliã - Lins/SP
122382
AUTENTICAÇÃO
0532AB0361892

Curso de MEDICINA

Reconhecido pelo Decreto n.º 78.665/76

D. O. 05/11/1976

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO [illegible]

Diploma registrado sob n.º 1184

Livro 01 fls. 59V 14/01/83

Processo n.º 749 83

[illegible]

Divisão de [illegible] 14/01/1983

VISTO

DO ESTADO DE SÃO PAULO

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTOS E TÍTULOS DA COMARCA
RUA OLAVO BILAC, 500 - F. (14) 3522

AUTENTICAÇÃO

ESTA CONFORME O ORIGINAL apresentado

LINS-SP, 01 JUN 2016

Em test. _____ da verdade

( ) Shalimar [illegible] - Substituto

( ) Frederico Pereira [illegible] - Substituto

( ) Andréia Rosa Cardoso Silva - Substituto

( ) Rodrigo Martines [illegible] - Substituto

( ) Luiz Eduardo Pereira Rodrigues - Substituto

( ) José Mariano Junior

( ) Carla Danielle Leite Ramos

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

COLÉGIO NOTARIAL DO BRASIL

122382

AUTENTICAÇÃO

0532AB0361893

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

FUNDAÇÃO DOM CABRAL
FDC
DESENVOLVIMENTO DE EXECUTIVOS E EMPRESAS

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE LINS-SP
RUA OLAVO BILAC, 500 - F. (14) 3522-3836 / 3532-4301
AUTENTICAÇÃO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL dou fé
LINS-SP 01 JUN 2016
Em test° _____ da verdade
( ) Shaline Sizzi Bertini - Tabeliã
( ) Frederico Pereira Alves Mazzioti - Subst. Designado
( ) Andrea Rosa Cardoso Silva - Escrevente Subst.
( ) Rodrigo Martines do Nascimento
( ) Luiz Eduardo Pereira Rodrigues } Escreventes
( ) José Mariano Junior } Autorizados
( ) Carla Danielle Leite Ramos
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
COLÉGIO NOTARIAL DO BRASIL
SP 122382 AUTENTICAÇÃO SP 0532AB0361888
Camila Stefani Santos
Escrevente
1º Tabelião / Lins/SP

O Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa certifica que

ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO

concluiu, conforme disposições do verso, o curso de Pós-graduação lato sensu – Especialização em Gestão em Saúde, oferecido de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007.

São Paulo, 31 de maio de 2011

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Coordenador do Curso e Diretor de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Profa. Silene de Fatima Lopes Magalhães
Gerente Coordenadora de Pós-graduação da Fundação Dom Cabral

Antonio Carlos Pinoti Affonso

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Pós-graduação lato sensu – Especialização em Gestão em Saúde

Coordenação: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

e Profa. Silene de Fatima Lopes Magalhães

Período: Março/2010 – Dezembro/2010

Currículo	Carga Horária
Gestão	440h
Atenção à saúde	
Educação	
Projeto aplicativo	

Conceito Final: Aprovado

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC: Projeto aplicativo segurança do paciente cirúrgico

Certificado registrado sob nº: 116/2010

Expedido em: 31/5/2011

Secretaria Acadêmica:

1º TABELIAO DE NOTAS E DE PROTE... LETRAS E TITULOS DA COMARCA DE LIN...
RUA OLAVO BILAC, 500 - F... (14) 3522-3836 / 3532-...
AUTENTICAÇÃO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL dou fé
LINS-SP 01 JUN 2016
Em test°
da verdade
( ) Shaline Silva Bomfim - Tabuliã
( ) Frederico Pereira Athai Mazziotti - Substº Designado
( ) Andréa Rosa Cardoso Silva - Substª Designada
( ) Rodrigo Martines do Nascimento
( ) Luiz Eduardo Pereira Rodrigues
( ) José Maridno Junior
( ) Carla Danielle Leit...
Escreventes
Autorizados
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
COLÉGIO NOTARIAL DO BRASIL
122382
AUTENTICAÇÃO
0532AB0361889

PARTE 5

PROPOSTA DO PLANO DE TRABALHO

AHBB

ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS E PLANILHA FINANCEIRA

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2025 –
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE
UPA 24h. Dr. B. Mitidieri, localizada em Boquim/SERGIPE
RUBRICADO ELETRÔNICAMENTE POR JP. PINOTTI – PARTE 5 - AHBB

Sumário

1. Alocação dos recursos financeiros.....1003

Rateio administrativo.....1006

Conclusão da Proposta do Plano de Trabalho – Aprovada pelo Conselho de Administração da AHBB.....1023

1. Alocação dos recursos financeiros

O **valor estimado** da contratualização é de R$ 2.164.204,85 (dois milhões, cento e sessenta e quatro mil, duzentos e quatro reais e oitenta e cinco centavos); e, anual, de R$ 25.970.458,20 (vinte e cinco milhões, novecentos e setenta mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais e vinte centavos).

O **valor mensal da proposta da AHBB** é de R$ 2.142.562,80 (*dois milhões, cento e quarenta e dois mil, quinhentos e sessenta e dois reais e oitenta centavos*.

E anual de **R$ 25.710.753,60** (vinte e cinco milhões, setecentos e dez mil, setecentos e cinquenta e três reais e sessenta centavos).

O orçamento anual da UPA de Boquim, apresentado na planilha "Projeto Sergipe – Boquim", totaliza **R$ 25.710.753,60**, ou **R$ 2.142.562,80** por mês.

Esse valor foi distribuído em grandes blocos de custeio, cada qual voltado a sustentar dimensões essenciais da operação e a garantir a evolução do serviço ao longo da vigência contratual.

Gasto com pessoal e reflexos. Aproximadamente um terço do orçamento (cerca de R$ 8,46 milhões ao ano) destina-se aos salários-base de todas as categorias, aos encargos sociais obrigatórios (INSS, FGTS, RAT, contribuições a terceiros), às provisões de férias e 13.º salário, às coberturas de ausências previstas em CLT e às eventuais indenizações de rescisão.

A esse bloco soma-se um "Índice de Segurança Técnica", correspondente a cerca de 4 % da folha, criado como colchão financeiro para acomodar reajustes de data-base, dissídios coletivos e oscilações inflacionárias sem tensionar o fluxo de caixa da unidade.

Materiais de consumo. Um quinto dos recursos (R$ 5,2 milhões/ano) sustenta o insumo físico que viabiliza o cuidado: medicamentos padronizados, materiais médico-hospitalares descartáveis (cateteres, kits de sutura, EPIs), dietas enterais e gases medicinais. Esses itens foram dimensionados com base no perfil assistencial 24 horas da UPA, aplicando-se consumo médio ponderado por paciente e margens de segurança para sazonalidades epidemiológicas.

Serviços prestados por terceiros. Para garantir hotelaria, apoio logístico e especialistas complementares, cerca de R$ 7 milhões anuais cobrem contratos de nutrição, limpeza, lavanderia, central de material esterilizado, manutenção de equipamentos, plantões de profissionais em regime de pessoa jurídica e a execução de exames de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) in loco.

Essa terceirização libera a equipe interna para foco assistencial e transfere riscos operacionais a fornecedores qualificados.

Alterações contratuais vinculadas a datas-base e fatores macroeconômicos. Os efeitos dos dissídios anuais, da inflação medida pelo IPCA e de outras variações sistêmicas ficam absorvidos pelo mesmo "Índice de Segurança Técnica" mencionado no bloco de pessoal, prevenindo a necessidade de repactuações frequentes com o ente público.

Política de educação continuada. Foram reservados cerca de **R$ 420 mil** ao ano para um programa permanente de capacitação, que engloba trilhas EAD obrigatórias (segurança do paciente, protocolos ACLS, Manchester etc.), oficinas presenciais e auditorias clínicas, assegurando que a equipe acompanhe as melhores evidências e sustente os indicadores de qualidade.

Serviço de ouvidoria. Para garantir transparência e participação social, **R$ 60 mil** anuais financiam a implantação de um canal 0800, o licenciamento do módulo OuvidorSUS em nuvem, a gestão dos chamados e a divulgação periódica dos resultados à comunidade e ao gestor.

Comissões técnicas. As comissões de prontuário, óbito, controle de infecção, segurança do paciente, ética profissional e CIDOTT dispõem de dotações específicas ou de frações dos envelopes de consultoria, educação continuada e SADT.

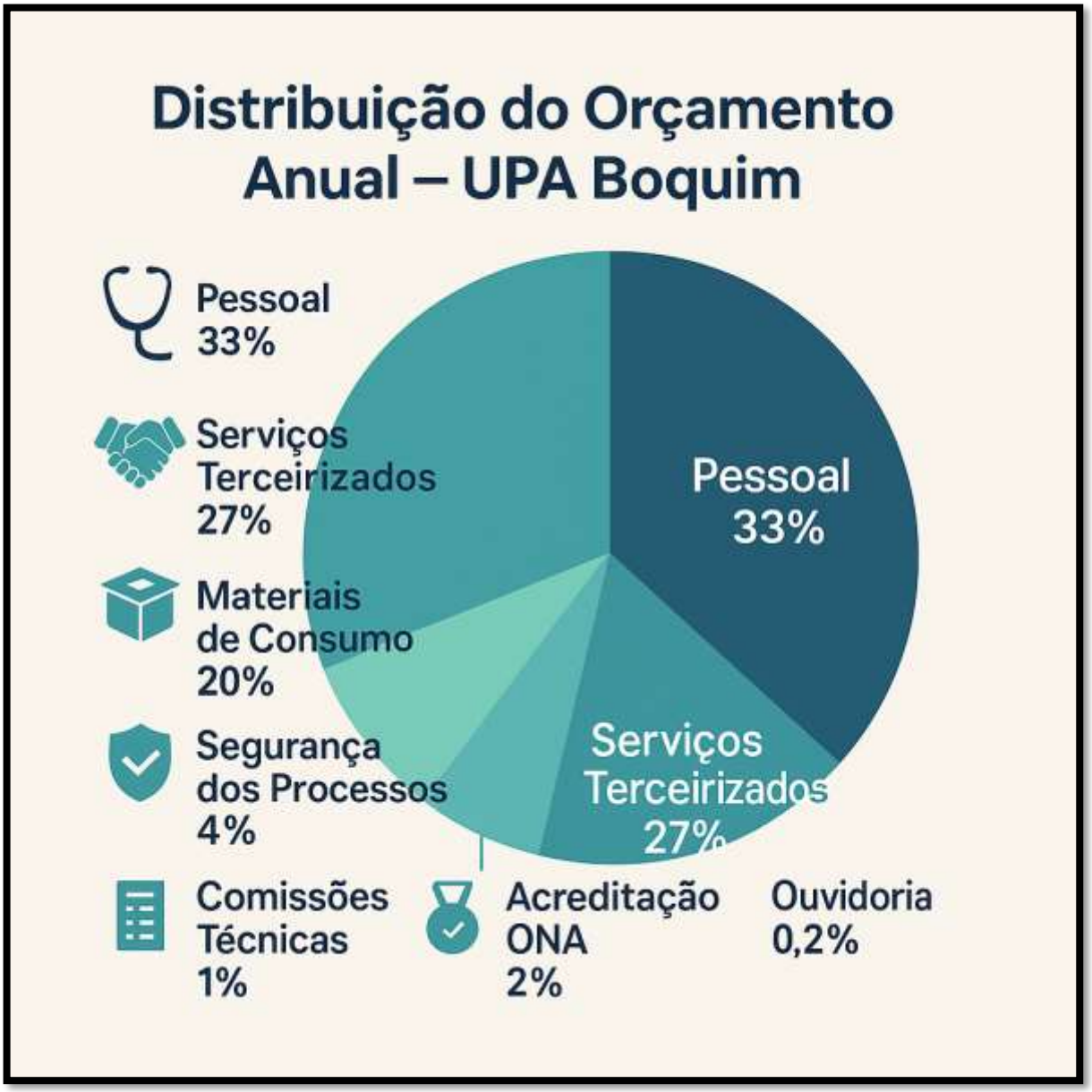
No conjunto, cerca de **R$ 240 mil** anuais cobrem horas-técnicas de auditores, consultores, sistemas de apoio documental e reuniões ordinárias – tudo para manter conformidade regulatória e aprimorar processos assistenciais.

Política de segurança dos processos de gestão em saúde. Aproximadamente **R$ 958 mil** por ano são destinados a vigilância patrimonial, CFTV, brigada de incêndio, infraestrutura de TI com backups redundantes e governança de dados conforme a LGPD. Esses aportes mitigam riscos físicos e informacionais, protegendo pacientes, colaboradores e patrimônio público.

Acreditação ONA (Nível I em até 24 meses). Por fim, existe um envelope de **R$ 540 mil** voltado exclusivamente à jornada de acreditação. Nos seis primeiros meses será feito o diagnóstico de aderência; entre o sétimo e o décimo oitavo mês ocorrerá a implantação de protocolos críticos e auditorias internas; os seis meses finais concentram as avaliações externas e os ajustes finais exigidos pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG-ONA). O valor abrange taxas de inscrição, consultoria especializada, auditorias simuladas e treinamento Lean Six Sigma voltado à sustentação dos processos.

Em síntese, o desenho orçamentário viabiliza não apenas a operação cotidiana da UPA de Boquim, mas também a sua evolução contínua em qualidade, segurança e eficiência,

mantendo reservas técnicas para enfrentar pressões econômicas e assegurando o cumprimento de metas estratégicas como a certificação ONA dentro dos dois primeiros anos de contrato.



Rateio administrativo

Despesas compartilhadas em Organizações Sociais de Saúde – como justificar "até 5 % da receita líquida" exigidos pelo edital de Sergipe

1. O que diz (e o que não diz) a legislação de Sergipe

- **Lei Estadual n.º 9.298/2023** Cria o Programa Estadual das OS, fixa regras de seleção e fiscalização, mas **não estabelece teto para custos indiretos (rateio corporativo)** nem metodologia de cálculo.
- **Decreto n.º 679/2024** (regulamenta o art. 13 da Lei 9.298) trata apenas dos requisitos de qualificação das entidades e do rito do chamamento; também **silencia sobre limites percentuais**.
- Ata do Conselho de Governança das OS (fev/2024) confirma várias "lacunas legislativas", indicando que, na prática, o Estado precisará **buscar referência em outras jurisdições** até que a Assembleia regulamente os detalhes faltantes.

Conclusão: hoje não há, em Sergipe, regra legal que limite o valor do rateio administrativo. Isso explica por que o **edital** se ampara num critério próprio de avaliação, atribuindo 1 ponto à "consideração de até 5 % da receita líquida" para despesas compartilhadas.

2. Referência externa: o modelo pernambucano (teto de 3 %)

A Lei 15.210/2013-PE, art. 10-A (com redação da Lei 16.771/2019), criou um micro-sistema bem definido:

Tema	Regras de Pernambuco (art. 10-A)
Teto	3 % do valor do contrato de gestão
Exigência documental	Discriminação no Plano de Trabalho
Rateio entre unidades	Permitido, desde que proporcional e sem duplicidade de fonte
Regulamentação	Portaria da SES/PE detalha contas elegíveis e planilha-padrão

Esse arcabouço é o **parâmetro mais objetivo hoje disponível no país** – mais estrito que a prática paulista, que admite até ~5 % da receita líquida sob a Resolução SS 107/2019.

3. Aplicando a analogia em Sergipe

Elemento do edital de Sergipe	Como sustentar juridicamente
Limite de 5 % da receita líquida	1) Não contraria a Lei 9.298/2023 (ausência de regra). 2) Fica **abaixo** da faixa usada por vári (Port. Interministerial 127/2008 – 5 % do objeto) e dentro da "zona de prudência" reconhecida pelo TCE-SP. 3) **parâmetro provisório** até que Sergipe edite portaria própria, tal como fez Pernambuco.
Memória de cálculo	Adote o mesmo modelo PE: identifique cada conta (TI corporativo, RH estratégico, contro etc.), mostre economia de escala e comprove inexistência de dupla fonte.
Rateio proporcional	Distribua pelo critério mais adequado (p. ex., % da receita de cada unidade ou nº documentando no Plano de Trabalho.
Prestação de contas	Lançar os custos em conta contábil própria e anexar planilha de rateio; isso facilita a auditc futuramente poderá replicar a exigência de PE.

Por que vale ponto na matriz de avaliação?

O edital quer medir a **maturidade gerencial** da proposta: quem limita voluntariamente o overhead a 5 % mostra domínio de custos e compromisso com a economicidade, ganhando vantagem competitiva sem depender de regra expressa na lei local.

6. Síntese

- **Sergipe:** legislação atual não fixa percentual → edital propôs 5 %.
- **Boa prática nacional:** 3 % (PE) ou até 5 % (SP, âmbito federal).
- **Recomendação:** usar a modelagem pernambucana como **analogia** para demonstrar controle, manter o teto de 5 % exigido no edital e preparar-se para futura portaria estadual.

Seguindo esses passos, a OSS cumpre o critério de pontuação, mitiga riscos de questionamento pelo TCE-SE e se alinha às melhores práticas já consolidadas em outros Estados.

Consideração do Percentual de até 5% da Receita Líquida com Despesa Compartilhada no Edital da UPA de Boquim: Análise do Rateio Administrativo e Aplicação por Analogia da Legislação de Pernambuco

Resumo Executivo

O presente texto analisa a pontuação de 1 ponto atribuída na matriz de avaliação do edital da UPA de Boquim para a "Consideração do percentual de até 5% da receita líquida com despesa compartilhada". Esta análise examina o conceito de rateio administrativo conforme estabelecido no artigo 10-A da Lei de Pernambuco nº 15.210/2013 e **sua aplicação por analogia** no contexto das organizações sociais de saúde em Sergipe, considerando o marco regulatório estabelecido pela Lei nº 9.298/2023 que criou o Programa Estadual das Organizações Sociais (PEOS).

1. Introdução

A gestão de unidades de saúde por organizações sociais representa um modelo de parceria público-privada que tem se consolidado no Brasil como alternativa para a prestação de serviços de saúde pública.

No contexto específico da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Mitidieri, localizada em Boquim, Sergipe, o edital de seleção de organização social estabelece critérios específicos de avaliação que incluem aspectos técnicos, econômicos e de gestão administrativa.

Entre os critérios estabelecidos na matriz de avaliação, destaca-se a atribuição de 1 ponto para a "Consideração do percentual de até 5% da receita líquida com despesa compartilhada".

Este critério reflete a importância da transparência e adequada gestão dos recursos públicos, especialmente no que se refere ao rateio de despesas administrativas entre diferentes contratos de gestão mantidos pela mesma organização social.

A compreensão deste critério requer uma análise detalhada do conceito de rateio administrativo, suas bases legais e sua aplicação prática no contexto das organizações sociais de saúde. Considerando que Sergipe possui legislação específica sobre organizações sociais, mas que pode apresentar lacunas em aspectos específicos como o rateio administrativo, torna-se relevante examinar a possibilidade de aplicação por analogia da experiência legislativa de outros estados, particularmente Pernambuco, que possui regulamentação mais detalhada sobre esta matéria.

2. O Conceito de Rateio Administrativo em Organizações Sociais de Saúde

2.1 Definição e Fundamentos

O rateio administrativo constitui um mecanismo de gestão financeira que permite às organizações sociais de saúde distribuir proporcionalmente os custos indiretos de sua administração central entre os diferentes contratos de gestão que mantêm com o poder público. Este instrumento visa otimizar a eficiência operacional e garantir a transparência na aplicação dos recursos públicos, evitando a duplicidade de custos e promovendo uma gestão mais econômica dos serviços de saúde.

No contexto das organizações sociais, o rateio administrativo assume particular relevância quando uma mesma entidade gerencia múltiplas unidades de saúde.

Nestes casos, determinadas atividades administrativas podem ser centralizadas, gerando economias de escala e melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais. Contudo, esta centralização requer um mecanismo transparente e proporcional de distribuição dos custos entre os diferentes contratos, de forma a garantir que cada unidade de saúde contribua adequadamente para os custos administrativos que lhe beneficiam.

A importância do rateio administrativo transcende aspectos meramente contábeis, constituindo-se em instrumento de governança e controle que permite aos órgãos supervisores e de controle acompanhar a adequada aplicação dos recursos públicos. Através de metodologias claras de rateio, torna-se possível verificar se os custos administrativos estão sendo distribuídos de forma justa e proporcional, evitando subsídios cruzados entre diferentes contratos e garantindo que cada unidade de saúde receba o suporte administrativo adequado ao seu porte e complexidade.

2.2 Objetivos e Benefícios do Rateio Administrativo

O rateio administrativo busca alcançar diversos objetivos fundamentais na gestão de organizações sociais de saúde. Primeiramente, visa promover a eficiência econômica através da centralização de atividades administrativas comuns, evitando a duplicação de estruturas e permitindo o aproveitamento de economias de escala. Esta centralização pode abranger áreas como recursos humanos, contabilidade, compras, tecnologia da informação, assessoria jurídica e outras funções de suporte que podem ser compartilhadas entre diferentes unidades de saúde.

Em segundo lugar, o rateio administrativo contribui para a transparência e accountability na gestão dos recursos públicos. Ao estabelecer critérios claros e objetivos para a distribuição dos custos administrativos, as organizações sociais demonstram seu compromisso com a gestão responsável dos recursos que lhes são confiados. Esta transparência é fundamental

para manter a confiança dos órgãos supervisores, dos órgãos de controle e da sociedade em geral.

Adicionalmente, o rateio administrativo permite uma melhor gestão de riscos e controles internos. Ao centralizar determinadas atividades administrativas, as organizações sociais podem implementar controles mais robustos e padronizados, reduzindo a possibilidade de erros, fraudes ou irregularidades. Esta centralização também facilita a implementação de sistemas de gestão integrados e a adoção de melhores práticas administrativas.

Por fim, o rateio administrativo contribui para a sustentabilidade financeira das organizações sociais, permitindo que mantenham estruturas administrativas adequadas sem comprometer a viabilidade econômica de contratos individuais. Isto é particularmente importante para organizações que gerenciam unidades de saúde de diferentes portes, onde a manutenção de estruturas administrativas independentes poderia ser economicamente inviável.

3. O Marco Regulatório de Pernambuco: Artigo 10-A da Lei nº 15.210/2013

3.1 Contexto Legislativo e Evolução Normativa

A Lei nº 15.210, de 19 de dezembro de 2013, do Estado de Pernambuco, representa um marco importante na regulamentação das organizações sociais de saúde no Brasil.

Esta legislação, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde (OSS) no âmbito do Estado de Pernambuco, foi posteriormente aprimorada através da Lei nº 16.771, de 23 de dezembro de 2019, que introduziu o artigo 10-A, estabelecendo regras específicas para o rateio de custos indiretos.

O artigo 10-A foi inserido na legislação pernambucana como resposta à necessidade de regulamentar de forma mais precisa os custos indiretos incorridos pela administração central das organizações sociais. Esta inovação legislativa refletiu a experiência prática acumulada na gestão de contratos de gestão e a necessidade de estabelecer limites e critérios claros para o rateio de despesas administrativas.

A introdução deste dispositivo legal representou um avanço significativo na transparência e controle dos recursos públicos destinados às organizações sociais de saúde. Ao estabelecer regras específicas para o rateio administrativo, a legislação pernambucana criou um modelo que pode servir de referência para outros estados que buscam aprimorar seus marcos regulatórios nesta área.

3.2 Análise Detalhada do Artigo 10-A

O artigo 10-A da Lei nº 15.210/2013 estabelece que "os custos indiretos incorridos pela Administração Central da Organização Social, associados ao gerenciamento da execução do

contrato de gestão, devem estar previstos na proposta de trabalho, de forma discriminada, mediante a apresentação de memória de cálculo, até o limite de 3% (três por cento) do valor do contrato, conforme dispuser o edital de seleção".

Este dispositivo estabelece três elementos fundamentais para o rateio administrativo. Primeiro, define que os custos indiretos devem estar claramente previstos na proposta de trabalho apresentada pela organização social durante o processo de seleção. Esta exigência garante que os custos administrativos sejam transparentes desde o início da relação contratual, permitindo que o poder público avalie adequadamente a proposta apresentada.

Segundo, exige a apresentação de memória de cálculo detalhada, demonstrando como os custos indiretos foram calculados e como serão distribuídos entre os diferentes contratos. Esta memória de cálculo constitui instrumento fundamental de transparência e controle, permitindo que os órgãos supervisores e de controle verifiquem a adequação e razoabilidade dos custos propostos.

Terceiro, estabelece um limite máximo de 3% do valor do contrato para os custos indiretos. Este limite visa evitar que os custos administrativos assumam proporções excessivas em relação ao valor total do contrato, garantindo que a maior parte dos recursos seja efetivamente destinada à prestação dos serviços de saúde.

3.3 Disposições Complementares sobre Rateio

O parágrafo 1º do artigo 10-A estabelece uma regra fundamental para evitar a duplicidade de recursos: "Quando os custos indiretos a que se refere o caput forem pagos também por outras fontes, a Organização Social de Saúde deve apresentar a memória de cálculo do rateio da despesa, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa".

Esta disposição é crucial para garantir a transparência e evitar que uma mesma despesa administrativa seja custeada por múltiplas fontes de recursos. A exigência de memória de cálculo do rateio permite que os órgãos de controle verifiquem se os custos estão sendo adequadamente distribuídos e se não há sobreposição de financiamento.

O parágrafo 2º do artigo 10-A autoriza a implementação de mecanismos de centralização administrativa: "Na hipótese de gerenciamento de mais de uma unidade de saúde por uma mesma Organização Social, poderá ser instituído mecanismo de centralização das atividades administrativas em comum e de compartilhamento de custos, com vistas à maximização de controles e ao aumento da eficiência e da melhor aplicação dos recursos".

Esta disposição reconhece explicitamente os benefícios da centralização administrativa, permitindo que organizações sociais que gerenciam múltiplas unidades

implementem estruturas administrativas compartilhadas. O dispositivo estabelece que esta centralização deve observar "a proporcionalidade entre a receita total obtida pela Organização Social com contratos de gestão neste Estado e a receita de cada unidade de saúde", garantindo que o rateio seja feito de forma proporcional e justa.

3.4 Critérios de Proporcionalidade e Implementação

A legislação pernambucana estabelece que o rateio deve observar a proporcionalidade entre as receitas, criando um critério objetivo para a distribuição dos custos administrativos. Este critério de proporcionalidade baseado na receita é amplamente reconhecido como adequado, pois reflete a capacidade de cada contrato de suportar os custos administrativos e garante que unidades maiores contribuam proporcionalmente mais para os custos compartilhados.

O parágrafo 3º do artigo 10-A permite que contratos em curso sejam aditados para implementar os mecanismos de rateio: "Os contratos de gestão em curso poderão ser aditados com vistas à fixação de limites para custeio das despesas operacionais, podendo a Secretaria de Saúde, por meio de aditivo contratual, autorizar a instituição do mecanismo de centralização de atividades administrativas".

Esta flexibilidade é importante para permitir que organizações sociais que já mantêm contratos possam implementar melhorias em sua gestão administrativa sem necessidade de novos processos de seleção. A possibilidade de aditamento contratual facilita a modernização da gestão e a implementação de melhores práticas administrativas.

Por fim, o parágrafo 4º estabelece que "os critérios para a efetivação do disposto neste artigo serão disciplinados por meio de portaria do Secretário de Saúde", delegando ao órgão supervisor a competência para estabelecer regras mais detalhadas sobre a implementação do rateio administrativo. Esta delegação permite que as regras sejam adaptadas às especificidades de cada situação e atualizadas conforme a evolução das práticas de gestão.

4. O Contexto de Sergipe e a Aplicação por Analogia

4.1 O Marco Regulatório de Sergipe: Lei nº 9.298/2023

O Estado de Sergipe possui seu próprio marco regulatório para organizações sociais, estabelecido pela Lei nº 9.298, de 6 de outubro de 2023, que criou o Programa Estadual das Organizações Sociais (PEOS). Esta legislação revogou a Lei nº 5.217/2003, modernizando o arcabouço legal e estabelecendo novas diretrizes para a qualificação de entidades como organizações sociais e sua vinculação contratual com o poder público estadual.

A Lei nº 9.298/2023 foi regulamentada pelo Decreto nº 679, de 30 de abril de 2024, que estabelece procedimentos específicos para a implementação do programa. Este marco regulatório reflete a evolução das práticas de gestão pública em Sergipe e o reconhecimento da importância das organizações sociais como parceiras na prestação de serviços públicos de saúde.

No contexto específico da UPA de Boquim, o edital de seleção de organização social foi publicado em junho de 2025, demonstrando a aplicação prática do novo marco regulatório. A Unidade de Pronto Atendimento Dr. Bernardino Mitidieri representa um equipamento importante na rede de urgência e emergência do estado, atendendo não apenas a população de Boquim, mas também servindo como retaguarda para outros municípios da região.

4.2 Lacunas Normativas e a Necessidade de Analogia

Embora a legislação sergipana estabeleça o marco geral para as organizações sociais, observa-se que não contém disposições específicas sobre rateio administrativo similares àquelas encontradas na legislação pernambucana. Esta lacuna normativa não é incomum, considerando que diferentes estados podem ter níveis distintos de detalhamento em suas legislações sobre organizações sociais.

A ausência de regulamentação específica sobre rateio administrativo em Sergipe não impede que organizações sociais implementem tais mecanismos, mas cria incertezas sobre os critérios e limites aplicáveis.

Neste contexto, a aplicação por analogia da experiência de outros estados, particularmente Pernambuco, pode fornecer orientações valiosas para a implementação de práticas adequadas de rateio administrativo.

A analogia, como fonte do direito administrativo, é amplamente reconhecida pela doutrina e jurisprudência como instrumento legítimo para suprir lacunas normativas. No caso específico do rateio administrativo em organizações sociais de saúde, a aplicação por analogia da legislação pernambucana encontra justificativa na similaridade dos objetivos, princípios e estruturas organizacionais entre os dois estados.

4.3 Fundamentos Jurídicos da Aplicação por Analogia

A aplicação por analogia da legislação de Pernambuco em Sergipe encontra fundamento em diversos princípios do direito administrativo. Primeiramente, o princípio da eficiência, consagrado no artigo 37 da Constituição Federal, orienta a administração pública a buscar as melhores práticas de gestão, incluindo a adoção de experiências bem-sucedidas de outros entes federativos.

Em segundo lugar, o princípio da transparência e da accountability exige que a gestão de recursos públicos seja realizada de forma clara e controlável. A adoção de critérios similares àqueles estabelecidos em Pernambuco contribui para a transparência na gestão das organizações sociais e facilita o controle pelos órgãos competentes.

Adicionalmente, o princípio da isonomia sugere que situações similares devem receber tratamento similar. Considerando que as organizações sociais de saúde em Sergipe enfrentam desafios similares àqueles encontrados em Pernambuco, a aplicação de critérios similares para o rateio administrativo contribui para a equidade no tratamento dessas entidades.

A aplicação por analogia também encontra respaldo no princípio da segurança jurídica, na medida em que fornece critérios claros e previsíveis para a gestão das organizações sociais. A ausência de critérios específicos pode gerar incertezas e disputas, enquanto a adoção de parâmetros já testados e validados em outros estados contribui para a estabilidade das relações contratuais.

4.4 Adaptações Necessárias ao Contexto Sergipano

A aplicação por analogia da legislação pernambucana não deve ser mecânica, mas sim adaptada às especificidades do contexto sergipano. Estas adaptações podem incluir ajustes nos percentuais, considerando as características econômicas e orçamentárias específicas de Sergipe, bem como adaptações nos procedimentos, levando em conta a estrutura administrativa e os sistemas de controle existentes no estado.

É importante considerar que a aplicação por analogia deve respeitar os limites estabelecidos pela legislação sergipana e não pode contrariar princípios ou regras específicas do ordenamento jurídico estadual. A analogia deve ser vista como instrumento de integração normativa, preenchendo lacunas sem criar conflitos com o sistema jurídico existente.

Adicionalmente, a aplicação por analogia deve considerar as especificidades dos serviços de saúde em Sergipe, incluindo o porte das unidades, a complexidade dos serviços prestados e as características da rede de saúde estadual. Estas especificidades podem justificar adaptações nos critérios de rateio ou nos procedimentos de controle.

5. O Edital da UPA de Boquim e a Pontuação do Percentual de 5%

5.1 Contexto do Edital e Matriz de Avaliação

O edital de seleção de organização social para a gestão da UPA de Boquim estabelece uma matriz de avaliação que contempla diversos critérios técnicos, econômicos e de gestão. Entre estes critérios, destaca-se a atribuição de 1 ponto para a "Consideração do percentual de até 5% da receita líquida com despesa compartilhada". Esta pontuação, embora

possa parecer modesta em termos numéricos, possui significado importante no contexto da avaliação das propostas.

A inclusão deste critério na matriz de avaliação reflete o reconhecimento, por parte da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, da importância da gestão transparente e eficiente dos custos administrativos. Ao valorizar propostas que considerem adequadamente o rateio de despesas compartilhadas, o edital incentiva as organizações sociais a adotarem práticas de gestão que promovam a eficiência e a transparência.

O percentual de 5% da receita líquida mencionado no critério representa um parâmetro mais generoso do que o limite de 3% estabelecido na legislação pernambucana. Esta diferença pode refletir as especificidades do contexto sergipano ou uma abordagem mais flexível na fase inicial de implementação do programa estadual de organizações sociais.

5.2 Significado da Pontuação de 1 Ponto

A atribuição de 1 ponto para este critério deve ser compreendida no contexto mais amplo da matriz de avaliação do edital. Embora a pontuação específica possa variar entre diferentes editais, a inclusão deste critério sinaliza que a administração pública sergipana valoriza a transparência na gestão de custos administrativos e reconhece a importância do rateio adequado de despesas compartilhadas.

A pontuação de 1 ponto pode ser vista como um incentivo para que as organizações sociais candidatas demonstrem sua capacidade de implementar mecanismos adequados de rateio administrativo. Este incentivo é particularmente importante considerando que muitas organizações podem não estar familiarizadas com as melhores práticas nesta área ou podem não ter experiência prévia na gestão de múltiplos contratos que justifiquem a implementação de rateio.

Além disso, a pontuação específica para este critério contribui para a educação do mercado de organizações sociais, sinalizando que a gestão transparente e eficiente dos custos administrativos é valorizada pelo poder público. Esta sinalização pode incentivar as organizações a investirem no desenvolvimento de competências nesta área e na implementação de sistemas de gestão mais sofisticados.

5.3 Critérios de Avaliação e Demonstração de Conformidade

Para obter a pontuação de 1 ponto relacionada à consideração do percentual de 5% da receita líquida com despesa compartilhada, as organizações sociais candidatas devem demonstrar em suas propostas como pretendem implementar mecanismos adequados de rateio administrativo. Esta demonstração deve incluir elementos técnicos e metodológicos que evidenciem a capacidade da organização de gerir adequadamente os custos compartilhados.

A proposta deve apresentar uma metodologia clara para o cálculo do rateio, especificando quais custos serão considerados como despesas compartilhadas e como estes custos serão distribuídos entre diferentes contratos ou unidades. Esta metodologia deve ser baseada em critérios objetivos e transparentes, preferencialmente utilizando a proporcionalidade da receita como base para a distribuição dos custos.

Adicionalmente, a proposta deve demonstrar como a organização pretende garantir a transparência na aplicação do rateio, incluindo a elaboração de relatórios específicos e a manutenção de controles internos adequados. A capacidade de demonstrar experiência prévia na implementação de rateio administrativo ou a apresentação de sistemas de gestão que facilitem esta implementação podem constituir elementos diferenciadores na avaliação.

5.4 Impactos na Gestão da UPA de Boquim

A implementação adequada do rateio administrativo na gestão da UPA de Boquim pode gerar diversos benefícios para a unidade e para o sistema de saúde como um todo. Primeiramente, permite que a organização social mantenha uma estrutura administrativa adequada sem comprometer a viabilidade econômica do contrato, especialmente importante considerando que UPAs são unidades de porte médio que podem não justificar estruturas administrativas completas de forma independente.

Em segundo lugar, o rateio administrativo pode facilitar a implementação de controles de qualidade e sistemas de gestão padronizados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. A centralização de determinadas atividades administrativas permite a implementação de melhores práticas e a padronização de procedimentos entre diferentes unidades gerenciadas pela mesma organização.

Adicionalmente, o rateio adequado contribui para a sustentabilidade financeira da organização social, permitindo que mantenha competências administrativas especializadas que beneficiem todas as unidades sob sua gestão. Esta sustentabilidade é fundamental para garantir a continuidade e qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Por fim, a transparência na gestão dos custos administrativos fortalece a confiança dos órgãos de controle e da sociedade na gestão das organizações sociais, contribuindo para a legitimidade e sustentabilidade do modelo de parceria público-privada na saúde.

6. Implementação Prática do Rateio Administrativo

6.1 Metodologias de Cálculo e Distribuição

A implementação prática do rateio administrativo requer o desenvolvimento de metodologias claras e objetivas para o cálculo e distribuição dos custos compartilhados. A

metodologia mais amplamente aceita baseia-se na proporcionalidade da receita, onde cada contrato ou unidade contribui para os custos administrativos na proporção de sua receita em relação à receita total da organização social.

Esta metodologia apresenta diversas vantagens práticas. Primeiramente, é facilmente compreensível e verificável pelos órgãos de controle, facilitando a fiscalização e auditoria dos custos. Em segundo lugar, reflete adequadamente a capacidade de cada contrato de suportar os custos administrativos, garantindo que unidades maiores contribuam proporcionalmente mais para os custos compartilhados.

A aplicação da metodologia de proporcionalidade da receita requer a manutenção de controles contábeis adequados, permitindo a identificação clara das receitas de cada contrato e dos custos administrativos totais da organização. Estes controles devem ser implementados desde o início da operação e mantidos de forma consistente ao longo do tempo.

Além da proporcionalidade da receita, outras metodologias podem ser consideradas em situações específicas, como a proporcionalidade baseada no número de funcionários, no volume de procedimentos ou na complexidade dos serviços. Contudo, estas metodologias alternativas devem ser justificadas tecnicamente e aprovadas pelos órgãos supervisores.

6.2 Sistemas de Controle e Transparência

A implementação efetiva do rateio administrativo requer sistemas robustos de controle interno e transparência. Estes sistemas devem garantir que os custos sejam adequadamente identificados, classificados e distribuídos, evitando erros ou manipulações que possam comprometer a integridade do processo.

Os controles internos devem incluir a segregação de funções, onde diferentes pessoas são responsáveis pela identificação dos custos, pelo cálculo do rateio e pela aprovação das distribuições. Esta segregação reduz o risco de erros e fraudes, garantindo maior confiabilidade no processo.

Adicionalmente, os sistemas de controle devem incluir revisões periódicas dos critérios de rateio e dos cálculos realizados. Estas revisões podem ser conduzidas por auditores internos ou externos, garantindo que o processo esteja funcionando adequadamente e que eventuais ajustes necessários sejam implementados tempestivamente.

A transparência deve ser garantida através da elaboração de relatórios específicos sobre o rateio administrativo, incluindo a demonstração dos critérios utilizados, dos cálculos realizados e dos valores distribuídos para cada contrato. Estes relatórios devem ser

disponibilizados aos órgãos supervisores e de controle, facilitando o acompanhamento e a fiscalização.

6.3 Desafios e Soluções na Implementação

A implementação do rateio administrativo pode enfrentar diversos desafios práticos que devem ser adequadamente endereçados. Um dos principais desafios refere-se à identificação e classificação adequada dos custos que devem ser objeto de rateio. Nem todos os custos administrativos são adequados para rateio, sendo necessário estabelecer critérios claros para distinguir entre custos diretos e indiretos.

Outro desafio importante refere-se à necessidade de sistemas de informação adequados para suportar o processo de rateio. Organizações sociais que não possuem sistemas contábeis integrados podem enfrentar dificuldades na implementação de rateio, sendo necessário investir em modernização de sistemas ou na implementação de controles manuais adequados.

A capacitação das equipes administrativas constitui outro aspecto fundamental para o sucesso da implementação. As equipes devem compreender adequadamente os conceitos de rateio, os procedimentos a serem seguidos e a importância da transparência e controle no processo. Esta capacitação deve ser contínua, considerando a rotatividade de pessoal e a evolução das práticas de gestão.

Por fim, a coordenação com os órgãos supervisores e de controle é fundamental para garantir que a implementação esteja alinhada com as expectativas e requisitos regulamentares. Esta coordenação deve incluir a discussão prévia dos critérios de rateio, a validação dos procedimentos implementados e o acompanhamento regular dos resultados.

7. Controles e Fiscalização

7.1 Papel dos Órgãos Supervisores

Os órgãos supervisores, no caso de Sergipe representados pela Secretaria de Estado da Saúde, possuem papel fundamental no acompanhamento e controle da implementação do rateio administrativo pelas organizações sociais. Este acompanhamento deve ser exercido de forma contínua, não se limitando apenas à fase de avaliação das propostas, mas estendendo-se por todo o período de vigência dos contratos de gestão.

A supervisão deve incluir a análise das metodologias de rateio propostas pelas organizações sociais, verificando sua adequação técnica e conformidade com os princípios de transparência e proporcionalidade. Esta análise deve considerar não apenas os aspectos técnicos,

mas também a viabilidade prática da implementação e a adequação aos sistemas de controle existentes.

Adicionalmente, os órgãos supervisores devem estabelecer procedimentos para o acompanhamento regular da implementação do rateio, incluindo a análise de relatórios específicos e a realização de auditorias quando necessário. Este acompanhamento deve ser documentado e os resultados devem ser comunicados às organizações sociais, permitindo a implementação de melhorias quando necessário.

A capacitação das equipes dos órgãos supervisores também é fundamental para garantir a efetividade do controle. Estas equipes devem compreender adequadamente os conceitos de rateio administrativo, as metodologias aplicáveis e os indicadores de qualidade que devem ser monitorados.

7.2 Controle Externo e Auditoria

O controle externo, exercido pelos Tribunais de Contas e outros órgãos de controle, constitui elemento fundamental para garantir a adequada implementação do rateio administrativo. Estes órgãos possuem competência para auditar a gestão das organizações sociais e verificar a conformidade com os princípios de legalidade, legitimidade e economicidade.

As auditorias de controle externo devem incluir a verificação dos critérios de rateio utilizados, a análise dos cálculos realizados e a avaliação da adequação dos controles internos implementados. Estas auditorias podem identificar irregularidades ou oportunidades de melhoria que devem ser comunicadas aos órgãos supervisores e às organizações sociais.

A padronização dos procedimentos de auditoria é importante para garantir a consistência na avaliação do rateio administrativo entre diferentes organizações sociais e contratos. Esta padronização pode incluir o desenvolvimento de roteiros de auditoria específicos e a capacitação dos auditores nos conceitos e práticas de rateio.

A comunicação entre os órgãos de controle externo e os órgãos supervisores é fundamental para garantir a efetividade do controle. Esta comunicação deve incluir o compartilhamento de informações sobre irregularidades identificadas e a coordenação de ações corretivas quando necessário.

7.3 Transparência e Controle Social

A transparência na implementação do rateio administrativo contribui para o controle social e para o fortalecimento da legitimidade das organizações sociais. Esta transparência deve incluir a divulgação de informações sobre os critérios de rateio utilizados, os valores distribuídos e os controles implementados.

A divulgação de informações deve ser realizada de forma clara e acessível, permitindo que a sociedade compreenda como os recursos públicos estão sendo utilizados. Esta divulgação pode incluir a publicação de relatórios específicos sobre rateio administrativo e a disponibilização de informações em portais de transparência.

O controle social pode ser exercido através de diversos mecanismos, incluindo a participação em conselhos de saúde, a apresentação de denúncias aos órgãos competentes e o acompanhamento das informações divulgadas pelas organizações sociais. Este controle contribui para a identificação de irregularidades e para a melhoria contínua da gestão.

A educação da sociedade sobre os conceitos de rateio administrativo e sua importância para a gestão eficiente dos recursos públicos pode fortalecer o controle social e aumentar a legitimidade das organizações sociais. Esta educação pode ser realizada através de campanhas de divulgação e da disponibilização de materiais educativos.

8. Considerações Finais e Recomendações

8.1 Síntese dos Principais Achados

A análise da pontuação de 1 ponto atribuída no edital da UPA de Boquim para a "Consideração do percentual de até 5% da receita líquida com despesa compartilhada" revela a importância crescente da gestão transparente e eficiente dos custos administrativos em organizações sociais de saúde. Este critério, embora possa parecer técnico, reflete preocupações fundamentais com a accountability e a eficiência na aplicação de recursos públicos.

A experiência de Pernambuco, materializada no artigo 10-A da Lei nº 15.210/2013, oferece um modelo maduro e bem estruturado para a regulamentação do rateio administrativo. Este modelo estabelece limites claros, exige transparência através de memórias de cálculo e promove a eficiência através da centralização de atividades administrativas. A aplicação por analogia deste modelo em Sergipe pode contribuir significativamente para o aprimoramento da gestão das organizações sociais no estado.

O percentual de 5% da receita líquida estabelecido no edital sergipano, embora superior ao limite de 3% da legislação pernambucana, reflete uma abordagem pragmática que considera as especificidades locais e a necessidade de flexibilidade na fase inicial de implementação do programa estadual de organizações sociais. Esta flexibilidade pode ser importante para atrair organizações qualificadas e garantir a viabilidade dos contratos.

8.2 Benefícios Esperados da Implementação

A implementação adequada do rateio administrativo na gestão da UPA de Boquim e de outras unidades de saúde em Sergipe pode gerar benefícios significativos para o sistema de

saúde estadual. Primeiramente, contribui para a eficiência econômica, permitindo que organizações sociais mantenham estruturas administrativas adequadas sem comprometer a viabilidade financeira dos contratos individuais.

Em segundo lugar, promove a transparência e accountability na gestão dos recursos públicos, facilitando o controle pelos órgãos competentes e fortalecendo a confiança da sociedade no modelo de organizações sociais. Esta transparência é fundamental para a sustentabilidade política e social do modelo de parceria público-privada na saúde.

Adicionalmente, o rateio administrativo pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, permitindo a implementação de sistemas de gestão padronizados e controles de qualidade mais robustos. A centralização de determinadas atividades administrativas facilita a adoção de melhores práticas e a padronização de procedimentos.

Por fim, a implementação adequada do rateio pode contribuir para a sustentabilidade do modelo de organizações sociais em Sergipe, garantindo que as entidades possam manter competências administrativas especializadas e investir em melhorias contínuas da gestão.

8.3 Recomendações para Aprimoramento

Com base na análise realizada, algumas recomendações podem ser formuladas para o aprimoramento da gestão do rateio administrativo em Sergipe. Primeiramente, recomenda-se a elaboração de regulamentação específica sobre rateio administrativo, inspirada na experiência pernambucana, mas adaptada às especificidades do contexto sergipano. Esta regulamentação deve estabelecer critérios claros, limites adequados e procedimentos de controle.

Em segundo lugar, recomenda-se o desenvolvimento de capacitação específica para as equipes das organizações sociais e dos órgãos supervisores sobre os conceitos e práticas de rateio administrativo. Esta capacitação deve incluir aspectos técnicos, legais e de controle, garantindo que todos os envolvidos compreendam adequadamente suas responsabilidades.

Adicionalmente, recomenda-se a implementação de sistemas de monitoramento e avaliação específicos para o rateio administrativo, incluindo indicadores de eficiência, transparência e conformidade. Estes sistemas devem permitir o acompanhamento regular da implementação e a identificação de oportunidades de melhoria.

Por fim, recomenda-se o estabelecimento de mecanismos de coordenação entre Sergipe e outros estados que possuem experiência na gestão de organizações sociais, facilitando o compartilhamento de melhores práticas e a aprendizagem mútua.

8.4 Perspectivas Futuras

A evolução do marco regulatório das organizações sociais em Sergipe deve considerar as lições aprendidas na implementação do rateio administrativo e outras práticas de gestão. Esta evolução deve ser gradual e baseada em evidências, permitindo ajustes conforme a experiência prática e as mudanças no contexto da saúde pública.

A integração com sistemas nacionais de informação em saúde e a adoção de tecnologias digitais podem facilitar a implementação e o controle do rateio administrativo, reduzindo custos e aumentando a transparência. Estas tecnologias devem ser consideradas no planejamento futuro do programa estadual de organizações sociais.

A expansão do modelo de organizações sociais para outras áreas da saúde em Sergipe deve considerar as especificidades de cada tipo de serviço e as lições aprendidas na gestão da UPA de Boquim. Esta expansão deve ser cuidadosamente planejada e acompanhada, garantindo que os benefícios sejam maximizados e os riscos minimizados.

9. Conclusão

A pontuação de 1 ponto atribuída no edital da UPA de Boquim para a "Consideração do percentual de até 5% da receita líquida com despesa compartilhada" representa mais do que um critério técnico de avaliação. Constitui um sinal importante do compromisso da administração pública sergipana com a transparência, eficiência e *accountability* na gestão dos recursos públicos destinados à saúde.

O conceito de rateio administrativo, conforme desenvolvido na legislação pernambucana através do artigo 10-A da Lei nº 15.210/2013, oferece um modelo maduro e bem estruturado que pode ser aplicado por analogia em Sergipe. Este modelo estabelece princípios fundamentais de transparência, proporcionalidade e controle que são essenciais para a gestão adequada das organizações sociais de saúde.

A aplicação por analogia da experiência pernambucana em Sergipe encontra fundamento jurídico sólido nos princípios do direito administrativo e pode contribuir significativamente para o aprimoramento da gestão das organizações sociais no estado. Esta aplicação deve ser cuidadosamente adaptada às especificidades locais, respeitando o marco regulatório sergipano e considerando as características específicas do sistema de saúde estadual.

A implementação adequada do rateio administrativo na gestão da UPA de Boquim pode servir como modelo para outras unidades de saúde em Sergipe, contribuindo para a consolidação de práticas de gestão transparentes e eficientes. Este processo deve ser acompanhado de perto pelos órgãos supervisores e de controle, garantindo que os benefícios esperados sejam efetivamente alcançados.

Por fim, é importante reconhecer que o rateio administrativo constitui apenas um elemento de um sistema mais amplo de gestão das organizações sociais. Seu sucesso depende da implementação de outros controles e práticas de gestão, bem como do comprometimento de todos os envolvidos com os princípios de transparência, eficiência e accountability que devem orientar a gestão dos recursos públicos destinados à saúde.

A experiência da UPA de Boquim pode contribuir para o desenvolvimento de um modelo sergipano de organizações sociais que seja ao mesmo tempo eficiente e transparente, servindo como referência para outros estados e contribuindo para o aprimoramento do sistema de saúde pública no Brasil.

Conclusão da Proposta do Plano de Trabalho – Aprovada pelo Conselho de Administração da AHBB

O Conselho de Administração da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil (AHBB), reunido em 2 de julho de 2025, deliberou e **aprovou por unanimidade** a Proposta de Plano de Trabalho elaborada pela Diretoria de Projetos para atender ao Anexo V do Edital de Chamamento Público n.º 02/2025 da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, referente à gestão e operacionalização integral da UPA 24 h Dr. B. Mitidieri, no município de Boquim.

Essa aprovação consubstancia:

1. **Adequação técnica e jurídica** – O plano foi reconhecido como plenamente aderente às exigências editalícias, incorporando diretrizes do SUS, protocolos de urgência/emergência e requisitos de governança corporativa previstos na legislação das Organizações Sociais de Saúde.

2. **Viabilidade econômico-financeira** – As estimativas de custeio, investimentos e fluxo de caixa apresentados demonstram sustentabilidade operacional, com

mecanismos de controle de despesas e indicadores de performance que asseguram transparência ao poder público concedente.

3. **Governança e compliance** – O rito de aprovação em conselho garante que a proposta esteja alinhada à estratégia institucional da AHBB, obedecendo aos princípios de legitimidade, responsabilidade fiduciária e mitigação de riscos.

4. **Compromisso com resultados** – A AHBB assume metas mensuráveis de qualidade assistencial, tempo de resposta, satisfação do usuário, educação permanente e busca ativa de acreditação ONA, reforçando seu histórico de excelência em outras unidades sob sua gestão.

5. **Próximos passos** – Com a anuência formal do Conselho, a entidade está autorizada a:

    - Protocolar a proposta definitiva junto à SES/SE;
    - Negociar eventuais ajustes técnicos durante a fase de habilitação;
    - Mobilizar equipe e recursos para início imediato da operação tão logo celebrado o contrato de gestão;
    - Instituir grupo de transição que acompanhará a implantação dos serviços e o cumprimento das metas iniciais de 90 dias.

Em síntese, a decisão colegiada legitima a Proposta de Plano de Trabalho como instrumento hábil para garantir a implantação eficiente da UPA de Boquim, alinhada à missão da AHBB de proporcionar atendimento humanizado, resolutivo e economicamente responsável à população sergipana.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

ATA DE REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. HORA, DATA E LOCAL: Às 10 horas do dia dois de julho de dois mil e vinte e cinco, na sede social da entidade, localizada na Rua Dr. Orlando Thiago Santos, 50, CEP: 17402-064, Bairro Vila Williams, Garça/SP.

2. PRESENÇA: Presentes os membros descritos e assinados ao final da ata.

3. MESA: Membros do Conselho de Administração e o Diretor-Presidente.

4. CONVOCAÇÃO: Os membros foram convocados, nos termos do Estatuto Social, sendo a reunião realizada em segunda chamada.

5. ORDEM DO DIA: Deliberar sobre: Aprovação da Proposta do Plano de Trabalho, nos termos do Anexo V do Edital de Chamamento Público 02/2025 da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe para gestão e operacionalização da UPA 24. Dr. B. Mitidieri, localizada no município de Boquim, SE.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos, foi esclarecido que a Diretoria de Projetos elaborou a Proposta do Plano de Trabalho para o chamamento público 02/2025 da SES/SE. Após análise do plano de trabalho, e de discussões sobre o edital, e demais documentos que detalham o objeto pretendido, foi colocado em votação, restando aprovado por unanimidade dos presentes (com exceção do diretor presidente – sem direito a voto) **a** Proposta do Plano de Trabalho, nos termos do Anexo V do Edital de Chamamento Público 02/2025 da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe para gestão e operacionalização da UPA 24. Dr. B. Mitidieri, localizada no município de Boquim, SE.

ENCERRAMENTO E APROVAÇÃO DA ATA. Terminados os trabalhos, inexistindo qualquer outra manifestação, lavrou-se a presente ata que, lida, foi aprovada e assinada por todos os membros presentes.

Garça, 02 de julho de 2025.

phernandes@ahbb.org.br
Assinado
D4Sign
Plínio Hernandes
Conselheiro

8402rb@gmail.com
Assinado
D4Sign
Yoslovis Rodriguez Bofill
Conselheiro

torsiano@gmail.com
Assinado
Roberto Martins Torsiano
D4Sign
Roberto Martins Torsiano
Conselheiro

moreiranilso5@gmail.com
Assinado
D4Sign
Nilso Moreira
Conselheiro

manuel.pinotti.a@gmail.com
Assinado
Manuel Carlos Pinotti Affonso
D4Sign
Manuel Carlos Pinotti Affonso
Conselheiro

jaopinotti@gmail.com
Assinado
D4Sign
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
Diretor - Presidente

jaopinotti@gmail.com
Assinado
D4Sign

D4Sign dcee65f2-cd34-42d3-a4c8-84c60ba599d1 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2º

Ata Conselho Adm aprovação de Proposta de Plano Sergipe pdf

Código do documento dcee65f2-cd34-42d3-a4c8-84c60ba599d1

Assinaturas

João Pedro Monteiro Pinotti affonso
jaopinotti@gmail.com
Assinou

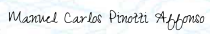
YOSLOVIS RODRIGUEZ BOFILL
8402rb@gmail.com
Assinou

Plinio Hernandes
phernandes@ahbb.org.br
Assinou

Roberto Martins Torsiano
torsiano@gmail.com
Assinou

Nilso Moreira
moreiranilso5@gmail.com
Assinou

Manuel Carlos Pinotti Affonso
manuel.pinotti.a@gmail.com
Assinou



Eventos do documento

03 Jul 2025, 15:42:36
Documento dcee65f2-cd34-42d3-a4c8-84c60ba599d1 **criado** por JOSÉ HEITOR HIIBNER PINOTI AFFONSO (5419fcf0-8f74-4de9-9b9c-460e99b304ce). Email:relmedico.hsl@ahbb.org.br. - DATE_ATOM: 2025-07-03T15:42:36-03:00

03 Jul 2025, 15:45:09
Assinaturas **iniciadas** por JOSÉ HEITOR HIIBNER PINOTI AFFONSO (5419fcf0-8f74-4de9-9b9c-460e99b304ce). Email: relmedico.hsl@ahbb.org.br. - DATE_ATOM: 2025-07-03T15:45:09-03:00

03 Jul 2025, 16:29:45
JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO **Assinou** (f1e8f9b0-b6c6-4112-9e09-0219c968b052) - Email: jaopinotti@gmail.com - IP: 177.26.249.255 (ip-177-26-249-255.user.vivozap.com.br porta: 4506) - Documento de identificação informado: 362.328.398-38 - DATE_ATOM: 2025-07-03T16:29:45-03:00

04 Jul 2025, 06:58:45
NILSO MOREIRA **Assinou** - Email: moreiranilso5@gmail.com - IP: 177.83.56.92 (b153385c.virtua.com.br porta: 5152) - Documento de identificação informado: 033.829.198-93 - DATE_ATOM: 2025-07-04T06:58:45-03:00

04 Jul 2025, 14:01:16
PLINIO HERNANDES **Assinou** (09e5fcac-c722-4ab4-bc90-6f4516baaca4) - Email: phernandes@ahbb.org.br - IP: 201.62.82.62 (201-62-82-62.life.com.br porta: 19528) - Documento de identificação informado: 364.762.998-75 - DATE_ATOM: 2025-07-04T14:01:16-03:00

04 Jul 2025, 14:05:03
MANUEL CARLOS PINOTTI AFFONSO **Assinou** - Email: manuel.pinotti.a@gmail.com - IP: 201.62.82.62 (201-62-82-62.life.com.br porta: 32000) - Documento de identificação informado: 382.221.677-15 - DATE_ATOM: 2025-07-04T14:05:03-03:00

04 Jul 2025, 15:02:47
ROBERTO MARTINS TORSIANO **Assinou** - Email: torsiano@gmail.com - IP: 191.26.151.218 (191-26-151-218.user.vivozap.com.br porta: 1218) - Geolocalização: -20.8074538 -49.4049556 - Documento de identificação informado: 067.420.948-69 - DATE_ATOM: 2025-07-04T15:02:47-03:00

04 Jul 2025, 15:07:50
YOSLOVIS RODRIGUEZ BOFILL **Assinou** - Email: 8402rb@gmail.com - IP: 191.5.166.66 (66-166-5-191.sp.mii.imf.net.br porta: 33424) - Documento de identificação informado: 238.408.048-25 - DATE_ATOM: 2025-07-04T15:07:50-03:00

Hash do documento original
(SHA256):c565a74bccab8034d20069e9c9db7ea86e97456c0ac84f69a2d5de141747356f
(SHA512):e206f9989cdbeebda89aeeee77bb3d87530cf3af9ff74c316980fbae2621f155a2eab49c1b0c51ba61b8049baafaa2b1125d065ab0b72263e4c3d7c55c67d619

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign
Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL
Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e **Lei 14.063/2020**.

OPERADOR NACIONAL DO REGISTRO DE TITULOS E DOCUMENTOS E CIVIL DAS PESSOAS JURIDICAS

CNPJ: 51.366.708/0001-00

Endereço: SCS Q.8, bl B50, sala 303 Venâncio Shopping - Asa Sul, Brasília/DF

CEP: 70333-900

Central ONRTDPJ

N° Protocolo: 20250704163973175 Data de Envio: 04/07/2025

Apresentante			
Nome	JULIA FRANCA CARVALHO GARCIA	Documento	472.023.568-99
Detalhes do documento			
Status do documento	Orçamento		
Id Documento	Ata-Conselho-Adm-aprovao-de-Proposta-de-Plano-Sergipe-pdf-D4Sign (1).pdf	Data Análise Cartório	04/07/2025 16:33
N° do Pedido	20250704163973175		

https://www.rtdbrasil.org.br

Operador Nacional do Registro de Títulos e Documentos e Civil das Pessoas Jurídicas

SCS Q.8, bl B50, sala 303

Venâncio Shopping - Asa Sul, Brasília/DF - CEP 70333-900

@centralonrtdpj

+55 61 98377-7353

atendimento@onrtdpj.org.br (mailto:atendimento@onrtdpj.org.br)
atendimento.cartorio@onrtdpj.org.br (mailto:atendimento.cartorio@onrtdpj.org.br)