CONTRATO DE GESTÃO Nº 009/2021

CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO GNOSIS**, COM VISTAS À GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS À SAÚDE DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DA **ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.1.**

Aos 16 dias do mês de julho do ano de 2021, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro, representado por seu Secretário **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo Detran, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO GNOSIS**, estabelecida no endereço Avenida das Américas, nº 11.889, Barra da Tijuca, CEP: 22793-082 - Rio de Janeiro/RJ inscrita no CNPJ sob o número 010.635.117/0001-03, doravante denominada CONTRATADA, representada por **MIGUEL VIEIRA DIBO**, brasileiro, casado, administrador, portador da carteira de identidade nº 06.342.8569, expedida pelo IFP/RJ e do CPF Nº 771.855.957-20 nos autos do processo administrativo nº **09/51/000.001/2021**, após a Convocação Pública nº 11/2021, homologada por despacho do Secretário Municipal de Saúde, datado de 28/03/2021 (fls.____ do pp.), publicado no D.O. RIO nº 87, de 14/07/2021, fls. 23, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este Contrato de Gestão se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.209/2016, nº 41.210/2016, nº 41.211/2016, nº 41.212/2016, nº 41.213/2016, nº 41.214/2016, nº 41.215/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 45.632/2019, nº 45.662/2019, nº 46.029/2019, nº 48.521/2021 e Resoluções CGM nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016; pela Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011; e no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal

nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do Edital de Convocação Pública e de seus anexos, tais como o Projeto Básico, e o Programa de Trabalho da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO DE GESTÃO. A Contratada declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se incondicional e irrestritamente às suas prescrições, sistema de penalidades e demais regras nelas constantes ainda não especificamente descritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO

O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO é a gestão da **operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde da família no âmbito da área de Planejamento (AP) 5.1** que compreende os bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, consoante com o Projeto Básico (Anexo II do Edital) e programa de trabalho da organização social, que fazem parte integrante do presente ajuste, e cronograma de desembolso previsto neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Único: O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO poderá ser acrescido de novos equipamentos, nos termos das regras previstas no Edital.

CLÁUSULA TERCEIRA – PROGRAMA DE TRABALHO, METAS E INDICADORES

O Projeto Básico e o programa de trabalho são partes integrantes do presente CONTRATO DE GESTÃO, contendo sua especificação, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos e regime de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

CLÁUSULA QUARTA – PRAZO

O prazo do Contrato de Gestão será de dois anos, a contar da data de 19/07/2021, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas físicas de Equipes de Saúde da Família prevista no "ANEXO F – Cronograma de Desembolso e Meta Físicas", para o período anterior, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA – RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R$ 361.509.280,56 (trezentos e sessenta e um milhões,**

quinhentos e nove mil, duzentos e oitenta reais e cinquenta e seis centavos), estimados para o exercício de 2021 a 2023, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo(s) Programa de Trabalho(s) nº 18.12.10.301.0330.2854, 18.12.10.305.0308.2003 e 18.06.10.302.0331.2746, Natureza de Despesa 3.3.50.39.50 e 3.3.50.39.02, Fontes 100, 119, 180 e 182, tendo sido emitidas as Notas de Empenho nº 2021/224, em 14/07/2021, no valor de R$ 1.120.797,19 (hum milhão, cento e vinte mil, setecentos e noventa e sete reais e dezenove centavos), nº 2021/225, em 14/07/2021, no valor de R$ 1.589.060,95 (hum milhão, quinhentos e oitenta e nove mil, sessenta reais e noventa e cinco centavos), nº 2021/226, em 14/07/2021, no valor de R$ 40.625.486,38 (quarenta milhões, seiscentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e oitenta e seis reais e trinta e oito centavos), nº 227/2021, em 14/07/2021, no valor de R$ 8.966.377,52 (oito milhões, novecentos e sessenta e seis mil, trezentos e setenta e sete reais e cinquenta e dois centavos), nº 228/2021, em 14/07/2021, no valor de R$ 15.678.612,88 (quinze milhões, seiscentos e setenta e oito mil, seiscentos e doze reias e oitenta e oito centavos), nº 2021/229, em 14/07/2021, no valor de R$ 1.182.061,19 (hum milhão, cento e oitenta e dois mil, sessenta e um reais e dezenove centavos) e de nº 2021/230, em 14/07/2021, no valor de R$ 2.548.573,88 (dois milhões e quinhentos e quarenta e oito mil, quinhentos e setenta e três reais e oitenta e oito centavos).

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº 3.120 de 30 de janeiro de 2020.

Parágrafo Segundo – A movimentação dos recursos que forem repassados à CONTRATADA se dará em conta corrente especifica e exclusiva, no banco referido no parágrafo primeiro, de modo que não sejam confundidos com os seus recursos de outra origem. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

Parágrafo Terceiro – Os saldos do CONTRATO DE GESTÃO, enquanto não utilizados, serão obrigatoriamente aplicados em:

I – em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;

II – em fundos de curto prazo ou

III – em operações com títulos públicos federais.

Parágrafo Quarto – As aplicações financeiras nos produtos dos incisos do parágrafo terceiro serão feitas sempre na mais vantajosa remuneração do capital, em conformidade com a adequação do prazo disponibilizado à aplicação, cotejada com sua taxa de retorno.

Parágrafo Quinto – A liberação dos recursos se dará trimestral, sendo a primeira parcela liberada em até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecendo ao cronograma de desembolso estabelecido (Anexo Técnico F).

Parágrafo Sexto – As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o programa de trabalho aprovado, salvo autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

I – Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.

II – Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.

III – Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Sétimo – Os valores correspondentes aos repasses financeiros estão vinculados ao cumprimento das metas pactuadas no programa de trabalho, cabendo à Comissão de Avaliação verificar o percentual de atendimento das aludidas metas.

Parágrafo Oitavo – A CONTRATADA poderá captar, com responsabilidade própria, recursos privados para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO, hipótese em que haverá redução equivalente dos repasses a serem realizados pelo CONTRATANTE ou alteração do Programa de Trabalho para a formalização do incremento proporcional das metas em relação aos recursos obtidos. Ambas as situações dependem da celebração de Termo Aditivo.

Parágrafo Nono – Fica vedada a utilização dos repasses orçamentários destinados a este CONTRATO DE GESTÃO para o custeio de taxa de administração.

Parágrafo Décimo – Os repasses orçamentários destinados ao pagamento de despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, sendo vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO. Tais despesas serão detalhadas no programa de trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro – O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à CONTRATADA a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Parágrafo Décimo Segundo – Fica facultado requerimento de ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei Federal nº 9.656/1998.

CLÁUSULA SEXTA – REPASSES ORÇAMENTÁRIOS

Os repasses serão realizados de acordo com o cronograma de desembolso estabelecido no Parágrafo Quinto da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA SÉTIMA – REPACTUAÇÃO

Por ocasião da prorrogação na forma da Cláusula Quarta, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do Contrato de Gestão e dotação orçamentária

específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do Contrato de Gestão poderão ser revistos.

Parágrafo Primeiro – No caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto do Contrato de Gestão, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

Parágrafo Segundo – Em relação aos demais custos e despesas previstos no Contrato de Gestão, será observado como limite para revisão a variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado – Especial (IPCA–E) do IBGE.

Parágrafo Terceiro – Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no programa de trabalho exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva.

Parágrafo Quarto – O pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

I – Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.

II – Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e na Cláusula Sexta deste CONTRATO DE GESTÃO.

III – Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos repassados, na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA NONA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

I – Desenvolver em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Básico, no programa de trabalho e na legislação aplicável.

II – Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários.

III – Responsabilizar–se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO,

respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo CONTRATANTE.

IV – Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE.

V – Cumprir as metas relacionadas ao programa de trabalho.

VI – Providenciar a publicação na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 dias (máximo noventa dias) corridos a contar da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará a política de preços apresentada no programa de trabalho, bem como, sempre que possível, os preços constantes de atas de registro de preços ou das tabelas constantes do sistema de custos existentes no âmbito da Administração Pública, desde que sejam mais favoráveis.

VII – Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, os relatórios de execução do Contrato de Gestão, na forma e prazos por esta estabelecidos, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

VIII – Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização, dentre outros.

IX – Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos.

X – Responsabilizar–se pelos custos previstos no Projeto Básico e no programa de trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do Contrato de Gestão pela Secretaria Municipal de Saúde.

XI – Zelar para que os recursos financeiros repassados pela CONTRATANTE sejam exclusivamente aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no programa de trabalho, atentando para a observância do princípio da economicidade.

XII – Prestar contas dos recursos repassados pela CONTRATANTE, na forma prescrita no presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII – Prestar sempre que solicitado, quaisquer outras informações sobre a execução, inclusive financeira deste CONTRATO DE GESTÃO.

XIV – Produzir, guardar e disponibilizar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, quaisquer dados, informações e documentos.

XV – Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da CONTRATANTE, por meio de seus órgãos de controle interno, sobre o objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XVI – Permitir que os órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal terão amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da entidade

como um todo, e à decorrente do Contrato de Gestão, com azo no art. 8º, III, do Decreto nº 30.780/09, com a redação dada pelo art. 4º do Decreto nº 31.618/09.

XVII – Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação relativos às atividades públicas gratuitas desenvolvidas.

XVIII – Manter atualizadas as informações cadastrais junto à CONTRATANTE, comunicando à Secretaria Municipal de Saúde e ao GTQ quaisquer alterações nos seus atos constitutivos.

XIX – Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais que comprovem as despesas realizadas para a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XX – Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, estipulando e tornando públicos, previamente, os critérios objetivos e impessoais, de natureza técnica que serão adotados.

XXI – Responsabilizar-se pela contratação do pessoal necessário à execução das atividades, respeitando o disposto no Projeto Básico e no programa de trabalho, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso.

XXII – Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza aos seus empregados e dirigentes.

XXIII – Responsabilizar-se, na forma do CONTRATO DE GESTÃO, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização do objeto do CONTRATO DE GESTÃO até o seu término, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO:

a) em caso de ajuizamento de ações trabalhistas contra a CONTRATADA, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou de entidade da Administração Pública Indireta como responsável subsidiário ou solidário, o CONTRATANTE poderá reter, dos repasses devidos, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do CONTRATANTE, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

c) as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o CONTRATANTE seja compelido a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

d) eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pelo CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada.

XXIV – Manter as condições de habilitação, de regularidade fiscal e qualificação exigidas na convocação pública durante todo prazo de execução do CONTRATO DE GESTÃO.

XXV – Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições.

XXVI – Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos repassados em decorrência deste CONTRATO DE GESTÃO serão automaticamente incorporados ao patrimônio do CONTRATANTE, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens, no prazo de três dias úteis após a aquisição, juntamente com declaração emitida pela CONTRATADA de que os bens estão fisicamente na unidade onde se desenvolve o Contrato de Gestão e em perfeitas condições de uso.

XXVII – Apresentar a consolidação de todos os contratos de prestação de serviço por ela mantidos (RET – Relação de Tomadores/Obras) e conceder a outorga eletrônica para acesso ao extrato individualizado de cada empregado utilizado no contrato com o MUNICÍPIO.

XXVIII – Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem na cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o programa de trabalho e com o regulamento próprio para a contratação de obras, serviços e compras.

XXIX – Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros, excedentes financeiros ou resultados entre seus dirigentes, associados, membros do Conselho de Administração ou empregados.

XXX – Nas hipóteses de extinção do CONTRATO DE GESTÃO, cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações solicitadas pelo CONTRATANTE.

XXXI – Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo, relacionadas à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização do CONTRATANTE ou sob sua demanda.

XXXII – Atender às exigências da CONTRATANTE acerca da plena utilização de sistemas informatizados para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico–financeiros, já adotados ou que venham a ser implantados ao longo da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, para fins de controle e monitoramento, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pelo CONTRATANTE.

XXXIII – Os sistemas informatizados utilizados pela CONTRATADA deverão permitir customizações que possibilitam sua integração com outros sistemas que o CONTRATANTE já utiliza ou que venha a utilizar durante a vigência deste CONTRATO DE GESTÃO.

XXXIV – Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, **https://osinfo.prefeitura.rio**, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013.

XXXV – Apresentar ao CONTRATANTE, no prazo por ele definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2021 e 2022, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados no programa de trabalho.

XXXVI – Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Projeto Básico e no programa de trabalho, de acordo com o estabelecido neste CONTRATO DE GESTÃO, na Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, e na Lei Federal nº 8.142/1990, com observância dos princípios do SUS, e em especial:

a) universalidade de acesso aos serviços de saúde;

b) 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 atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

c) gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando–se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

d) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

e) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

f) direito de informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

g) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

h) fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular;

i) prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando–se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

XXXVII – Na prestação dos serviços de saúde, a CONTRATADA deverá observar:

a) respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

b) manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

c) 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;

d) garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

e) garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

f) esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;

g) responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

h) inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

XXXVIII – Receber médicos residentes vinculados à COREME da Secretaria Municipal de Saúde ou a universidades conveniadas.

XXXIX – Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento Local, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública.

XL – Estabelecer controle e a apuração da freqüência dos empregados da CONTRATADA, por meio de Registro Biométrico de Ponto.

XLI – Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela SMS.

XLII – Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde.

XLIII – Afixar, em lugar visível da unidade municipal de saúde objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, aviso que contenha:

a) o símbolo, o nome designativo da unidade de saúde cuja gestão tenha assumido, os logos oficiais do Município, da Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde;

b) informação sobre a sua natureza de organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro;

c) indicação de que os serviços prestados são gratuitos e pertencem ao Sistema Único de Saúde.

XLIV – Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.

CLÁUSULA DÉCIMA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será apresentada até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do comprovante de devolução do saldo, se houver.

Parágrafo Primeiro – A prestação de contas será instruída com os seguintes documentos:

I – Relatórios de execução financeira, discriminando o resumo da movimentação de valores, indicando o saldo inicial, o valor de cada despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado.

II – Relatórios indicativos demonstrando a produção contratada e realizada, bem como os resultados dos indicadores e das metas estabelecidos.

III – Relação de pagamentos, incluindo o detalhamento das despesas administrativas, indicando os números e datas dos cheques emitidos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante.

IV – Conciliação do saldo bancário.

V – Cópia do extrato da conta corrente bancária e da aplicação financeira realizada na forma da cláusula quinta, referente ao período compreendido entre a última prestação de contas e a atual.

VI – Folha de pagamento discriminando nome, números do RG, CPF, PIS, CNES (apenas para contratos de gestão na área de saúde) e CTPS, função, carga horária, salário e benefícios do pessoal contratado (inclusive de servidor cedido em função temporária de direção ou assessoria, se for o caso), acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco.

VII – Cópia das guias de pagamento e respectivos comprovantes de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social (FGTS e INSS), de outros encargos e das rescisões de contrato de trabalho, e respectivas CTPS, devidamente anotadas.

VIII – Cópia de todos os comprovantes de pagamentos relacionados no inciso II deste parágrafo, bem como de todos os contracheques devidamente assinados pelos empregados, podendo estes ser substituídos pela forma prevista no art. 1º da Portaria MTE nº 3.281/84, consolidada pelo art. 3º da Lei 9.528/1997, de 10/12/1997 e suas alterações.

IX – Projeção de expectativa de custo de rescisão dos contratados pelo regime da CLT com projeção de encargos fiscais, sociais e trabalhistas.

X – A Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias.

XI – Cópia de todos os contratos celebrados no período.

XII – Relação dos bens permanentes adquiridos, identificando a numeração dos comprovantes de pagamentos ou o tipo de comprovante, com recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO.

XIII – Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de custos operacionais.

XIV – A documentação comprobatória prevista no item XIII deverá ser acompanhada de mapa de rateio especificando os valores e os percentuais rateados entre os contratos firmados com o CONTRATANTE e outros entes.

XV – Eventuais pagamentos realizados em favor de profissional autônomo deverão ser comprovados mediante cópia do recibo pertinente e do documento de identificação profissional.

Parágrafo Segundo – O repasse da parcela subseqüente ficará condicionado à apresentação da prestação de contas na forma do parágrafo primeiro e do cumprimento de eventuais prescrições contidas no Projeto Básico.

Parágrafo Terceiro – A prestação de contas somente será recebida pelo CONTRATANTE se estiver instruída com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

Parágrafo Quarto – No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à CONTRATADA, ficando o repasse da parcela subseqüente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quinto – Cada folha da prestação de contas deverá conter rubrica do representante legal da CONTRATADA, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de Contabilidade respectivo. Caso a prestação de contas ocorra em via eletrônica, em Painel de Gestão, deverá ser apresentada declaração assinada pelo representante legal da CONTRATADA e pelo contabilista habilitado de que os documentos e informações apresentados são fidedignos e que a prestação de contas foi corretamente realizada.

Parágrafo Sexto – A prestação de contas deverá ser efetuada levando em consideração que todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, por meio de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Sétimo – O CONTRATANTE poderá requerer a apresentação, 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 Município.

Parágrafo Oitavo – Caberá à CONTRATADA promover, até 01 de agosto de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução deste Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

Parágrafo Nono – O relatório de prestação de contas poderá servir de subsídio para o acompanhamento das ações desenvolvidas, monitoramento e avaliação, bem como da movimentação financeira e patrimonial referentes ao CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo – A CONTRATADA deverá manter em boa ordem e guardar todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Décimo Primeiro – A prestação de contas a que se refere a presente cláusula será realizada por meio da alimentação ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, **http://osinfo.prefeitura.rio/.**

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da Estratégia Saúde da Família (TEIAS) no âmbito da AP-5.1, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, conforme **ANEXO I-D**.

Parágrafo Primeiro – É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Segundo – Obriga-se a CONTRATADA em relação aos bens imóveis cedidos:

I – Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste CONTRATO DE GESTÃO em perfeitas condições de uso e conservação, sob pena de, a critério do CONTRATANTE, pagar os prejuízos, ou consertar os danos.

II – Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO e do bem cedido.

III – Pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

IV – Retirar às suas expensas, caso solicitado pelo CONTRATANTE, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem no bem cedido, ainda que a ele provisoriamente agregados.

V – Providenciar o seguro contra incêndio às suas expensas, apresentando ao CONTRATANTE a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento.

Parágrafo Terceiro – Os bens móveis cedidos na forma desta cláusula poderão, mediante prévia avaliação e expressa autorização do Prefeito, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, que serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto – A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como as

benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO

É vedada cessão total ou parcial do CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

Parágrafo Único – Nos casos de subcontratação de serviços ligados à atividade–meio e à atividade–fim, o subcontratado será responsável, solidariamente com a CONTRATADA, pelas obrigações descritas na cláusula nona, especialmente pelos encargos e obrigações comerciais, civeis, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FISCALIZAÇÃO

A fiscalização da execução do CONTRATO DE GESTÃO caberá ao CONTRATANTE, em especial à Comissão de Avaliação nomeada por Resolução do Secretário Municipal de Saúde a quem incumbirá a prática de todos os atos próprios ao exercício da atividade fiscalizatória.

Parágrafo Primeiro – A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pelo CONTRATANTE, se obrigando a fornecer os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

Parágrafo Segundo – Compete à CONTRATADA fazer minucioso exame das especificações dos serviços, de modo a permitir, a tempo e por escrito, apresentar à Fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas. O silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas.

Parágrafo Terceiro – A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne à execução do objeto do CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quarto – A fiscalização, por meio de relatório mensal (verificar cláusula quinta, parágrafo 5º), ou a qualquer momento, analisará todas as questões pertinentes à execução do CONTRATO DE GESTÃO, em especial o emprego adequado dos recursos públicos repassados e os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade.

Parágrafo Quinto – No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do CONTRATO DE GESTÃO, a Fiscalização deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – FORÇA MAIOR

Os motivos de força maior que possam impedir a CONTRATADA de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados ao CONTRATANTE, na primeira oportunidade e por escrito, sob pena de não serem aceitas pela Fiscalização.

Parágrafo Único – Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do CONTRATO DE GESTÃO e a alteração do Programa de Trabalho, desde que pôr termo aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87º combinado com o artigo 116 da Lei nº 8.666/1993 e no artigo 589 do RGCAF, garantida prévia defesa:

I – Advertência;

II – Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou, se for o caso, do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO;

III – Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO ou do saldo não atendido do CONTRATO DE GESTÃO, conforme o caso, e, respectivamente, nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da CONTRATADA;

IV – Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos;

V – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública;

VI – Perda de qualificação como organização social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Primeiro – A imposição das sanções administrativas previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas relacionadas ao caso concreto.

Parágrafo Segundo – As sanções previstas nos incisos I, IV e V poderão ser aplicadas juntamente com aquelas previstas nos incisos II, III e VI e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO, garantida defesa prévia ao interessado.

Parágrafo Terceiro – As multas previstas nos incisos II e III não possuem caráter compensatório, e, assim, o seu pagamento não eximirá a CONTRATADA da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo Quarto – As multas deverão ser recolhidas junto à Secretaria Municipal de Fazenda no prazo de 03 (três) dias úteis, contados da notificação de sua imposição à CONTRATADA ou, na impossibilidade da notificação, da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Quinto – As sanções estabelecidas nos incisos IV, V e VI são de competência do Secretário Municipal de Saúde.

Parágrafo Sexto – As sanções previstas nos incisos IV e V poderão também ser aplicadas à CONTRATADA caso, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, tenha:

I – Sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

II – Demonstrado não possuir idoneidade para contratar com a Administração Pública, em virtude de outros atos ilícitos praticados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – RECURSOS

A CONTRATADA poderá apresentar, sempre sem efeito suspensivo:

I – Pedido de Reconsideração a ser interposto perante a autoridade que proferiu a decisão, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da ciência da decisão;

II – Recurso à autoridade imediatamente superior a ser interposto e encaminhado através da autoridade que proferiu a decisão no prazo de 5 (cinco) dias úteis da ciência do indeferimento do Pedido de Reconsideração.

Parágrafo Único – O provimento do recurso importará apenas a invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – RESCISÃO

O CONTRATANTE, garantidos o contraditório e a ampla defesa prévia, mediante decisão fundamentada, poderá rescindir o CONTRATO DE GESTÃO na hipótese de seu descumprimento total ou parcial, bem como do Programa de Trabalho, e ainda:

I – Se houver má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou do estatuto social por parte da CONTRATADA.

II – Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.

III – Se houver alterações do Estatuto da CONTRATADA que impliquem modificação das condições de sua qualificação como organização social ou de execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

IV – Se houver a perda da qualificação como Organização Social.

V – Na hipótese de a CONTRATADA não obtiver no mínimo 50 (cinquenta) pontos na avaliação da execução das metas em 03(três) relatórios consecutivos.

Parágrafo Primeiro – Na hipótese de rescisão, a CONTRATADA deverá, imediatamente, devolver ao patrimônio do CONTRATANTE os bens cujo uso foi cedido, prestar contas da gestão dos recursos recebidos, procedendo à apuração e à devolução do saldo existente.

Parágrafo Segundo – Na decretação da rescisão, a CONTRATADA ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por cento) do valor do CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

Em caso de resilição unilateral por parte do CONTRATANTE, a CONTRATADA fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao cronograma de desembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – PUBLICAÇÃO

A publicação do inteiro teor deste instrumento no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro será providenciada pelo CONTRATANTE no prazo máximo de vinte dias da assinatura.

Parágrafo Único – O inteiro teor deste instrumento, bem como as metas e os indicadores de desempenho pactuados, devidamente atualizados, serão disponibilizados no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na Internet.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O CONTRATANTE providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 5 (cinco) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação de seu extrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – FORO

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES FINAIS

Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, salvo disposição em contrário. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente na Secretaria Municipal de Saúde. E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2021.

Rafael Sampaio
Mat. [illegible]126-7
Secretaria Municipal de Saúde

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

MIGUEL VIEIRA DIBO
INSTITUTO GNOSIS

Testemunhas:

ANEXO I-A –CONTRATO DE GESTÃO Nº 009/2021

(Decreto Rio 43.562/2017)

As partes que a estas subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2021.

Rafael Sampaio
Mat. 11/22[illegible]-2
Chefe de Gabinete
Secretaria Municipal de Saúde

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

MIGUEL VIEIRA DIBO
INSTITUTO GNOSIS

ANEXO I-B – CONTRATO DE GESTÃO Nº 009/2021

(Decreto Rio 43.562/2017)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

Para a execução deste instrumento jurídico, as partes declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846/2013, se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e estão cientes de que não poderão oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada.

§ 1º A responsabilização da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

§ 2º As sociedades controladoras, controladas, coligadas ou, no âmbito do respectivo contrato, as consorciadas serão solidariamente responsáveis pela prática dos atos previstos nesta Lei, restringindo-se tal responsabilidade à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2021.

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MIGUEL VIEIRA DIBO
INSTITUTO GNOSIS

ANEXO I-C – CONTRATO DE GESTÃO – Nº 009/2021

AUTORIZAÇÃO – DECRETO RIO Nº 46.785/2019

ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO GNOSIS, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 010.635.117/0001-03, por intermédio de seu representante legal o Sr. **MIGUEL VIEIRA DIBO**, portador (a) da carteira de identidade nº 06342856-9, expedida pelo IFP/RJ e do CPF Nº 771.855.957-20, AUTORIZA, para fins do Decreto Rio nº 46.785/2019, o MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio do Secretario Municipal de Saúde, representado pelo Sr. **DANIEL RICARDO SORANZ**, inscrito no Cadastro Pessoa Física – CPF sob o nº 290.210.958-07, a fazer desconto em suas faturas e realizar os pagamentos dos salários e demais verbas trabalhistas diretamente aos seus empregados, bem como das contribuições previdenciárias e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, quando esses não forem adimplidos por esta empresa.

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2021.

Rafael Sampaio
Mat. 11/22[illegible]26-7
Chefe de Gabinete
Secretaria Municipal de Saúde

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MIGUEL DIBO
TOR EXECUTIVO
TITUTO GNOSIS

MIGUEL VIEIRA DIBO
INSTITUTO GNOSIS

ANEXO I-D – CONTRATO DE GESTÃO – Nº 009/2021

CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS DO CONTRATO DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I – Fica permitido, na forma da Lei Municipal nº. 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo **09/51/000.001/2021**, assim como os bens que lhes guarnecem.

II – O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Contrato de Gestão ao qual se vincula.

III – Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporadas ao patrimônio municipal, sem direito à retenção.

IV – Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V – Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI – A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal

VII – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VIII – Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos.

IX – Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização por escrito, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no Contrato de Gestão.

X – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contração do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

XI – Deverá a CONTRATADA pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do imóvel, inclusive tarifas e taxas.

XII - Relação de bens –

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/12606055/4318303/BENS5.1.pdf

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2021.

Rafael Sampaio
Mat. 11/224.426-7
Chefe de Gabinete
Secretaria Municipal de Saúde

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

MIGUEL VIEIRA DIBO
INSTITUTO GNOSIS

PROJETO

BÁSICO

ANEXO II – PROJETO BÁSICO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – AP-5.1

Projeto Básico e Anexos Técnicos, para o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS),** por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na área programática – AP 5.1 que compreende os bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – S/SUBPAV

PROJETO BÁSICO

Anexo Técnico A – Informações sobre o território

Anexo Técnico B – Plano de Trabalho

Anexo Técnico C – Destinação de recursos orçamentários no cronograma

Anexo Técnico D – Apoio pela organização social a gestão das unidades de saúde

Anexo Técnico E – Critérios gerais para o acompanhamento do contrato, avaliação e metas

Anexo Técnico F – Cronograma de desembolso e metas físicas

Anexo Técnico G – Normas para Custeio das Despesas Administrativas

CONSIDERANDO a necessidade de qualificar os serviços prestados, trazendo benefícios aos usuários Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS), definidos como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado;

CONSIDERANDO a necessidade de realinhamento das diretrizes da política pública da atenção primária que implica na realização de novos arranjos de contratação, que reflitam esta nova política;

CONSIDERANDO que residem 671.041 pessoas na AP 5.1, divididos entre 10 bairros, cujo território abrange ocupações irregulares com população de baixa renda, aglomeradas;

CONSIDERANDO que, pelo Ministério da Saúde, estima-se como razão ideal a existência de uma Unidade de Atenção Primária em Saúde para cada 20.000 habitantes e, no máximo, 4.000 cadastrados por equipe de Saúde da Família;

CONSIDERANDO que, com 127 equipes de Saúde da Família, há uma estimativa de cobertura de apenas 75% da população;

CONSIDERANDO que, por sua capilaridade e configuração como porta de acesso aos serviços de saúde, a expansão da APS deve permanecer prioritária, sendo esse o planejamento da gestão atual para os primeiros meses de 2021;

CONSIDERANDO a falta de alinhamento e diretrizes homogêneas na aplicação política de contratação dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao cidadão, gerando risco e insegurança para os parceiros executores da política pública;

CONSIDERANDO o entendimento de que o modelo de parceira via contrato de gestão com Organizações Sociais de Saúde, é uma forma legítima de contratualização e oferece os instrumentos necessários para o abastecimento célere e eficiente das unidades, principalmente considerando o cenário atual de pandemia e desabastecimento das mesmas.

DO OBJETO

Projeto Básico para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS), por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na área programática – AP 5.1 que compreende os

bairros Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

OBJETIVO GERAL

Gerenciar, administrar, operacionalizar e executar, pela CONTRATADA, as ações e serviços de saúde no Território integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 5.1, com previsão de adaptações na manutenção e adequação de equipamentos, programação visual, serviços especializados e despesas operacionais das unidades de saúde sob sua responsabilidade, atribuídos a CONTRATADA, previsto neste Projeto Básico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Operacionalizar, apoiar e executar, pela CONTRATADA, as atividades e serviços junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, Serviços Especializados e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP 5.1;
- Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, NASF e CAPS, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo público;
- Realizar o fornecimento regular dos insumos da grade padronizada e a manutenção dos equipamentos com pleno funcionamento, para a assistência das equipes nas Unidades de Atenção Primária (UAP);
- Contratar serviços de prestação continuada como limpeza, portaria, segurança, concessionárias, conectividade, profissionais de apoio à Saúde da Família, entre outros serviços especializados como: Radiografia e Ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; serviço de oftalmologia – refração e de retinografia digital; serviço de confecção de próteses dentárias; serviço de apoio, manutenção e suporte dos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico do Cidadão; dentre outros serviços necessários à boa realização dos objetivos estabelecidos neste Projeto Básico e de acordo com as necessidades definidas pela Coordenação de Área e S/SUBPAV;

- Implantar, manter e dar suporte aos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico da Atenção Primária à Saúde;
- Desenvolver ações de educação, vigilância e promoção da saúde de acordo com as normas vigentes e orientações estabelecidas pela CONTRATANTE;
- Prestar assistência em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública;
- Garantir o fornecimento e a utilização de uniforme e crachá padronizados pela SMS/RJ para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da SUBPAV que será disponibilizado oportunamente);
- Adequar a programação visual, manutenção e adaptação das Unidades de Atenção Primária, de acordo com a orientação vigente da S/SUBPAV.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto, deverá atuar sobre dois aspectos:

Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);

Implantação da Comissão de Prontuários;

Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico/paciente, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto a SMS.

Atenção ao Usuário

Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;

Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações / sugestões dos usuários.

Composição das Equipes de Saúde da Família

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deverá ser composta por no mínimo 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Agente Comunitário de Saúde e 01 Agente de Vigilância em Saúde. Será utilizado como padrão no Município do Rio de Janeiro a proporção de 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde para cada equipe de saúde da família, e de 02 (dois) Técnicos de Enfermagem para cada equipe de saúde da família.

Cada eSF é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microáreas – território onde habitam entre em média 400 e 680 pessoas, correspondente à atuação de 01 (um) Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas é de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 03 (três) equipes de Saúde da Família (eSF) existe 01 (uma) equipe de saúde bucal (eSB).

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME do PRMFC da SMS ou das universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade "bolsa de estudos", em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso, cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar corresponsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)			
EQUIPE	**CATEGORIA**	**CARGA HORÁRIA SEMANAL**	**QUANT.**
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	2 por eSF
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	4 a 6 por eSF (*)
	AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	40H	1 por eSF
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO-DENTISTA DA FAMÍLIA	40H	1 para cada 3 eSF
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 3 eSF
	FARMACÊUTICO	40H	1 para cada 6 eSF
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	1 para cada 6 eSF
	GERENTE	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40H	1 para cada 3 eSF
	PORTARIA	12H	2 para cada 6 eSF

(*) O número de agentes está vinculado à população adscrita.

Critérios para composição de horário das equipes

A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);

O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;

Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;

Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;

A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;

Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;

O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;

Salvo em situações excepcionais, as unidades de saúde devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de saúde da família durante todo o horário de funcionamento;

As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção;

Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas. Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade a CAP e a SUBPAV devem ser previamente comunicadas.

Estrutura das Unidades de Saúde

Prioritariamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar escala de atendimento na recepção, com guichê de atendimento identificado por equipe de abrangência. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos da população. Todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por e-mail dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e e-mail da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;

Minimamente, as unidades devem dispor de 01 (um) consultório por equipe de Saúde da Família, sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe. Estes devem apresentar identidade visual, com a identificação da equipe / área de abrangência;

Deve-se apresentar uma relação com o nome dos profissionais de saúde e horários de atendimento, e esta deve ficar exposta para a população em local visível na recepção, bem como o horário de funcionamento da unidade;

A agenda dos profissionais deve ser organizada a partir dos prontuários eletrônicos. Quando não for possível, esta deve estar disponível na recepção;

Toda Unidade de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro deve ter minimamente a seguinte relação de salas / espaços:

1 Administração	1 Almoxarifado	1 Auditório
Banheiro masc. e fem.	1 Copa	Consultório (s)
Consultório (s) odontológico	1 Depósito materiais de limpeza	1 Farmácia
Recepção	1 Sala de curativo	1 Sala de espera
1 Sala de esterilização	1 Sala de expurgo	1 Sala de imunização
1 Sala de coleta/procedimentos	1 Sala de observação clínica	1 Sala de reunião/grupo
1 Sala dos agentes (ACS/AVS)		

Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis. Para coleta de exame de gravidez e de baciloscopia não deve haver restrição de horário de recebimento do material. Para acondicionamento de amostras de escarro, deve-se ter disponível caixa térmica com gelox e/ou geladeira frigobar (se o período de acondicionamento > 1 dia).

Os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, realização de teste rápido e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.

A sala de imunização deve estar em atividade durante todo o horário de funcionamento da unidade, não existindo dias para vacinas específicas, ao exemplo da BCG, com oferta de todas as vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) otimizando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal.

A unidade deve ser bem sinalizada com os fluxos de atendimento bem definidos para a população.

Toda unidade deve ter em local visível à população, um painel contendo minimamente as seguintes informações:

Horário de funcionamento da Unidade;

Mapa da área de abrangência e relação de ruas, identificando nominalmente os profissionais de referência, no caso das equipes de Saúde da Família;

Relação nominal dos profissionais com a respectiva programação semanal de cada um, contendo horário e atividade desenvolvida;

Relação nominal de profissionais com suas respectivas cargas horária de acordo com o contrato de trabalho;

Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;

Relação dos representantes da população e profissionais que integram o Colegiado Gestor Local;

Data/Hora/Local das reuniões do Colegiado Gestor Local, bem como dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde;

Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Relatório de acompanhamento de metas: Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de um "placar da saúde" com a devida atualização mensal dos indicadores de saúde. Este placar deve ficar em local visível na unidade.

Território de Abrangência: É o território pelo qual a Unidade de Atenção Primária é responsável pela assistência à população. Deve-se levar em consideração vários fatores como área de influência, barreiras geográficas, densidade demográfica e fatores locais como violência. Todos os moradores de uma região de abrangência (área adscrita) são de responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) definida para aquela área. Entendendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema de saúde, independentemente da situação de saúde de uma pessoa, as eSF devem continuar o acompanhamento daquela pessoa. Exemplo: paciente com câncer em tratamento em serviço especializado; paciente em hemodiálise; paciente portador de coronariopatia grave; portadores de transtorno mental; etc., devem continuar sendo atendidos e cuidados pela eSF de referência.

Portanto, todas as instituições e equipamentos sociais na região devem receber um olhar e responsabilização por parte das equipes de SF, mesmo que sob tutela institucional. Exemplo: pessoas em instituição de longa permanência para idosos (ILPI); residências

terapêuticas; etc., independentemente de serem públicas ou privadas devem ser assistidas também pelas eSF.

Toda equipe deve trabalhar com o mapa de seu território de forma dinâmica, usando o conceito de "território vivo", estando atenta a mudanças nas condições de saúde da população. As equipes devem estar instrumentalizadas a analisar e atualizar os indicadores no seu território e mapear todos os equipamentos sociais, marcadores preferenciais (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, crianças em risco nutricional).

A CONTRATADA deverá oferecer a manutenção, adaptação física e programação visual das unidades de acordo com as orientações vigentes da S/SUBPAV;

A manutenção inclui manutenção predial, manutenção dos equipamentos tanto preventiva quanto corretiva;

A adaptação física das unidades deverá ter aprovação dos custos e do projeto básico pela coordenação de Área de Planejamento;

A programação visual inclui desde a aplicação de identidade visual nas salas, identificação das salas, painéis educativos, painéis com protocolos clínicos;

A CONTRATADA deverá realizar a Contratação dos profissionais para atuação nas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), Assistência Farmacêutica, Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo;

O processo seletivo deve ser público e com ampla divulgação;

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem obrigatoriamente passar por processo seletivo que inclua mérito acadêmico e profissional, levando-se em conta títulos de especialidade e experiência prévia comprovada na atuação em Saúde da Família. No caso dos CAPS, especialidade e experiência prévia em Saúde Mental;

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem estar cadastrados no SCNES (Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde);

Todos os profissionais contratados devem utilizar ponto biométrico na própria unidade para registro diário de frequência. Não é permitida a flexibilização da carga horária para nenhum profissional, porém a distribuição da carga horária na semana pode ser pactuada localmente;

O horário padrão de todos os profissionais deve estar disponibilizado na recepção de todas as unidades de saúde para que seja consultado pela população;

A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de saúde constantes na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente. Sendo assim, todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

Consulta de urgência e Atendimento de emergência: faz parte das atribuições de toda Unidade de Atenção Primária e de toda equipe de Saúde da Família prestar atendimento de urgência sob demanda espontânea;

Todos os profissionais devem estar aptos a reconhecer situações de alerta e de gravidade.

Os casos de emergência que porventura derem entrada na unidade devem ser prontamente atendidos e, havendo necessidade deve-se:

Solicitar a remoção do paciente diretamente na plataforma virtual de Vaga Zero da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, devendo haver a classificação de risco clínico, e informar qual tipo de ambulância se faz necessário para a adequada remoção. A equipe de Saúde da Família deve escrever o relato do caso em duas vias e anotar no livro de ocorrência da unidade, em caso de rompimento deste fluxo deve-se entrar em contato imediatamente com a CAP.

Até a remoção, todas as medidas a fim de estabilização clínica hemodinâmica necessária deve ser assumida e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível.

Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados nesta carteira e no protocolo municipal de atendimento à urgência e emergência, e as equipes preparadas para atendimento de emergência. Mais detalhes estão descritos na sessão "Situações de urgência / emergência".

Procedimentos

Uma lista completa de procedimentos e de cirurgias ambulatoriais está disponível na seção "Procedimentos / cirurgias ambulatoriais".

Toda Unidade de Atenção Primária deve minimamente oferecer serviços de inalação, curativos, imunização, pequenos procedimentos cirúrgicos.

Visita e Atendimento domiciliar

Todos os profissionais que atuam na ESF devem realizar visitas e atendimentos domiciliares;

Nas Unidades de Atenção Primária com ESF as visitas domiciliares devem ser agendadas conforme programação semanal de acordo com as demandas dos usuários e da equipe;

O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade.

Consultas

Toda Unidade de Atenção Primária deve organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia / horário específico;

A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade;

As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais;

Todos os procedimentos como medição antropométrica, aferição de Pressão Arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta;

Toda Unidade de Atenção Primária deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada;

Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período;

A condição não urgente pode ser agendada para até dois dias úteis;

O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias;

Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos;

Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade, sendo necessário o preenchimento das informações pertinentes em prontuário e anotação no livro de ocorrência da unidade.

Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem faz parte da assistência à saúde centrada na pessoa, e deve ser orientada de acordo com protocolos clínicos da SMS/RJ, da SES/RJ e do Ministério da Saúde (MS). As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério, idealmente devem ser intercaladas entre o médico e o enfermeiro.

A prescrição de enfermagem e solicitação de exames complementares devem seguir os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas e/ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

Atestado

É obrigação do profissional médico a emissão de atestado médico sempre que prestar assistência e houver a necessidade do documento. São situações comuns que devem ser prescritas na Atenção Primária: atestado para afastamento do trabalho; atestado para certificar condições de saúde ou de doença; atestado para perícia médica; atestado para prática de atividade física; a veracidade dos mesmos, caso adjudicado, será de responsabilidade do profissional que emitiu o mesmo.

A emissão do atestado de óbito é obrigatória desde que o profissional médico tenha prestado assistência ao paciente e que não haja suspeita de causas externas. O formulário para atestado de óbito deve estar disponível a todas as Unidades de Atenção Primária. Quando necessário o profissional deve realizar visita domiciliar para a avaliação clínica e emissão do documento.

A emissão de declaração de nascido vivo só deverá ocorrer para os casos de nascimentos ocorridos em domicílio que não tiveram passagem por unidade hospitalar, desde que cumpridos os requisitos de avaliação médica ou de enfermagem e apresentação de testemunhas devidamente identificadas através de documentação oficial. Para os casos em que não se dispõem dos requisitos anteriormente indicados deverá ser realizado encaminhamento ao Conselho Tutelar da AP.

Assistência Farmacêutica

Toda Unidade de Atenção Primária deve apresentar um plano de uso racional de medicamentos e deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo à Assessoria de Assistência Farmacêutica.

Toda Unidade de Atenção Primária deve dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.

A dispensação de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita.

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade.

Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente técnico / oficial de farmácia ou farmacêutico.

Toda a relação de medicamentos disposta no REMUME (relação municipal de medicamentos) deve ser dispensada nas Unidades de Atenção Primária:

- Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, dentre outras):

Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar os pacientes com asma e DPOC e o fornecimento da medicação deve ser vinculada a pelo menos uma consulta a cada 6 (seis) meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;

- Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina):

Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina; todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina. O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 (três) meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (polos, policlínica, hospital, etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe; Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, tiras, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar;

- Medicamentos controlados (receituário de controle especial tipos A, B, B2 e comum):

Toda Unidade de Atenção Primária deve ter disponível receituário de controle especial. A prescrição de medicamento controlado não é vedada ao médico que atua na Atenção Primária, mas deve sempre seguir os princípios de uso racional de medicamentos;

Toda Unidade de Atenção Primária deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando as normativas vigentes. A organização da distribuição de medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com o núcleo de assistência farmacêutica da CAP, ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação.

Toda prescrição de medicamento não contido na REMUME deve ser acompanhada de orientação de que esta medicação não é dispensada na unidade, por não fazer parte da Relação Municipal de Medicamentos.

A validade* da receita comum deve ser determinada pelo profissional de saúde. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de até 12 (doze) meses para anticoncepcionais e até 6 (seis) meses para demais medicamentos. Nesse sentido, a dispensação deverá ocorrer para o período mensal. O profissional de saúde deve identificar na receita a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO".

*Para efeitos de validade de receita simples NENHUM anti-inflamatório, analgésico, antitérmico, antibiótico deve ser considerado como uso contínuo.

Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na Unidade, durante todo o horário de funcionamento da mesma.

Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP e este deve consolidar as informações e comunicar a coordenação de assistência farmacêutica da CAP.

A CONTRATADA deverá oferecer os serviços de saúde constantes na Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente. Sendo assim, todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de um serviço de Apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) e sua resolubilidade, através da qualificação das equipes, atendimento conjunto, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço

dos profissionais que as compõem. Preferencialmente, as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), constantes na Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 e na Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS do Ministério da Saúde. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Primária (eAP) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

O cadastramento desses profissionais é realizado diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Podendo, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Radiologia e de Ultrassonografia em toda Unidade de Atenção Primária do tipo Clínica da Família.

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF);

Os exames de imagem devem ser integrados nos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada ao médico da equipe;

Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizado para tanto telerradiologia;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Refração.

Considerando este procedimento muito prevalente na atenção primária e com demanda reprimida, deve-se expandir o acesso ao serviço à população;

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família;

Deve-se garantir a prescrição das lentes corretivas aos pacientes quando for o caso;

Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação;

Recomenda-se que o preço por exame siga a tabela de procedimentos do SUS;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia – Retinografia Digital.

Considerando este procedimento muito prevalente na atenção primária e com demanda reprimida, deve-se expandir o acesso ao serviço à população;

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família;

Sugere-se a implantação de Retinógrafo Digital que permita laudo à distância - telemedicina para otimização de custo-efetividade;

O exame deve ser realizado na Atenção Primária, porém a análise da imagem pode ser realizada a distância;

Deve-se garantir a avaliação de profissional especializado - Oftalmologista com laudo;

Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação;

Recomenda-se que o preço por exame siga a tabela de procedimentos do SUS;

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Confecção de Próteses Dentárias.

Esta ação é atribuição da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das Equipes de Saúde Bucal;

Os moldes devem ser realizados na própria Unidade de Atenção Primária, podendo ser o Laboratório para Confecção das Próteses concentrado em outro endereço na Área de Planejamento, desde que garantido o prazo máximo de 30 dias desde a confecção do molde e a implantação da prótese dentária;

Caberão às equipes de Saúde Bucal da unidade a modelagem, avaliação e manutenção das próteses;

A CONTRATADA deverá implantar e/ou manter os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com as metas físicas em contrato, sendo características desses centros:

Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve constar no projeto terapêutico de cada usuário.

As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com as equipes de SF, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Deve ser realizada pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

A CONTRATADA deverá oferecer nas unidades de saúde Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública.

Objetivo: Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

Ações de Organização dos Serviços Assistenciais: Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e uma Estratégia Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que

desencadeia todas as ações de saúde subsequentes. Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só referenciando à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde. O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS/RJ como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de serviços de Laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo.

ESPECIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

Os profissionais previstos para as equipes de Saúde da Família correspondem a equipes completas conforme indicação do Ministério da Saúde, além de apoio administrativo e apoio para informação em saúde.

PRAZOS

Será concedido à CONTRATADA o prazo máximo de até 30 (trinta) dias para início da execução dos serviços, a partir da publicação do contrato devidamente assinado, podendo ser antecipado ou postergado se assim for entendido e definido pelo gestor da SMS, em função do atendimento de suas necessidades.

O prazo de vigência do contrato será de 24 meses, a partir da data de assinatura do contrato de gestão.

CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS E DIRETRIZES FORMULADOS PELA CONTRATANTE

A CONTRATADA deverá cumprir recomendações especificas sobre fluxos, formulários, informações especificas e protocolos clínicos instituidos pela CONTRATANTE e que estejam vigentes.

CONFORMIDADE COM CAMPOS DE ESTÁGIO E FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA CONTRATANTE

A CONTRATADA deverá permitir a utilização das Unidades de Atenção Primária como campo de estágio para a Residência em Saúde da Familia, Residência em Medicina de Família e Comunidade e graduação em saúde quando conveniados com a CONTRATANTE ou outros programas firmados com o Ministério da Saúde ou demais autarquias.

Fica vedada à CONTRATADA a disponibilização das unidades de saúde para campo de estágio sem a anuência por escrito da CONTRATANTE através da S/SUBPAV/SAP.

DA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem obrigatoriamente passar por processo seletivo que inclua mérito acadêmico e profissional, levando-se em conta títulos de especialidade e experiência prévia em Saúde da Família. No caso dos CAPS, especialidade e experiência prévia em Saúde Mental.

Todos os profissionais admitidos pela CONTRATADA devem estar cadastrados no SCNES (Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde).

DA LINHA DE BASE PARA TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL

A OSS deverá considerar os setores censitários (Fonte: Censo Demográfico do IBGE – 2010) dos bairros/comunidades que integram o objeto deste contrato de gestão. Os mesmos serão atualizados durante o cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Caberá à CAP e à SUBPAV a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, das equipes de atenção primária bem como das microáreas dos agentes comunitários de

saúde, estando as mesmas disponibilizadas em link virtual específico a ser disponibilizado pela S/SUBPAV.

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A CONTRATADA deverá manter atualizados os sistemas de informação adotados pela CONTRATANTE, bem como gerar os arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a CONTRATANTE solicitar;

Toda a unidade de saúde sob gestão da CONTRATADA deve ter todos os postos de trabalho informatizados, com conectividade e Prontuário Eletrônico em funcionamento;

A CONTRATADA deve garantir conectividade, servidor de dados (datacenter) central, servidor / concentrador de dados em cada unidade de saúde, manutenção; customização do sistema e treinamento continuado dos profissionais, podendo exigir da empresa prestadora de serviços de prontuário eletrônico essas garantias;

A CONTRATADA deve oferecer suporte de Tecnologia em Informação a todas as unidades sob gestão. A resposta aos chamados de suporte deve ser atendida em até 24 horas;

O banco de dados de todos os pacientes é de propriedade da CONTRATANTE, devendo ser fornecido um backup (cópia) dos dados a qualquer momento, bem como a utilização de padrões internacionais que permitam a migração dos dados em caso de substituição da CONTRATANTE ou da empresa de prontuário eletrônico;

A CONTRATADA ou a empresa de prontuário eletrônico por ela contratada, deve disponibilizar um portal web para gerar relatórios gerenciais bem como possibilitar acesso aos dados clínicos para auditoria clínica a nível local, regional através das CAP (Coordenações de Área de Planejamento) e do nível central (S/SUBPAV);

A CONTRATADA deve garantir o funcionamento do prontuário eletrônico nas unidades de saúde sob gestão durante todo o horário de funcionamento das unidades. Para tanto, deve-se garantir medidas que possibilitem manter o prontuário em pleno funcionamento, como redundância de conectividade e servidores locais;

Todos os impressos oficiais da CONTRATANTE padronizados pela S/SUBPAV/SAP devem ser preenchidos e impressos a partir do prontuário eletrônico;

Alguns requisitos mínimos para os prontuários eletrônicos devem ser garantidos no momento da contratação do serviço:

- O prontuário deve ser construido para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde;
- Deve ser familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- Deve ter uma lista de problemas ativos e inativos;
- O registro clínico deve ser organizado no método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano);
- Deve-se utilizar como padrão para classificação de doenças a tabela do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) permitindo a conversão para a codificação do CID (Classificação Internacional de Doenças);
- Deve permitir a impressão de formulários como: Receituário, Receituário Especial, Atestados, Notificações compulsórias, Declaração de Comparecimento, Requisição de Exames (incluindo de Alto Custo - APAC), Encaminhamento de Usuários (Guia de Referência e Contra Referência), Solicitação de Exames Citopatológicos e Mamografias. Esses formulários são padronizados pela S/SUBPAV/SAP;
- Permitir o acompanhamento da gestante (pré-natal), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor em crianças, acompanhamento de tuberculose, acompanhamento de hanseníase; Imunização com aprazamento das consultas;
- Permitir às equipes gerar minimamente as seguintes listas nominais: lista geral de todos os pacientes da Unidade/equipe/microárea; lista de hipertensos, lista de diabéticos, lista de pacientes com tuberculose, lista de pacientes com hanseníase, lista de crianças até 2 (dois) anos, lista de gestantes, lista de rastreamento de citopatológico de mulheres entre 25 a 64 anos;
- Gerar um relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores de sua equipe;
- Gerar um relatório por profissional dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores;
- Deve permitir controle de estoque de todos os insumos na unidade incluindo os itens dispensados na farmácia;

- Permitir a gestão da agenda dos profissionais, incluindo a possibilidade de registro de marcação não presencial como por telefone, portal ou e-mail;
- Deve permitir o registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiograma;
- Deve permitir interoperabilidade com outros sistemas como aparelhos de processamento de laboratório, aparelho de Raio-X digital, dentre outros.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto à correta atualização do SCNES;

Todo estabelecimento de saúde da Esfera de Administração Pública de atenção primária e secundária no Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Fica vedado o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), ficam estabelecidas as seguintes regras:

I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um número único de cadastro e fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e serviço especializado. Caso haja uma Unidade de Atenção Primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim "serviço especializado" e devem ser cadastradas;

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF é considerado um "serviço especializado", portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. Quanto às unidades, o NASF poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir:

02 – Centro de Saúde/Unidade Básica;

15 – Unidade Mista;

03 – Policlínica;

36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade;

71 – Centro de Apoio à Saúde da Família.

Para Unidades de Atenção Primária, somente é permitido dois tipos de unidades de saúde:

TIPO DE UNIDADE NA CARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIAÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

Cadastro – desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela CONTRATANTE;

Programação – Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;

Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela CONTRATANTE.

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) fica instituído a partir da Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013.

O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um

sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

A estratégia é composta por dois sistemas:

SISAB – Sistema de Informação Nacional que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

Sistema e-SUS AB – composto por dois softwares para coleta dos dados:

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de um sistema de digitação e as seguintes fichas: Cadastro Individual

Cadastro Domiciliar e Territorial Ficha de Atendimento Individual

Ficha de Atendimento Odontológico Individual Ficha de Atividade Coletiva

Ficha de Procedimentos

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Marcadores de Consumo Alimentar Ficha Complementar

Avaliação de Elegibilidade e Admissão Atendimento Domiciliar

- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico (objeto deste manual), que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidades de Atenção Primária.

SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

O sistema de PEC não gera relatórios gerenciais de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, no entanto é dever da OSS garantir a busca ativa dessas mulheres para rastreamento do câncer de colo uterino.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituam objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nivel Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;

- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é especifica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da Coordenadoria de Vigilância em Saúde –S/CGVS/CVS

SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

A plataforma SIPNI WEB tem como objetivos: fornecer dados sobre vacinação, fornecer dados sobre movimentação de imunobiológicos e reduzir erros de imunização.

A utilização do registro individual do vacinado visa conhecer melhor o público-alvo, obter registros mais completos (ex.: data de nascimento, endereço e telefone do vacinado), marcação de próximas vacinas, resgate do público alvo e consequentemente obtenção de coberturas vacinais mais adequadas.

A movimentação de imunobiológicos permite que a sala de vacina tenha melhor controle de seus estoques, podendo assim acompanhar a utilização das vacinas recebidas e as suas perdas, concedendo uma avaliação crítica do processo de trabalho.

O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O instrumento de coleta de dados do API consiste em:

Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchido pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.

Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

O SI-PNI/API é o sistema oficial de registro de vacinação a ser utilizado nas unidades de saúde utilizando o PEC até que seja disponibilizada a integração entre PEC e SI-PNI que descontinuará o registro de vacinação no SI-PNI.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. É um sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet.

DispensaMed

O DispensaMed é um sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio para uso das unidades básicas da SMS/RJ para registro das informações de receita e medicamentos dispensados à população. O sistema também permite uma visão analítica aos gestores para tomada de decisão, através do TABNET.O DispensaMed é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as unidades de saúde que utilizam PEC.

SIGMA – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

O Sistema de Informações Gerenciais de Materiais (SIGMA), sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio, tem como objetivo o controle de todos os bens adquiridos e estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais no Município de Rio de Janeiro tais como materiais de consumo e medicamentos. No SIGMA também são realizadas a manutenção do cadastro de materiais e serviços e a manutenção do cadastro de empresas, fundações privadas e associações. O sistema é composto pelos seguintes módulos: Catálogo de Materiais e Serviços, Cadastro de Empresas, Cadastro de Fundações Privadas e Associações, Cadastro de Amostras, Gestão de Estoques, Tabelas e Segurança.

Serão usuários do sistema os órgãos da administração direta e indireta.

Outros Sistemas de Informação em Saúde

Outros Sistemas de Informação em Saúde que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde ou Sistemas já existentes que venham a ser solicitados pela SMS deverão ser preenchidos pela OSS que fará apoio à gestão das Unidades de Atenção Primária.

DA AVALIAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A CONTRATADA será avaliada trimestralmente de acordo com o resultado dos indicadores e metas constantes no contrato de gestão. Esses indicadores em sua maioria são indicadores de processo, podendo haver indicadores de resultado. Já para os profissionais de saúde os indicadores qualitativos serão em sua maioria indicadores de resultado que avaliam a boa prática clínica;

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;

Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ.

As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

Qualificação dos profissionais;

Utilização do prontuário clínico;

Uso de outros registros da atividade assistencial;

Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS do Rio de Janeiro e a PNAB 2017 / Ministério da Saúde;

Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;

Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;

Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;

Perfil de prescrição farmacêutica;

Auto avaliação assistencial pelos profissionais;

Avaliação externa da prática assistencial.

Todos os indicadores devem ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores das equipes deverão ser enviados de forma automatizada por e-mail pelo PEP para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por e-mail mensalmente aos profissionais.

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as AP. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um casemix pré-estabelecido pela SMS.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido à CAP para validação.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

Para o registro da satisfação, deve-se utilizar um terminal de registro cuja base de dados deve estar vinculada ao prontuário eletrônico. O ideal é que seja instalado um totem com tela "touch screen" que facilite a visualização e a coleta das informações;

O terminal de registros deve estar disponibilizado na recepção da unidade, em um espaço que permita privacidade aos usuários.

Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento;

O momento de coleta de informações é na saída da unidade de saúde. Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro;

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;

O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO	EQUIPE DE SAÚDE
DATA DO REGISTRO	HORA DO REGISTRO
MOTIVO DO ATENDIMENTO	

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados.

As prestações de contas devem ocorrer mensalmente e ser disponibilizadas em sistema de informação, plataforma virtual de monitoramento e transparência, sob as normas vigentes e regras estabelecidas pela Subsecretaria de Gestão.

PREVISÃO DE CUSTEIO DE EQUIPES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFICIOS)

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CATEGORIA	Quantidade de Profissional	CUSTEIO DE PESSOAL 2021					
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade		Salário Total	
Médico	150	40	R$ 15.157,17	R$	220,00	R$	2.306.575,80
Enfermeira	150	40	R$ 6.082,10	R$	220,00	R$	946.324,00
Técnico de Enfermagem	150	40	R$ 2.324,93	R$	220,00	R$	381.739,50
Limpeza / Portaria	100	40	R$ 1.400,00	R$	220,00	R$	262.000,00
Cirurgião Dentista	50	40	R$ 6.082,10	R$	220,00	R$	315.108,00
Técnico de Saúde Bucal	25	40	R$ 2.324,93	R$	220,00	R$	63.625,25
Auxiliar de Saúde Bucal	50	40	R$ 1.550,00	R$	220,00	R$	88.500,00
Farmacêutico	25	40	R$ 6.082,10	R$	220,00	R$	157.554,00
Técnico de Farmácia	25	40	R$ 2.324,93	R$	220,00	R$	63.625,25
Gerente	27	40	R$ 8.514,80	R$	220,00	R$	235.839,60
Auxiliar Administrativo	0	40	R$ 1.550,00	R$	220,00	R$	-
TOTAL FUNCIONÁRIOS	752						
					TOTAL SALÁRIOS	R$	4.719.897,40

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R$	943.977,48
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R$	273.753,47
SAT	2,000%	R$	94.397,75
PIS	1,000%	R$	47.198,87
FGTS	8,000%	R$	377.590,99
13º SAL	8,333%	R$	393.166,62
Abono de Férias	2,780%	R$	131.212,87
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R$	78.664,79
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R$	19.822,53
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,837%	R$	39.512,40
13o salário (Lei nº 12.506/11)	0,339%	R$	15.992,64
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,285%	R$	13.701,78
Multa FGTS	4,000%	R$	188.795,90
Encargos Patronais (incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R$	249.317,29
Total Provisões	**23,634%**	**R$**	**1.115.808,83**
Total Encargos	**36,864%**	**R$**	**1.739.918,24**
Sub Total (Encargos + Provisões)	**60,498%**	**R$**	**2.855.823,06**

BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R$ 8,10	752	R$	134.006,40
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R$ 16,11	752	R$	299.670,69
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$	433.677,09

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
TOTAL	TOTAL	
	R$	8.009.080,48

CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA

CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021					
		Horas Semanais	Salário (base)		Insalubridade	Salário Total	
Médico	1	40	R$	15.157,17	R$ 220,00	R$	15.377,17
Enfermeiro	1	40	R$	6.082,16	R$ 220,00	R$	6.302,16
Técnico de Enfermagem	1	40	R$	2.324,93	R$ 220,00	R$	2.544,93
Agente Social	3	40	R$	1.400,00	R$ 220,00	R$	4.860,00
Assistente Social	1	30	R$	2.324,93	R$ 220,00	R$	2.544,93
Psicólogo	1	40	R$	5.790,34	R$ 220,00	R$	6.010,34
Auxiliar Administrativo	0	40	R$	1.743,70	R$ 220,00	R$	-
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8						
					TOTAL SALÁRIOS	R$	37.639,53

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R$	7.527,91
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R$	2.183,09
SAT	2,000%	R$	752,79
PIS	1,000%	R$	376,40
FGTS	8,000%	R$	3.011,16
13º SAL	8,330%	R$	3.135,37
Aborro de Férias	2,780%	R$	1.046,39
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R$	627,33
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R$	158,09
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,630%	R$	237,14
13o salário (Lei nº 12.506/11)	0,120%	R$	52,32
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,155%	R$	60,63
Multa FGTS	4,000%	R$	1.505,58
Encargos Patronais (incidência de A sobre (B+C))	5,252%	R$	1.976,22
Total Provisões	**23,636%**	**R$**	**8.896,85**
Total Encargos	**36,809%**	**R$**	**13.851,31**
Sub Total (Encargos + Provisões)	**60,435%**	**R$**	**22.747,83**

BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R$ 8,19	8	R$	1.426,80
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R$ 18,11	8	R$	3.187,99
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$	4.613,69

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA		
TOTAL	TOTAL	
	R$	55.051,06

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO

CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021					
		Horas Semanais	Salário (base)		Insalubridade	Salário Total	
Médico NASF	12	40	R$	11.099,63	R$ 220,00	R$	135.635,56
Profissional de Nível Superior	48	40	R$	5.760,34	R$ 220,00	R$	288.496,32
TOTAL FUNCIONÁRIOS	60						
					TOTAL SALÁRIOS	R$	424.131,88

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R$	84.826,38
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R$	24.611,25
SAT	2,000%	R$	8.482,64
FS	1,000%	R$	4.241,32
FGTS	8,000%	R$	33.941,05
13º SAL	8,130%	R$	35.341,83
Abono de Férias	2,780%	R$	11.790,43
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R$	7.072,20
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R$	
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R$	1.782,19
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R$	3.530,10
13o salário (Lei nº 12.506/11)	0,133%	R$	569,62
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R$	780,61
Multa FGTS	4,000%	R$	16.970,53
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,252%	R$	22.414,56
Total Provisões	**33,630%**	**R$**	**142.244,24**
Total Encargos	**36,800%**	**R$**	**156.156,13**
Sub Total (Encargos + Provisões)	**60,430%**	**R$**	**256.410,37**

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R$ 6,13	60	R$ 10.652,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R$ 16,00	60	R$ 23.760,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 34.452,00

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO	
	TOTAL
TOTAL	R$ 715.234,25

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS

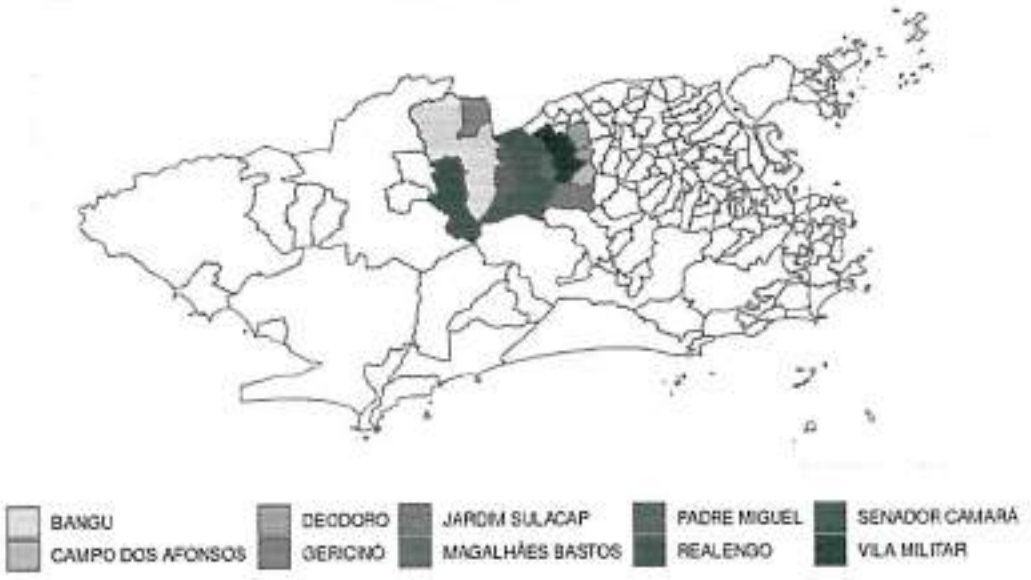
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R$ 6.739,22	R$ 220,00	R$ 6.959,22
Coordenador Técnico	2	40	R$ 5.660,95	R$ 220,00	R$ 11.761,90
Coordenador Administrativo	1	40	R$ 2.830,48	R$ 220,00	R$ 3.050,48
Supervisor Clínico Institucional	1	12	R$ 1.387,75	R$ 220,00	R$ 1.607,75
Assistente Administrativo	2	40	R$ 1.743,70	R$ 220,00	R$ 3.927,40
Médico	2	20	R$ 7.928,30	R$ 220,00	R$ 16.296,60
Enfermeiro	2	40	R$ 4.796,43	R$ 220,00	R$ 10.032,86
Técnico de Enfermagem	3	40	R$ 2.324,93	R$ 220,00	R$ 7.634,79
Profissional de Nível Superior	15	40	R$ 4.342,76	R$ 220,00	R$ 45.637,60
Profissional de Nível Médio	7	40	R$ 1.364,30	R$ 220,00	R$ 11.090,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31				
				TOTAL SALÁRIOS	R$ 117.988,70

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R$	23.597,74
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R$	6.843,34
SAT	2,000%	R$	2.359,77
PIS	1,000%	R$	1.179,89
FGTS	8,000%	R$	9.439,10
13º SAL	8,330%	R$	9.826,48
Abono de Férias	2,780%	R$	3.280,09
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R$	1.966,48
Férias integrais com reposição de quatro	0,000%	R$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R$	495,53
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,631%	R$	743,31
13o salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R$	164,00
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R$	218,24
Multa FGTS	4,000%	R$	4.719,55
Encargos Patronais (incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R$	6.232,48
Total Provisões	**33,636%**	**R$**	**37.886,11**
Total Encargos	**36,800%**	**R$**	**43.410,81**
Sub Total (Encargos + Provisões)	**69,436%**	**R$**	**81.297,01**

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO PV FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R$ 6,10	31	R$ 5.324,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO PV FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R$ 18,11	31	R$ 12.353,45
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 17.677,65

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS		
TOTAL	TOTAL	
	R$	207.174,32

ANEXO TÉCNICO A
INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO

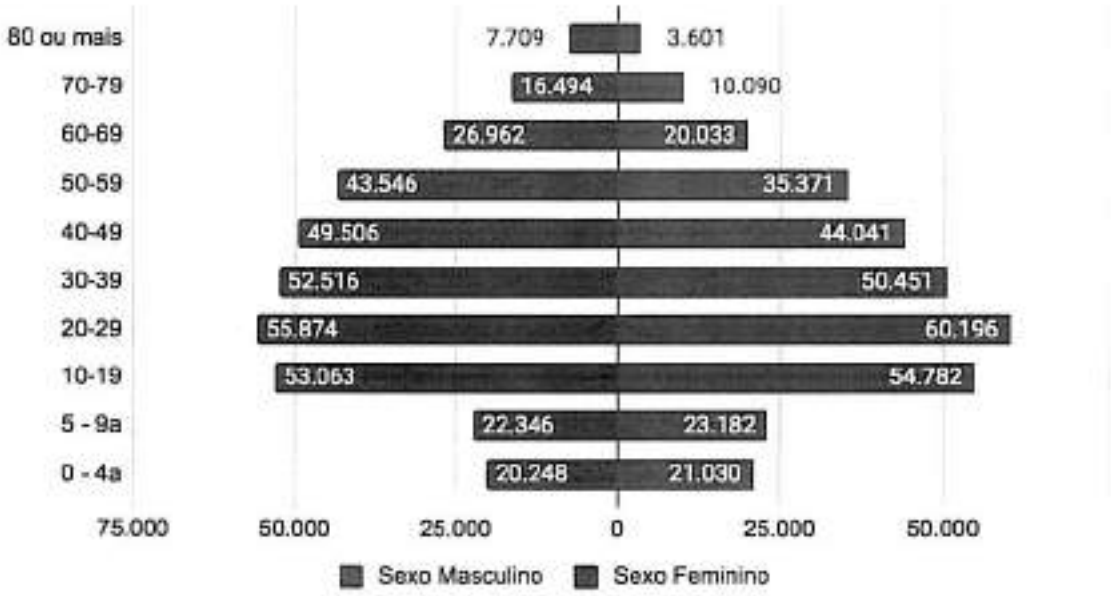


INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

A Área de Planejamento (AP) 5.1 possui 10 bairros e uma população total, segundo censo 2010, de cerca de 671.041 habitantes. Estão incluídos nela os bairros de Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

Estes bairros apresentam elevados índices de densidade demográfica, isto é, o número de habitantes por Km^2 é bastante superior à média de alguns dos bairros de outras AP do município do Rio de Janeiro. É fundamental compreender a dinâmica dos indicadores de morbimortalidade que compõem a Área de Planejamento e seus bairros.

Pirâmide Etária - AP 5.1



INDICADORES DE SAÚDE

A prematuridade, o baixo peso, a maternidade precoce, a frequência de cesarianas, o número de consultas de pré-natal e a cobertura SUS são indicadores que possibilitam identificar as condições de nascimento e que determinam risco à sobrevivência dos recém-nascidos.

Na AP 5.1, a taxa de natalidade foi de 11,1% em 2019. Quando comparado a 2016, 12,8 % há uma queda pequena na taxa de natalidade de 1,7% apenas.

A prematuridade no ano de 2016 foi de 12,1%, superior à média apresentada na cidade do Rio de Janeiro, porém tendo uma curva descendente nos anos seguintes, apresentando em 2017 o percentual de 11,2%, em 2018 de 10,4%, em 2019 10,1% e já no ano de 2020 (até novembro) apresentou um percentual de 10,8%, um ligeiro aumento de 0,7% se comparado ao ano anterior.

O baixo peso ao nascer é definido como um indicador de risco para morbimortalidade infantil, em especial no período neonatal. Em 2016 a AP 5.1 teve 10% de seus nascidos vivos com baixo peso ao nascer, apresentando dados positivamente menores no ano de 2019, com 9,7% dos nascidos residentes da referida AP, com baixo peso ao nascer.

O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de parto cesáreo vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Na AP 5.1 este valor é ainda muito superior ao preconizado pela OMS, representando 54,5% dos partos em 2016 e, em 2019, 51%.

Na AP 5.1, a cobertura pré-natal avaliada através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para sete ou mais consultas, variou de 75,2% e 81,2% entre 2016 e 2019.

MORTALIDADE

A taxa de mortalidade geral na AP 5.1 variou de 9,40 para 9,22 para cada 100.000 habitantes.

No período compreendido entre os anos de 2015 e 2019, a taxa de mortalidade infantil da Cidade do Rio de Janeiro variou de 14,39 para 13,79% nascidos vivos. Na AP 5.1, a taxa de mortalidade infantil foi de 13,2% em 2016, apresentando queda nessa taxa ao se verificar o ano de 2019 com 12,57%.

Entre 2015 e 2019 a mortalidade neonatal precoce da cidade do Rio de janeiro variou de 6,36 a 6,18% nascidos vivos. A AP 5.1 atingiu patamar inferior ao do RJ quando se verifica a taxa do ano de 2019, sendo esta 4,95.

As mortes neonatais tardias, que ocorrem do 7º ao 28º dia de vida, não apresentaram variação na comparação das taxas do Rio de Janeiro entre 2015 e 2019, com uma taxa de 2,68% nascidos vivos no município. Na AP 5.1 a taxa deste indicador de saúde apresenta-se maior no ano de 2019 quando comparada ao mesmo ano do município, sendo esta 2,94%, tendo nos três anos anteriores valores abaixo de 2,50%.

A mortalidade pós-neonatal não apresentou variação significativa ao compararmos os anos de 2015 e 2019, com uma taxa de 4,90% nascidos vivos na cidade do Rio de Janeiro. Na AP 5.1, no ano de 2019, a referida taxa foi de 4,68%, tendo havido um aumento ao compararmos com os anos de 2017 e 2018, onde foram respectivamente 3,09% e 3,77%.

A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer – acima de 500 gramas. Na AP 5.1, a taxa de mortalidade perinatal variou de 17,6% em 2016 para 16,5% em 2019, sofrendo uma queda positiva nessa taxa.

As cinco principais causas de morte na AP 5.1, no ano de 2019, segundo ordem de maior ocorrência para menor ocorrência foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias. Vale ressaltar que tal ordem de ocorrência de causas de mortes na AP 5.1 foi semelhante ao apresentado pelo município do RJ para o mesmo ano.

Quando avaliamos o grupo de maior ocorrência, ou seja, o das doenças do aparelho circulatório, destacam-se as doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio como as principais causas de morte, tendo o mesmo padrão quando se verifica as causas de morte deste grupo para o município do Rio de Janeiro.

Dentre as mortes causadas por neoplasias na AP 5.1, a de maior ocorrência no ano de 2019 foi a de neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões, não sendo o padrão observado no município do Rio de Janeiro, onde o maior número de casos de óbito por neoplasia foi por neoplasia maligna de cólon, reto e anus.

Assim como em todo o município do Rio de Janeiro, a AP 5.1 teve um aumento percentual significativo no que tange aos óbitos por causas mal definidas. Em números absolutos, nos últimos cinco anos não ultrapassou a marca de 100 óbitos por causas mal definidas, já em 2020 esse quantitativo ultrapassou 235 óbitos por causa mal definida. Elevados percentuais de óbitos por causas mal definidas não só dificultam a compreensão do perfil de mortalidade de uma população, mas apontam para dificuldades no acesso à assistência pré-óbito e diagnóstico definido da causa da morte.

Importante evidenciar o aumento expressivo de óbitos em 2020 na AP 5.1 por doenças cardiovasculares, onde aumentou em mais de cinco vezes sua taxa quando comparada ao ano anterior. Nos últimos cinco anos a taxa não ultrapassou 280, chegando a superar o patamar de taxa de 1270. Este aumento expressivo leva à reflexão de possível dificuldade no acesso à assistência aos cuidados de saúde como uma das principais consequências do isolamento social, devido à pandemia por COVID-19, pressupondo descompensação clínica de quadros hipertensivos ou cardiovasculares.

TABELA 1 – INDICADORES DEMOGRÁFICOS, MORTALIDADE E NASCIDOS VIVOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		2016	2017	2018	2019	2020
População Total*	Nº	671.041	671.041	671.041	671.041	671.041
Razão de Sexos*	%	-	-	-	-	92,74%
Maior ou igual a 40 anos*	Nº	-	-	-	-	253.723
Maior ou igual a 60 anos*	Nº	-	-	-	-	83.684
Idosos*	%	-	-	-	-	12,47
MORTALIDADE		**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Geral	Nº	6.311	5.719	5.861	6.185	6.460
	taxa †	9,40	8,52	8,73	9,22	9,63
Infantil	Nº	115	97	92	94	93
	taxa *	13,20	11,54	11,18	12,57	14,17
Neonatal	Nº	77	71	60	59	65
	taxa *	8,84	8,44	7,29	7,89	9,90
Neonatal Precoce	Nº	57	50	40	37	38
	taxa *	6,54	5,95	4,86	4,95	5,79
Neonatal Tardia	Nº	20	21	20	22	27
	taxa *	2,30	2,50	2,43	2,94	4,11
Pós-Neonatal	Nº	38	26	31	35	28
	taxa *	4,36	3,09	3,77	4,68	4,27
Perinatal	Nº	155	142	126	125	130
	taxa *	17,6	16,7	15,2	16,5	19,5
Fetal	Nº	98	92	86	88	92
Materna	Nº	12	10	8	9	14
	taxa**	137,71	118,93	97,21	120,30	213,28
Doenças Cardiovasculares	Nº	1.926	1.645	1.761	1.446	8.539
	taxa ††	287,0	245,1	262,4	215,5	1272,5

MORTALIDADE		2016	2017	2018	2019	2020
Doenças Isquêmicas do Coração #	Nº	599	525	622	635	480
	taxa ††	89,3	78,2	92,7	94,6	71,5
Doença Cerebrovascular #	Nº	452	441	453	417	358
	taxa ††	67,4	65,7	67,5	62,1	53,3
Neoplasias	Nº	833	876	913	871	759
	taxa ††	124,1	130,5	136,1	129,8	113,1
Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão	Nº	114	105	90	95	98
	taxa ††	17,0	15,6	13,4	14,2	14,6
Neoplasia de mama feminina	Nº	107	95	109	95	98
	taxa ††	15,9	14,2	16,2	14,2	14,6
Causas Externas	Nº	519	491	520	563	376
	taxa ††	77,3	73,2	77,5	83,9	56,0
Homicídios, incluindo as intervenções legais	Nº	188	225	206	143	8
	taxa ††	28,0	33,5	30,7	21,3	1,2
Acidentes de Transporte	Nº	92	54	50	23	14
	taxa ††	13,7	8,0	7,5	3,4	2,1
Causas Mal Definidas	Nº	446	424	332	373	436
	%	7,07	7,41	5,66	6,03	6,75
Doenças Respiratórias	Nº	786	723	710	802	557
	taxa ††	117,1	107,7	105,8	119,5	83,0
Doenças Infecciosas e Parasitárias	Nº	414	382	389	436	1660
	taxa ††	61,7	56,9	58,0	65,0	247,4
AIDS	Nº	96	83	81	75	97
	taxa ††	14,3	12,4	12,1	11,2	14,5
Tuberculose	Nº	28	39	41	32	41
	taxa ††	4,2	5,8	6,1	4,8	6,1
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	Nº	337	329	309	354	358
	taxa ††	50,2	49,0	46,0	52,8	53,3
Diabetes Mellitus	Nº	263	268	256	274	306
	taxa ††	39,2	39,9	38,1	40,8	45,6
NASCIDOS VIVOS		**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Número	Nº	8.714	8.408	8.230	7.481	6.564
Taxa de Natalidade	taxa	13,0	12,5	12,3	11,1	9,8
Mães Adolescentes	%	17,3	15,1	14,9	13,8	13,9
Baixo Peso	%	10	9,7	9,1	9,4	9,7
Prematuridade	%	12,1	11,2	10,4	10,1	10,8
Cesarianas	%	54,5	52,6	50,6	51	51
7 e mais consultas de Pré-natal	%	75,2	78	81,2	81,2	77
Cobertura do SUS	%	73,8	76,4	77	76,8	78,8

Fonte: SIM/SMS-RJ/SES/MS, SINASC/SMS-RJ/SES/MS, IPP/Prefeitura do Rio de Janeiro, acesso em 15 de dezembro de 2020. Nota: Dados de 2020 preliminares, extraídos em 12 de dezembro de 2020. Dados de 2019 e 2020 sujeitos à revisão. Utilizada estimativa populacional de 2020 nos anos de 2017 a 2020.

TABELA 2 – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TIPO	2020		2021/2023	
			nº eSF	nº eSB	nº eSF	Nº eSB
3416321	CF ANTÔNIO GONÇALVES DA SILVA	A	6	2	7	2
3820599	CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA	A	4	2	7	2
193089	CF CRISTIANI VIEIRA PINHO	A	4	1	7	2
7722494	CF FAIM PEDRO	A	6	2	8	3
6023916	CF FIORELLO RAYMUNDO	A	7	2	8	3
6852203	CF KELLY CRISTINA DE SÁ LACERDA SILVA	A	5	2	8	3
5546591	CF MARIA JOSÉ DE SOUSA BARBOSA	A	8	2	9	3
6864708	CF MÁRIO DIAS ALENCAR	A	4	2	6	2
6901042	CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR	A	6	2	9	3
6387152	CF OLÍMPIA ESTEVES	A	7	2	9	3
6855709	CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO)	A	4	2	7	2
9023089	CF ROGÉRIO PINTO DA MOTA	A	4	2	8	3
9311661	CF ROMULO CARLOS TEIXEIRA	A	6	2	9	3
3416372	CF ROSINO BACCARINI	A	3	1	6	2
7810172	CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA	A	6	2	6	2
7874162	CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO)	A	7	2	8	3
2269848	CMS ALEXANDER FLEMING	B	3	1	6	1
2270463	CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA	B	3	1	7	2
3416356	CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA	A	6	2	8	3
5546583	CMS CATIRI	A	3	1	3	1
2270579	CMS DR EITHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA	B	4	1	5	2
2270439	CMS HENRIQUE MONAT	B	4	1	5	2
6922031	CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO	A	1	1	3	1
2270560	CMS MASAO GOTO	B	2	2	3	2
2270455	CMS PADRE MIGUEL	B	4	1	6	1
2270552	CMS SILVIO BARBOSA	A	5	2	6	2
2270420	CMS WALDYR FRANCO	B	5	2	6	2
CAP 5.1	**CF 16 + CMS 11**	**A / B**	**127**	**45**	**180**	**60**

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, acesso em 15 de dezembro de 2020. Legenda: CF = Clínica da Família; CMS = Centro Municipal de Saúde; CSE = Centro de Saúde Escola; eSF = equipe de Saúde da Família; eSB = equipe de Saúde Bucal.

ANEXO TÉCNICO B – PLANO DE TRABALHO

Proposta Técnica para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 5.1.

(*) A integra da Proposta Técnica em questão encontra-se encartada nos autos do processo nº 09/51/000.001/2021.

GNOSIS

SUMÁRIO

A. INDICE 002
B. TÍTULO 006
C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL 031
1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades 031
2. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico hospitalares 264
3. Comissões ou grupos de trabalho 316
4. Organização especifica da Comissão de Prontuário Clínico 337
5. Outras iniciativas e Programas de Qualidade 362
6. Regimento Interno da Unidade 691
7. Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento 711
8. Diretrizes de Recursos Humanos estimados, apontando por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário base total (em reais) 725
9. Recursos Humanos estimados, apontando por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e a incidência de encargos patronais de forma separada ao salário base total (em reais) 893
10. Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) 901
11. Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos 905
12. Proposta detalhada de implantação em até dois meses, de cabeamento das unidades de saúde sob sua gestão 974
13. Mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo 1002
14. Mecanismo de controle de patrimônio 1008

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.800 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Alvaro Rangel, 280 -
Centro - Mesquita – RJ - Cep: 26930-000

000002

D. PROPOSTA DE ATIVIDADES ASSISTENCIAL.....1030

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL.....1040

F. AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS.....1047

CRITÉRIO 1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR.....1048

ITEM 1.A Tempo de uso do sistema de prontuários eletrônicos em unidades de atenção primária (TABELA TEMPO X NUMERO DE UNIDADES).....1048

ITEM 1.B Gestão de unidades de atenção básica, sendo considerados nesse caso apenas: usf, ubs, nasf e academia da saúde.....1812

CRITÉRIO 2. AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA E CAPACIDADE TÉCNICA NO APOIO A GESTÃO DO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS).....2438

ITEM 2.A. Avaliação do currículo do responsável técnico pelo apoio à gestão do teias.....2438

ITEM 2.B. Avaliação do currículo do responsável técnico administrativo financeiro pelo apoio à gestão do teias.....2515

CRITÉRIO 4. ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E GERENCIAL.....2601

ITEM 4.A Dimensionalmento da equipe assistencial.....2602

ITEM 4.B Dimensionamento gerencial.....2605

ITEM 4.C Plano de cargos, salários, benefícios e provisões.....2608

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.885 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000003

ITEM 4.D Modelo para publicização das prestações de contas e resultados assistenciais da oss em seu sitio institucional.....2618
ITEM 4.E Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes de saúde da família e saúde bucal completas.....2630
ITEM 4.F Estratégias para aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual dos profissionais.....2650
CRITÉRIO 5. ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E TÉCNICA.....2717
ITEM 5.A Plano/ programa de educação permanente.....2718
ITEM 5.B Plano de avaliação de qualidade das unidades de saúde da família.....2742
ITEM 5.C Comunicação em saúde.....2760
ITEM 5.D Instrumentos de pesquisa e organização do serviço de satisfação dos usuários.....2796
ITEM 5.E Garantia e incentivo da participação popular.....2808
ITEM 5.F Organização do processo de trabalho nos serviços de saúde....2815

CRITÉRIO 6. APLICABILIDADE DA POLÍTICA DE COMPLIANCE E INTEGRIDADE.....2892
ITEM 6.A Apresentação do documento que descreva os princípios éticos e comportamentais que norteiam o relacionamento e a conduta institucional de funcionários e diretoria da organização social com seus pares, subordinados e parceiros de negócios, visando manter uma postura de transparência e ética nas relações pessoais e comerciais da organização.....2893
ITEM 6.B Apresentação de documentos que comprovem a aplicação e efetividade da política de compliance e integridade da organização social.....2916

GNOSIS

ANEXO TÉCNICO C.....3009
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO.....3020
ANEXO EQUIPE TÉCNICA 3029
ATESTADOS DE VISITAS 3135
DEMAIS DECLARAÇÕES.....3173

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.880 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

900005

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da saúde

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Rio de Janeiro
2021

009031

METODOLOGIA DE TRABALHO PARA O DESENVOLVIMENTO DO MODELO GERENCIAL

As ações para o desenvolvimento da qualidade técnica, preveem o uso de ferramentas e métodos gerenciais para a Gestão de Serviços, Gestão de Pessoas e Articulação com a Rede Assistencial e Intersetorial.

A qualidade técnica na Gestão de Serviços que compõem o contrato de gestão, será garantida pela adequada alocação de recursos, governança clínica, utilização de ferramentas e dispositivos da gestão clínica, estabelecimento de objetivos, metas e indicadores e, o alinhamento de diretrizes clínicas, protocolos e fluxogramas estabelecimento, de cultura de segurança para os pacientes e profissionais, além do monitoramento dos resultados buscando a melhoria da qualidade. A humanização do atendimento será fator determinante para a qualidade do serviço, tendo o acolhimento como postura e prática de todos os profissionais envolvidos.

A Gestão de Pessoas consistirá no gerenciamento efetivo dos recursos humanos, estabelecendo-se relações estáveis, como também na definição de cultura organizacional, metodologias, processos, técnicas e práticas, visando o desenvolvimento contínuo dos colaboradores através de ações de educação permanente em saúde, motivação e engajamento, desenvolvimento e valorização. Serão utilizadas as ferramentas de gestão de pessoas como avaliação de desempenho, feedback, pesquisa de clima organizacional, programa de educação permanente e coaching.

A articulação com a Rede de Serviços Assistenciais e Intersetoriais do território será garantida através de pactuações internas e externas de fluxos claros de referência e contrarreferência, por linhas de cuidados e graus de riscos. As unidades de saúde deverão articular-se com outros serviços, possibilitando a continuidade do cuidado em todos os níveis de complexidade do sistema e a integralidade da assistência. Conhecendo a rede local de serviços das diversas políticas públicas, desenvolver a articulação com a rede de proteção social do território.

BENEFÍCIOS A SEREM ALCANÇADOS COM A IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO

Assistencial: conformação de serviços qualificados e com alta suficiência em atenção básica e atenção psicossocial, possibilitando desta forma o acesso dos usuários que necessitam de atendimento resolutivo desse nível de complexidade.
Econômico: alocação de recursos financeiros adequados para estruturas físicas e equipamentos, para treinamento dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial do serviço, de acordo com o perfil assistencial definido para instituição.
Redistributivo: estabelecimento de um fator de alocação segundo necessidades.
Gerencial: estabelecimento de uma lógica contratual por meio de termos de compromissos e metas com as equipes dos serviços.
Educacional: estabelecimento de mecanismos de qualificação profissional, por meio de cursos e treinamentos permanentes das equipes, de acordo com a necessidade para o perfil assistencial.
Parceria com gestores de serviços de saúde e outros serviços do município: efetiva interlocução entre os gestores para avaliação do acesso e implementação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde no atendimento das necessidades de saúde da população.

DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA INSTITUCIONAL ENTRE EQUIPE GERENCIAL E COLABORADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

Na mudança institucional são conjugados valores, pessoas, cultura e capacidade gerencial; recebe-se a influência de condicionantes internos e externos, encaram-se resistências e superam-se obstáculos.
Assim, enfatizamos que para o desenvolvimento dessa liderança é preciso:
1 - Articular um processo permanente de escuta e reflexão;
2 - Formular uma proposta estratégica compartilhada;
3 - Manter uma liderança que leve à mudança;
4 - Elaborar um plano compartilhado;

5 - Assumir uma nova posição na organização para aprender a mudar através da cultura de aprendizado institucional.

Quando falamos em liderança não podemos deixar de comentar a importância dos gestores em tal processo. A capacitação da liderança para trabalhar em um mundo de mudanças é fundamental para o sucesso da organização.

Este é o grande desafio dos líderes e gestores, promover um ambiente favorável ao desenvolvimento de novas atitudes, ações e transformações.

OS INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA ENTIDADE

Aspectos da modernização gerencial

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade, o Modelo de Gestão deve incorporar os modelos, instrumentos, técnicas e práticas da Gestão da Qualidade, da Gestão Estratégica, da Gestão Participativa-Cogestão, como algumas possibilidades para o enorme desafio de modernização gerencial.

A GESTÃO DA QUALIDADE utiliza métodos para alcançar uma prestação de serviços com qualidade na área da saúde, uma tendência que busca fortalecimento e estratégias integradas a um conjunto de intervenções nas organizações de saúde, através da avaliação de seus três principais elementos que ficaram conhecidos como tríade de Donabedian: estrutura, processo e resultado.

A gestão da qualidade tem como base um conjunto de conceitos e os fundamentos que os embasam, que são: liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informações e conhecimentos, pessoas, processos e resultados, possibilitando mapear com clareza um negócio através da visão sistêmica da organização.

A GESTÃO ESTRATÉGICA engloba desde as avaliações de diagnóstico e de prontidão, a estruturação de processo de planejamento e formulação de um propósito compartilhado com a organização, a escolha de estratégias, a fixação de metas e desafios, até atribuição de responsabilidades para o detalhamento dos planos e projetos e a condução e acompanhamento das etapas de sua implantação, processos

formais de revisão dos planos para mantê-los sempre adequados às realidades externas e internas da organização.

Sendo assim, podemos afirmar que a gestão estratégica é um processo sistemático, planejado, gerenciado, executado e acompanhado sob liderança da alta administração da instituição, envolvendo e comprometendo todos os gerentes, responsáveis e colaboradores da instituição. Quando o processo e a metodologia de trabalho são adequados, consegue-se o envolvimento e o comprometimento de todos aqueles que têm uma contribuição efetiva na elaboração e execução das transformações necessárias, onde as pessoas e os processos deixam de ser parte do problema para tornarem-se parte da solução.

A GESTÃO PARTICIPATIVA-COGESTÃO significa inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização. Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere e quem avalia.

Os estabelecimentos de saúde são organizações complexas pois lidam com objetos complexos (riscos, saúde e doenças); são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por sujeitos de áreas diversas áreas (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, assistentes sociais, farmacêuticos, entre outros), que detém autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado) exercida de forma desigual - seus profissionais acumulam poder de forma desigual. Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se torna uma tarefa de grande complexidade impondo inúmeros desafios aos gestores.

Olhando para o modo como os serviços de saúde organizam seus processos de trabalho ao longo do tempo, percebe-se que essa organização se deu a partir do saber das diferentes profissões e categorias, e não pelos objetivos comuns. Esse tipo de organização, não tem garantido que as práticas se complementam ou que haja solidariedade na assistência e nem que as ações sejam eficazes, no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isso, participar da gestão participativa é importante como um

instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas também eficiente.

A proposta do Ministério da Saúde com a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – que tem como foco a atenção e a gestão do SUS, é enfrentar o desafio de priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização traz a proposta da cogestão como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. Em outras palavras, esse modelo de gestão é centrado no trabalho em equipe e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações, construídas coletivamente. Os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde, quanto dos usuários. Espaço onde se discute e se tomam decisões no seu campo de ação de governo, de acordo com as diretrizes e contratos definidos.

A grande importância deste sistema é que ele garante a motivação, a capacidade de reflexão e aumento da autoestima dos profissionais, levando ao fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe também, a interação com troca de saberes, poderes e afeto entre profissionais, usuários e gestores.

A fim de colocar em prática o modelo de gestão participativa há dois tipos de ação:

1 - A organização do espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores, e

2 - Um plano de ação que garante a participação no cotidiano dos serviços.

Dentre os espaços coletivos de gestão encontramos:

- Contrato de gestão com o gestor externo, por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde, e contratos internos de gestão, isso é, contratos feitos na própria unidade de saúde;

- Colegiado da unidade de produção composto por todos os membros da equipe ou por representantes.

INSTITUTO GNOSIS

MANUAL DE PROCEDIMENTOS

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000037

INSTITUTO GNOSIS

ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

APS

Atividade: Emissão de Cartão do SUS

Executante: ACS, Administrativos, Enfermeiros, Dentistas e Médicos

Resultados esperados: Emitir número do cartão do SUS e fornecer ao usuário do serviço

Materiais necessários: Computador

Principais atividades

- Recepcionar o usuário de maneira cordial
- Solicitar documento de identificação com foto e comprovante de residência do usuário
- Acessar o endereço eletrônico (http://cartaonet.datasus.gov.br/operadores/cadweb.html)
- Realizar login colocando o CNS, usuário e senha
- Realize a busca no CADSUS WEB pelo nome e data de nascimento do usuário:
  - Caso o usuário já possua cadastro, atualize-o.
  - Caso o usuário não tenha cadastro, faça-o.
  - Forneça o número do cartão SUS para o usuário.
  - Atualize as informações no prontuário eletrônico.

Cuidados:

- Atentar para manter atualizados os dados do usuário nos sistemas de informações.
- Lembre-se é obrigatório o preenchimento dos seguintes dados: endereço, telefone para contato e documentos de identificação.

Referências Bibliográficas

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Operação do CADSUS WEB. Versão 5.0

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Emissão de Cartão RIOCARD

Executante: Administrativos, Enfermeiros, Dentistas e Médicos

Resultados esperados: Decreto nº 44.728 de 12 de julho de 2018. Regulamenta a Lei nº 5.211, de 1º de julho de 2010, que institui o Bilhete Único Municipal, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que assegura o exercício das gratuidades previstas no art. 401 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, mediante a instituição do Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências, para incluir o exercício das gratuidades legalmente instituídas.

Materiais necessários:

- Computador
- Laudo médico em formulário padrão https://bit.ly/2MHNmWZ

Principais atividades

1) CADASTRO MUNÍCIPE

- Laudo médico em formulário padrão – preenchimento completo com assinatura e carimbo do médico da rede pública municipal, estadual, federal ou por ela credenciada.
- Pessoa com deficiência – Documentação necessária (laudo, CPF, RG, CNS, Comprovante de residência e exames complementares). Não precisa estar em tratamento.
- Pessoas com doenças crônicas – Documentação necessária (laudo, CPF, RG, CNS, Comprovante de residência e exames complementares). Comprovar tratamento.
- Na Unidade de Atenção Primária de Saúde o médico deve proceder análise, deferimento ou indeferimento do pleito. Se aprovado, inserir na Plataforma https://saudepresente.riocard.com/acao;

INSTITUTO GNOSIS

- Após o cadastro, a unidade ou o usuário deve realizar o agendamento do paciente através do site https://www.cartaoriocard.com.br/rcc/gratuidade/agendarfoto para retirada do cartão.

2) CADASTRO NÃO MUNÍCIPE

- AGENDAMENTO PRÉVIO PELO TELEFONE 2224-1855. Moradores de outros municípios serão agendados para posto do CIAD ou para Unidades de Atenção Primária definidas pela SMS/RJ para organização do fluxo de atendimento.
- Depois do agendamento, o usuário deverá comparecer na Unidade referenciada e apresentar toda documentação pertinente (laudo, CPF, RG, CNS, Comprovante de residência e exames complementares) para análise do pleito.

OBS: O cadastramento de não munícipes segue a mesma regra do munícipe.

Cuidados:

A quantidade de passagens para as gratuidades concedidas será:
I - Ilimitada, para as pessoas com deficiência e respectivos acompanhantes, quando estes forem necessários, e aos maiores de sessenta e cinco anos;
II - De, no mínimo, sessenta passagens mensais, para os portadores de doenças renais crônicas, transplantados, hansenianos e portadores do vírus HIV, que necessitem de tratamento continuado e do deslocamento para tratamento de sua patologia, com respectivos acompanhantes, quando estes forem necessários;
III - definida pelo laudo médico, emitido em formulário padrão da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, pelos profissionais habilitados na Rede Pública Municipal, Estadual ou Federal, além das clínicas por ela credenciadas, para as pessoas com as demais doenças crônicas que necessitem de tratamento continuado, com respectivos acompanhantes, quando estes forem necessários.

A validade do benefício da gratuidade será:
I - Indeterminada, para pessoas com deficiência;
II - No mínimo de vinte e quatro meses, para pessoas com doenças renais crônicas;

III - No máximo de doze meses, para pessoas com as demais doenças crônicas

Referências Bibliográficas

1. Formulário laudo médico padrão: https://bit.ly/2MHNmWZ

2. https://saudepresente.riocard.com/

3. https://www.cartaoriocard.com.br/rcc/gratuidade/agendarfoto

4. Decreto nº 44.728 de 12 de julho de 2018 http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=8143152

Atividade: Organização da Agenda
Executante: Administrativos, Enfermeiros, Dentistas e Médicos
Resultados esperados: Oferecer acesso oportuno para os usuários que buscam a unidade de atenção primária diminuindo os maus backlog e induzindo a prática dos bons backlog.
Materiais necessários:

- Computador

Definição de Backlog

Backlog Mau - Solicitações de atendimentos de pessoas que buscam a atenção imediata e não conseguem.
Backlog Bom- Atendimentos de pessoas nas datas mais confortáveis para elas e atendimentos de retorno programados pelas equipes de saúde da família.

Condições Passíveis de Agendamento
Recomenda-se a utilização do método de Agendamento em Bloco Modificado para organização do sistema de agendamento dos usuários aos serviços. Ou seja, este método utiliza como base um atendimento médio de 15 minutos, grupos de 4 pessoas

são agendadas para cada hora do dia. Por exemplo: às 7 horas deverão estar presentes 4 pessoas que serão atendidas entre 7h e 8 horas.

Vantagens

Flexibiliza o tempo do bloco conforme a natureza da necessidade de saúde e especificidade do sujeito.

Agenda aberta

Caracteriza-se como um sistema de agendamento no qual, as pessoas que buscam as unidades de APS e desejam ser atendidas naquele mesmo dia tenham acesso.

Esse modo de organização da agenda evita o estabelecimento de dias e horários para atendimento à demanda do dia, e também turnos pré-estabelecidos, como o turno o pré-natal, da puericultura, do hipertenso e do diabético.

Demanda

É a soma da demanda interna e externa.

São produzidas pela própria equipe, como por exemplo, a solicitação de procedimentos e exames, consultas de retorno, condições crônicas não agudizadas, renovação de receitas, grupos e etc.

Demanda externa

Todo o contato do usuário não agendado previamente, como: urgências e emergências clínicas, marcação de consultas, laudos, atestados, solicitação de encaminhamento para outras especialidades, realização de procedimentos e etc.

A chave para encontrarmos a melhor organização do acesso na atenção primária está na harmonia entre a relação da oferta e demanda numa periodicidade diária, semanal e mensal. É essencial para todos os fluxos de trabalho.

INSTITUTO GNOSIS

Medição da demanda diária

Espera-se que a demanda diária seja igual ou menor à sua capacidade de oferta. Desta forma, é importante medir a demanda que chega até a sua equipe, por cada perfil de oferta:

- Atenção aos eventos agudos;
- Atenção às condições crônicas não agudizadas;
- Às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras;
- Atenção preventiva;
- Atenção às demandas administrativas;
- Atenção domiciliar;
- Apoio ao autocuidado.

Medir a oferta

Calcular o número de atendimentos disponíveis (horas) por dia para cada profissional multiplicado pelo número de dias úteis de trabalho pelo profissional em um período (dia/semana/mês/ano).

Oferta real
Número de pessoas que diariamente buscam e recebem atenção dos profissionais.

Demanda total

Soma da demanda externa, diretamente pelas pessoas ou referidas por um profissional, e da demanda interna, gerada pelos atendimentos programados definidos por profissionais da atenção primária à saúde.

Variações

Importante também avaliar variações da demanda por mês, por dia, por hora e por estações do ano. Quais são os dias e horários de maior procura?

Cálculo da Pressão Assistencial

PA = nº de consultas (período) / dias trabalhados (período).

Cálculo da Frequentação

Freq.: nº de consultas (período) / população

Cuidados

- Investir em boas marcações
- Ofereça outras formas de acompanhamento dos usuários ex: grupos clínicos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Orientações e Instrumentos para organização do acesso à Atenção Primária, 2016.

Atividade: Reunião de Equipe

Executante: Enfermeiros, Médicos, Técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde

Resultados esperados: Organização da reunião de equipe

Materiais necessários:

- Sala, Cadeiras, Livro Ata

Principais atividades

- Ler ata da reunião precedente;
- Avaliar o cumprimento das pactuações e pendências da reunião anterior;
- Repassar informes;
- Informar as pautas construídas durante a semana e averiguar se há novas pautas sugeridas pelo grupo;
- Monitorar e protocolar entrega de SISREG;
- Monitorar o desempenho da equipe por meio do painel de indicadores; Monitorar o relatório de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde
- Verificar acompanhamento de bolsa família e cartão família carioca, traçando planos para o atendimento dos usuários;
- Pactuar dia, atividade e profissional responsável pela ação mensal do Programa Saúde na Escola (PSE);
- Discutir casos complexos de linhas de cuidado que necessitem de maior atenção e atuação interdisciplinar;
- Avaliar acompanhamento e monitorar em toda a reunião de equipe:
  - Gestantes com DPP próxima
  - Gestantes encaminhadas para alto risco
  - Nascimentos
  - Óbitos
  - Internações
  - Casos de TB/HANSEN
- Discutir casos complexos
- Solicitar busca ativa dos usuários faltosos
- Discutir casos com NASF e Equipes de Saúde Bucal
- Planejar visitas domiciliares
- Atualizar planilha de vigilância
- Realizar educação permanente
- Verificar se existem pendências administrativas solicitadas pela gerência e designar um profissional da equipe para executá-las.

Cuidados:

- Atentar-se para que nas primeiras reuniões do mês seja realizado um planejamento da equipe para o mês vigente, bem como, uma avaliação do mês anterior.
- Finalizar reunião com a leitura das pactuação feitas em equipe, avaliação da reunião e assinatura da ata.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto Avaliação nº 4: Equipe Saúde da Família: Parte 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SALA DE CURATIVO

Atividade: Realização de Curativos com e sem desbridamento

Executante:

Compete ao enfermeiro avaliar as lesões, fazer e executar o plano de cuidados, treinar e supervisionar a equipe de enfermagem na realização dos curativos;

Compete ao enfermeiro e ao médico o cuidado com usuários portadores de úlceras crônicas;

Compete ao técnico de enfermagem a execução do plano de cuidados, sob supervisão do enfermeiro.

Materiais necessários:

- Soro fisiológico 0,9% ou água potável
- Agulha 40x12 ou 25x8 para perfurar o frasco de soro
- Gaze estéril e não estéril;
- Compressa de gaze algodonada;
- Gaze algodonada;
- Seringa;

- Régua descartável;
- Pinça Kelly, anatômica, dente-de-rato estéril (caso necessário);
- Tesoura de Mayo (caso necessário);
- Bisturi esteril (lâminas 18 a 36, conforme necessidade);
- Luvas não estéreis;
- Atadura de crepom (tamanho deverá ser avaliado pelo profissional);
- Esparadrapo ou fita microporosa;
- Clorexidina aquosa ou degermante (o uso deverá ser avaliado pelo profissional);
- Cobertura prescrita;
- Bacia, cuba rim e bandeja (conforme necessidade);
- Saco plástico branco para descarte do material contaminado;
- Saco plástico preto para descarte do material não contaminado;
- Saco plastico verde para material reciclável;
- Descarpack;
- EPI (máscara, gorro, avental).

Principais atividades:

- Receber usuário e familiares de maneira cordial
- Explicar o procedimento a ser realizado
- Confirmar dados referentes à prescrição utilizando os 05 "certos":

I. Paciente certo
II. Cobertura certa
III. Local certo
IV. Horário certo
V. Dose certa

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento/ cobertura, verificando a data de validade;

- Para usuários que façam uso de medicamentos antes de realizar o procedimento (como analgesia), oferecer a medicação;
- Realizar retirada da cobertura secundária (esparadrapo, atadura, gaze) avaliando exsudato, cor, odor, tamanho e profundidade. Se o usuário apresenta dor (devido à aderência retirar cobertura secundária com auxílio de soro fisiológico 0,9% ou água potável);
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% ou água potável, retirando a cobertura primária (pomadas, espumas, placas etc) ou exsudato. Na presença de tecido de granulação não é recomendado fricção do leito da ferida;
- Realizar desbridamento (caso exista tecido desvitalizado):

Tipos de desbridamento:

1. Mecânico: leve fricção com gaze estéril embebida em soro fisiológico 0,9% ou água potável;
2. Enzimático e/ou autolítico: por meio de coberturas específicas;
3. Instrumental (com bisturi): Por meio das técnicas de Square, Cover e Slice;

- Colocar cobertura secundária (gaze, atadura, esparadrapo);
- Descarte adequado dos materiais;
- Higienizar as mãos;
- Orientações de cuidados específicos para o domicílio, dispensar material para realização do curativo no domicílio e marcar retorno;
- Registrar o procedimento e observações no prontuário do usuário.

Solução anti séptica e antimicrobiana:

PHMB (PRONTOSAN®)

Indicação: limpeza, descontaminação e umidificação do leito das feridas crônicas.

Pode ser usado em feridas colonizadas, criticamente colonizadas e infectadas.

Remove revestimentos, biofilmes, prepara o leito da ferida para receber a cobertura secundária.

Composição: Solução de irrigação de feridas composta por 0,1% de undecilaminopropil betaína,

0,1% de polihexanida e 99,8% de água purificada.

Contraindicações: Queimaduras de III e IV grau.

Instruções de uso:

- Lavar a ferida com PHMB Solução, após lavagem prévia com soro fisiológico 0,9% ou água potável.
- Deixar agir por 15 minutos.
- Não é necessário enxaguar.
- Prosseguir com o curativo.

Creme Hidratante:

CREME BARREIRA (Comfeel®)

Trata-se de um creme hidrofílico utilizado para evitar o contato da pele íntegra com líquidos, a fim de manter a integridade da pele.

Indicações: Área perilesional de feridas expostas ao exsudato, como por exemplo área perilesional de úlcera sacral; áreas de atrito com fralda.

Contraindicações: Leito de feridas.

Coberturas:

A. AGE - ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL

Óleo vegetal composto de ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja.

Indicações: Feridas agudas ou crônicas com perda de tecido superficial ou parcial; tratar feridas abertas vitalizadas, não infectadas, em fases de granulação epitelização (com ou sem exsudato); proteção da pele peri-lesão; prevenção de lesão por Pressão; pele íntegra com sinais ressecamento.

Contraindicações:Tecido desvitalizados; Hipergranulação; Lesões infectadas; Feridas oncológicas.

Instruções de uso:

- Aplicar o AGE topicamente sob a lesão, após limpeza com soro fisiológico 0,9%;
- Ocluir com cobertura secundária de gaze, chumaço ou compressa, fixar com atadura, fita hipoalergênica ou esparadrapo em caso de tecido não íntegro.
- Período de troca: O curativo deve ser trocado toda vez que estiver saturado com a secreção ou, no máximo, a cada 24 horas.

INSTITUTO GNOSIS

B. HIDROCOLÓIDE EM PLACA (Comfeel®, Curatec®)

Indicações: Lesões de pele superficiais, secas ou pouco exsudativas; feridas pós-cirúrgicas; prevenção ou tratamento de lesões de pele em regiões de proeminências ósseas pouco exsudativas.

Instruções de uso:

1.Medir o tamanho da placa necessária para cobrir o leito da lesão (não ultrapassar 2cm da borda da lesão), caso precise corte a placa nas dimensões da lesão.

2. Retirar o papel do lado da placa que entrará em contato com o leito da ferida, de maneira a minimizar o contato com a superfície adesiva.

3. Aplicar o curativo sobre a ferida com um movimento que assegure a sua fixação, evitando tracioná-lo sobre o leito da ferida.

Periodicidade de troca: Até sete dias ou quando saturar o curativo.

Contra indicações: Lesões cavitárias e/ou exsudativas.

C. HIDROGEL (Nugel®, Saf-gel®, Purilon®, Suprasorb G®)

Composto por alginato de cálcio e sódio. Possibilita um ambiente úmido que promove o desbridamento autolítico, estimulando a cicatrização.

Indicações: Lesões com pouca exsudação ou seca; feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado; queimaduras de 2º e 3º grau; úlceras venosas e por pressão; úlceras cavitárias.

Contraindicações: Pacientes com conhecida sensibilidade ao gel ou a algum de seus componentes; Pele íntegra; Feridas operatórias fechadas; Feridas muito exsudativas; Fístulas.

Instruções de uso:

- Aplicar o gel diretamente dentro da ferida, sem que haja contato do tubo com a lesão;
- Avalie a quantidade da cobertura necessária para que o gel não ultrapasse a borda da lesão;
- Avalie a validade da cobertura após abertura, de acordo com fabricante.

Período de troca:

- Troca pode ser a cada 24hs ou no máximo em 72hs em feridas exsudativas.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000050

D. HIDROFIBRA COM PRATA (Aquacel®)

A hidrofibra é responsável pela absorção do exsudato e a prata exerce ação bactericida.

Indicações: Feridas cavitárias; feridas infectadas e feridas exsudativas e com odor fétido.

Contraindicações: Pacientes com conhecida sensibilidade ao produto.

Instruções de uso:

- Aplicar o curativo sobre a ferida mantendo 1 cm de borda ao redor da ferida. (Em feridas cavitárias, aplicar o produto mantendo 2,5 cm de fita para fora da cavidade, a fim de facilitar a remoção):
- Remover quando clinicamente indicado ou em até no máximo 7 dias após aplicação. Se necessário, umedecer com solução salina estéril para facilitar a remoção.

Para queimaduras de II grau:

- Manter uma borda de 5 cm ao redor da ferida e na sobreposição do curativo.
- Trocar o curativo secundário periodicamente para avaliação. Neste caso haverá aderência do curativo no leito da ferida, adquirindo uma coloração marrom escura com textura gelatinosa que é o mecanismo desejado.
- IMPORTANTE: a cobertura irá desprender-se de acordo com a reepitelização.
- Hidrofibra com Prata pode permanecer até 14 dias, nesses casos.

Observações:

- Pode ocorrer aumento do tamanho da ferida nas primeiras trocas, devido ao processo de retirada do tecido necrótico.
- Reavaliar a ferida em caso de: sinais flogísticos, com ou sem manifestações clínicas, sangramento, alteração da coloração, odor, irritação, maceração, hipergranulação, sensibilidade e ausência de cicatrização.
- É possível o aparecimento de pequenos pontos de sangramento devido à estimulação da neoangiogênese em meio úmido.

- Medidas de suporte apropriados, como controle de doenças de base, antibioticoterapias sistêmicas e monitorização de feridas infectadas, podem ser necessárias;

E. HIDROFIBRA SEM PRATA (Aquacel®, Silver®)

Curativo com apresentação em placa, altamente absorvente.

Indicações: Úlceras por pressão grau III e IV; feridas operatórias; queimaduras 2º grau; feridas com exsudato moderado a alto; feridas cavitárias.

Contraindicações: Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.

Instruções de uso:

1.Secar a pele ao redor;

2.Modelar a hidrofibra no interior da ferida, deixando uma margem de 1 centímetro além da borda da lesão, se necessário recortar a placa antes de aplicá-la.

3. Colocar cobertura secundária (gaze, atadura, esparadrapo).

Periodicidade de troca:

A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias.

F. CARVÃO ATIVADO COM PRATA (Curatec®)

O carvão ativado neutraliza o odor através do mecanismo de adsorção e a prata exerce ação bactericida.

Indicações:Feridas com odor fétido, grande quantidade de exsudato e/ou neoplásicas.

Contraindicações: Hipersensibilidade a prata; feridas com sangramento; aplicação direta em tumor; Ferida com exposição óssea; feridas limpas e secas.

Instruções de uso:

1. A placa pode ser colocado na ferida de qualquer um dos lados;

2. Deve ser ocluído com uma cobertura secundária absorvente;

3. Atenção: O curativo NÃO PODE SER CORTADO;

4. Na presença de pouco exsudato e tecido de granulação avaliar a troca para outro tipo de cobertura para manutenção do meio úmido.

Periodicidade de troca:

A placa pode permanecer até sete dias.

G. ESPUMA DE PRATA (Biatain®)

É uma espuma de poliuretano absorvente com um complexo de prata que se dispersa homogeneamente em toda a matriz de espuma.

Indicações: Feridas exsudativas onde há risco de infecção; úlceras de perna; lesões por pressão; queimaduras de segundo grau; áreas doadoras; feridas pós-operatórias e abrasões da pele.

Contraindicações: Pacientes com conhecida sensibilidade a prata ou a algum de seus componentes.

Periodicidade de troca:

A placa pode permanecer até sete dias.

H. ESPUMA DE POLIURETANO (Biatain®)

Indicações: Feridas exsudativas.

Contraindicações: Pacientes com conhecida sensibilidade a prata ou a algum de seus componentes. Feridas secas ou com pouco exsudato.

Periodicidade de troca:

Pode permanecer na ferida por até sete dias.

I. GAZE DE RAYON (Pielsana®)

Trata-se de gaze estéril embebida em AGE.

Indicações:Hidratar e manter a integridade da pele; feridas agudas, crônicas e com perda de tecido; queimaduras de 1º e 2º grau; peri-gastrostomia; peri-lesões; traqueostomias; drenos; lesões na qual se objetiva evitar trauma e preservar o tecido viável.

Periodicidade de troca:

Pode permanecer até 72hs.

INSTITUTO GNOSIS

J. COMPRESSA COM EMULSÃO DE PETROLATUM (Adaptic®)

Trata-se uma compressa primária não-aderente de acetato de celulose levemente impregnada com uma emulsão a base de petrolato. Previne a aderência ao leito da ferida, protegendo o tecido de granulação. A compressa tem boa elasticidade, permitindo uma remoção sem causar trauma nem dor. Previne a retenção de fluidos no leito da ferida, reduzindo a maceração: o exsudado passa livremente através da malha para o curativo secundário absorvente. Pode ser cortado.

Indicações: Lacerações; abrasões; feridas com tecido de granulação; ferida cirúrgica; queimaduras de segundo grau de pequena extensão; áreas doadoras e receptoras de enxertos; úlceras venosas, arteriais ou por pressão; áreas pós-trauma ou pós-ressecção cirúrgica; eczema.

Instruções de uso:

1. Aplicar a compressa após limpeza com soro 0,9% ou água potável;
2. Associar a cobertura indicada, se necessário;
3. Ocluir com cobertura secundária (gaze ou compressa) fixar com atadura, fita hipoalergênica ou esparadrapo.

K. HIDROPOLÍMERO/ ESPUMA NÃO ADESIVA (Tielle®)

Trata-se de um curativo altamente absorvente. É um polímero sintético sem quaisquer aditivos ou partículas susceptíveis de serem libertadas para a pele ou leito da ferida.

Indicações: Úlceras exsudativas sejam elas: Venosas, arteriais, etiologia mista, úlceras diabéticas; áreas doadoras.

Contraindicações: Queimaduras de terceiro grau; lesões com vasculite ativa.

Instruções de uso:

1. Aplicar a placa diretamente sobre a ferida, assegurando que esta fica coberta pela zona central, absorvente e suave.
2. Retirar, um de cada vez, os papéis laterais de proteção, colocando a faixa adesiva suave em contacto com a pele intacta.
3. Colocar cobertura secundária (gaze, atadura, esparadrapo).

Periodicidade de troca:

Pode permanecer até sete dias.

L. COLAGENASE 0,6 U/g ou 1,2 U/g (Kollagenase®)

Trata-se de uma pomada dermatológica que atua como desbridante enzimático.

Indicações: Lesões com presença de tecidos desvitalizados (liquefação e coagulação).

Contraindicações: É contraindicada a pacientes com hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer componente da formulação; feridas apenas com tecido de granulação no leito ou com hipergranulação; feridas com exsudato sanguinolento.

Instruções de uso:

- Aplicar pequena quantidade da pomada sobre a área a ser tratada, após limpeza com soro fisiológico 0,9% ou água potável.
- Ocluir com cobertura secundária (gaze ou compressa) fixar com atadura, fita hipoalergênica ou esparadrapo.

Periodicidade de troca:

A cada 24h. Período máximo para manter o curativo com esta cobertura é de 14 dias. Se não houver melhora em até 14 dias, o tratamento com Colagenase deve ser descontinuado.

M. COLAGENASE 0,6 U/g COM CLORANFENICOL 0,01g/g (Kollagenase®)

É uma associação de colagenase com cloranfenicol e é utilizado como agente desbridante enzimático em lesões superficiais. O cloranfenicol é um antibiótico bacteriostático de amplo espectro derivado de Streptomyces venezuelae. É utilizado na formulação para conter as infecções bacterianas locais.

Indicações: Ulcerações e necroses (úlcera varicosa, úlcera por decúbito, gangrenas das extremidades, especialmente gangrena diabética, congelamentos); antes de transplantes cutâneos.

Contraindicações: Em casos de hipersensibilidade (alergia) ao cloranfenicol, à colagenase ou a qualquer componente da fórmula do produto; usuários com doença hematológica presente ou anterior, por exemplo, panmielopatia (doenças da medula óssea) e icterícia hemolítica (cor amarelada do paciente devido à destruição dos

glóbulos vermelhos no sangue); queimaduras extensas; feridas apenas com tecido de granulação no leito e/ou hipergranulação; feridas com exsudato sanguinolento.
Observações: O efeito ótimo da colagenase se dá após 8 a 12 horas da aplicação e tem a duração de até 24 horas.

N. SULFADIAZINA DE PRATA 10mg/g

Pomada antimicrobiana. Seu uso se dará por meio de prescrição médica.
Indicações: Queimaduras de terceiro grau e lesões de pele com sinais flogísticos.
Contraindicações: Gestantes no final da gestação, em crianças prematuras e recém-natos nos dois primeiros meses de vida. Por existirem poucos dados sobre a sua passagem pelo leite materno, também não é recomendado em mulheres que estejam amamentando. A sulfadiazina de prata não deve ser utilizada em pacientes alérgicos às sulfas e aos demais componentes da formulação.
Periodicidade de troca:
De acordo com prescrição médica.

O. BOTA DE UNNA

Bandagem de algodão puro ou misto impregnada com óxido de zinco, glicerina, óleo de castor ou mineral.
Mecanismo de ação: Possui atividade cicatrizante e reepitelizante, atuando na contenção de edema ao auxiliar no melhor retorno venoso e redução de exsudato.
Indicações: Feridas decorrente de insuficiência venosa - Úlceras Venosas de MMI.
Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes do produto; Bota de Unna é contraindicada para úlcera arterial. No caso de úlcera mista encaminhar para avaliação médica.
Instruções de uso:

- Aplicar preferencialmente no período da manhã, solicitar ao paciente manter os membros afetados elevados acima do nível do corpo por no mínimo 15 minutos, antes do procedimento, na primeira aplicação e sempre que necessário na presença de edema.
- Avaliar a ferida e a necessidade de associação com outra cobertura primária, realizar o curativo.

- Iniciar o enfaixamento da bandagem pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial.
- Na presença de muito exsudato, principalmente nas primeiras trocas, colocar gaze ou chumaço por cima da bota no local da lesão e enfaixar com atadura de crepes obre a bota de unna.

Periodicidade de troca:

Após 1ª colocação, avaliação clínica em 24hs ou 48hs e 1ª troca em 4 dias. Após controle do exsudato deve permanecer até 7 dias. Trocar a cobertura secundária sempre que saturada.

Observações: Poderá ser associado a uma cobertura primária. Avaliar a melhor técnica para enfaixamento da bandagem considerando o paciente e o produto

Referências Bibliográficas

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Retirada de Pontos

Executante: Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem e Enfermeira(o).

Resultados esperados: Retirar pontos após o processo de cicatrização.

Materiais necessários: 01 pinça dente de rato ou 01 anatômica; gazes esterilizadas; álcool 70%; soro fisiológico; luva de procedimento, tesoura de Iris ou lâmina de bisturi; fita adesiva branca ou microporosa; saco plástico; prontuário eletrônico.

Principais atividades:

- Atender com cordialidade o usuário.
- Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento.
- Lavar as mãos antes e após procedimento e/ou higienizar com álcool 70%.
- Reunir todo o material.
- Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Colocar as luvas de procedimento.
- Abrir o(s) pacote(s) de retirada de pontos com técnica asséptica.
- Colocar gazes em quantidade suficiente no campo estéril, evitando desperdício.
- Posicionar as pinças, tesoura ou lâmina de bisturi de forma que o cabo das mesmas fique voltado para fora do campo.
- Remover curativo anterior, se houver, tendo o cuidado para não agredir os tecidos recém-formados, podendo utilizar soro fisiológico a 0,9% na retirada do curativo anterior.
- Fazer a limpeza da incisão cirúrgica com gaze e álcool 70%, obedecendo à técnica do curativo e avaliar se apresenta saída de secreção dos orifícios.
- Umedecer os pontos com jatos de solução fisiológica (SF 0,9%), tendo o cuidado para não lesar a incisão.
- Secar a incisão com gaze.
- Segurar a extremidade do fio com a pinça anatômica e com a tesoura ou lâmina de bisturi corta-se a parte inferior do nó.
- Colocar uma gaze próxima à incisão para depositar os pontos retirados.
- Fazer a limpeza local com técnica asséptica.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000058

- Secar bem incisão e área adjacente.
- Colocar a substância tópica prescrita e/ou padronizada e ocluir a incisão, se necessário.
- Orientar ao usuário quanto à necessidade de retorno e conduta posterior, se necessário.
- Recolher o material e desprezar em lixo adequado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Deixar o ambiente em ordem e o usuário confortável.
- Recolher o material utilizado.
- Registrar o procedimento no prontuário eletrônico, descrevendo a situação atual da lesão.

Cuidados:

- Realizar técnica asséptica para evitar contaminação do local.
- Cobrir por 24h após a retirada dos pontos, se necessário.
- Desprezar lâmina de bisturi em caixa de perfurocortantes.

Ações em caso de não conformidade: Caso a(o) Técnica(o) de Enfermagem visualize alguma anormalidade na incisão, solicitar a avaliação da enfermeira para auxiliá-la no procedimento.

Referências Bibliográficas

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. Procedimentos operacionais padrão em enfermagem/ – Uberaba, MG: UFTM, 2014.

POTTER, P.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SALA DE PROCEDIMENTO

Atividade: Administração de Medicamento por Via Inalatória

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicação por via inalatória, em conformidade com prescrição e em tempo hábil

Materiais necessários:

- Copo nebulizador;
- Máscara;
- Medicação prescrita;
- Soro Fisiológico;
- Seringa.

Principais atividades

- Higienizar as mãos.
- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação;
- Fechar o copo de inalação;
- Colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do cliente;
- Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador;
- Orientar o cliente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento;
- Pedir ao cliente para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz;
- Ligar o inalador;
- Manter a inalação durante o tempo indicado e observar o cliente e possíveis alterações;
- Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento;
- Ao termino, desligar o inalador;
- Oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;
- Levar o material desacoplado, para lavagem e desinfecção;
- Higienizar as mãos;
- Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente.

Cuidados:

- Orientar quanto a posição correta de manter o inalador

- Caso seja necessário repetir processo de inalação, respeitar intervalo mínimo de 1 minuto.
- Caso observe qualquer reação adversa, interromper inalação e comunicar ao médico
- Atentar para Integridade das máscaras e circuitos.

Referências Bibliográficas

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

VIANA, D. L. Manual de Procedimentos em Pediatria. Yendis Editora. São Caetano do Sul. São Paulo, 2006.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Procedimentos Operacionais Padrão. 2016.

Atividade: Administração de Medicamentos Via Oral

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicamentos por via oral, obtendo uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.

Materiais necessários:

- Terapia medicamentosa prescrita.
- Copo descartável para medicações.
- Água.
- Bandeja.

Principais atividades

- Receber o cliente de forma cordial;
- Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário;
- Higienizar as mãos;
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;

- Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos liquidos;
- Oferecer a medicação ao cliente em uma bandeja;
- Oferecer água para ajudar na deglutição;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.

Cuidados:

Certificar-se se a prescrição refere-se ao usuário, se está correto: a medicação, a via de administração e a dosagem.

Referências Bibliográficas

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2ª ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Atividade: Administração de Medicamentos Via Sublingual

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicamentos por via sublingual, obtendo uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica rápida ou quando outras vias não são indicadas.

Materiais necessários:

- Bandeja;
- Prescrição;
- Medicamento prescrito;
- Copo descartável
- EPI
- Luvas de procedimento, se necessário.

Principais atividades:

- Receber o cliente de forma cordial
- Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário.
- Higienizar as mãos.
- Separar material
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade.
- Colocar medicação no copo sem toca-lo
- Entregar medicamento ao usuário na bandeja
- Orientar usuário a colocar medicação sob a lingua, sem deglutir ou mastigar
- Solicitar que usuário mantenha a medicação sob a lingua até que se dissolva por completo
- Observar usuário
- Descartar materiais de forma adequada
- Organizar ambiente de trabalho
- Registrar administração de medicamento em prontuário eletrônico e livro do setor.

Cuidados:

- Manter técnica asséptica;
- Auxiliar o usuário caso o mesmo não consiga colocar o medicamento sob a lingua. Pedir que abra a boca e eleve a lingua até alcançar o palato, colocar o comprimido entre a lingua e o assoalho da boca (realizar o procedimento de administração utilizando luvas de procedimentos).

Referências Bibliográficas

SOUZA, ANDRÉ LUIZ THOMAZ; SOUSA, BARBARA DE OLIVEIRA PRADO. Manual de Procedimentos Básicos em Enfermagem, 2017.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2ª ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, Procedimentos operacional padrão, 2016.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Administração de Medicamentos Via Intradérmica

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicamentos por via Intradérmica, obtendo uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas.

Materiais necessários:

- Prescrição.
- Terapia medicamentosa prescrita
- Bandeja
- Agulha para aspiração (25x7)
- Agulha 13x4,5
- Seringa 1mL
- Algodão
- Álcool à 70%
- EPI
- Luva de procedimento

Principais atividades:

- Receber o cliente de forma cordial
- Informar quanto ao procedimento a ser realizado
- Higienizar as mãos
- Reunir material
- Prepara medicação de acordo com prescrição
- Certificar-se se a prescrição se refere ao usuário, se está correto: a medicação, a via de administração e a dosagem.
- Aspirar medicação a ser utilizada
- Realizar troca da agulha
- Retirar bolhas de ar da seringa
- Proteger seringa
- Posicionar usuário de forma confortável e adequada ao profissional
- Calçar luvas
- Expor a região onde será aplicado medicamento

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24903-010

000064

- Realizar assepsia do local com álcool à 70%
- Esticar a pele com o indicador e polegar
- Introduzir a seringa com bisel voltado para cima em ângulo de 15°
- Injetar medicação lentamente, observando formação da pápula
- Retirar agulha com um único movimento, rápido e firme
- Descartar materiais no local adequado
- Organizar ambiente de trabalho
- Registrar procedimento em prontuário eletrônico ou livro da unidade.

Cuidados

- Atentar para a quantidade de liquido a ser aplicado, não podendo exeder 0,5Ml;
- Não utilizar álcool caso seja imunobiológico;
- Não friccionar local da pápula, orientar cliente a não coçar ou tentar romper a pápula;
- Manter técnica asséptica.

Referências Bibliográficas

SOUZA, ANDRÉ LUIZ THOMAZ; SOUSA, BARBARA DE OLIVEIRA PRADO. Manual de Procedimentos Básicos em Enfermagem, 2017.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2° ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, Procedimentos operacional padrão, 2016

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicação por via intramuscular, em conformidade com prescrição, obtendo resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada.

Materiais necessários:

- Prescrição
- Medicamento.
- Agulha.
- Seringa.
- Algodão embebido em álcool 70%.
- Algodão seco.
- Bandeja
- EPI
- Luvas de procedimento.

Principais atividades:

- Receber o cliente de forma cordial
- Certificar-se da prescrição, observando a medicação, a via de administração, dosagem e horário.
- Higienizar as mãos.
- Explicar procedimento ao cliente
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade.
- Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja.
- Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber.
- Calçar as luvas.
- Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltóide ou vasto lateral).
- Deltóide: Localizar e delimitar o processo acromial, medir dois a três dedos abaixo. Aplicar na região central do músculo
- No vasto lateral da coxa: Deverá dividir a coxa lateralmente em três partes, tomando como referência o trocanter maior e articulação do joelho, aplicar no centro do terço médio
- No Dorsoglútea: deverá traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca posterossuperior até o trocanter do fêmur e fazer a aplicação intramuscular acima

dessa linha ou dividir a nádega em quadrantes, traçando uma linha horizontal da parte superior do trocanter do fêmur até as vértebras sacrais e uma linha vertical da crista ilíaca até a parte central do sulco infraglúteo, aplicar no quadrante supralateral.

- No Ventoglútea: Colocar na mão não dominante do quadril contralateral do usuário (mão esquerda no quadril direito) apoiando a extremidade do dedo indicador sobre a espinha ilíaca ântero-superior e o dedo médio ao longo da crista ilíaca, espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur, formando um triangulo invertido ou um V, aplicar no triangulo formado entre os dedos.
- Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor.
- Fazer anti-sepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.
- Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele.
- Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.
- Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo.
- Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único.
- Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase.
- Descartar seringa/agulha em recipientes pérfuro-cortante.
- Retirar luvas.
- Higienizar as mãos.
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências.

Cuidados:

- Deve-se considerar a distância em relação a vasos e nervos importantes, musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento, espessura do tecido adiposo, idade do paciente, irritabilidade da droga e atividade do paciente.
- Atentar para a reconstituição do medicamento com seu próprio diluente.
- Manter técnica asséptica.

Trocar a agulha após a aspiração da solução na seringa ou se a solução for aspirada do frasco da ampola

- Injetar lentamente as soluções.

- Rodiziar o local de aplicação, se necessário
- Atenção aos locais de aplicação IM e volume máximo, segundo a faixa etária, ver quadro abaixo:

IDADE	DELTÓIDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO LATERAL
	COMPRIMENTO DA AGULHA			
PREMATUROS	X	X	X	0,5mL
NEONATOS	X	X	X	0,5mL
LACTENTES	X	X	X	1,0mL
CRIANÇAS DE 3 A 6 ANOS		X	1,5mL	1,0mL 1,5mL 20mm
CRIANÇAS DE 6 A 14 ANOS		0,5mL	1,5 - 2,0mL	1,5 - 2,0mL 1,5mL 20mm
ADOLESCENTES		1,0mL	2,0 - 2,5mL	2,0 - 2,5mL 1,5 - 2,0mL 30mm
ADULTOS		1,0mL *	4,0mL	4,0mL 4,0mL ** 30mm

*Limite até 2,0mL

** Limite até 5,0mL

Referências Bibliográficas

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier,
2009.

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Procedimentos Operacionais Padrão, 2016

Atividade: Administração de Medicamento por via Subcutânea

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicação por via subcutânea, de acordo com prescrição para fim de obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.

INSTITUTO GNOSIS

Materiais necessários:

- Terapia medicamentosa prescrita.
- Medicamento.
- Agulha.
- Seringa.
- Algodão embebido em álcool 70%.
- Algodão seco.
- Bandeja.
- EPI
- Luvas de procedimento

Principais atividades:

- Receber o cliente de forma cordial
- Certificar-se da prescrição, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário.
- Informar ao cliente e a família do procedimento a ser realizado
- Higienizar as mãos.
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade.
- Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja.
- Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber.
- Calçar as luvas.
- Escolher o local para administração do medicamento conforme figura ao lado:
- Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor.
- Fazer anti-sepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.
- Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele.
- Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.
- Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo.
- Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único.
- Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase.
- Descartar seringa/agulha em recipientes pérfuro-cortante.

- Retirar luvas.
- Higienizar as mãos.
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências.

Referências Bibliográficas

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

2. AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

3. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.

4. Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

5. SECRETARIA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Procedimentos Operacionais Padrão, 2016

Atividade: Administração de Medicamentos Via Endovenosa

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicamentos por via endovenosa, obtendo uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica rápida ou quando outras vias não são indicadas.

Materiais necessários:

- Terapia medicamentosa prescrita
- Medicamento
- Luva de procedimento
- Soro Fisiológico 0,9%
- Garrote
- Catéter intravenoso Periférico (ex.Jelco, scalpe ou agulha).
- Extensor para cateter. (ex.Polifix Salinizado)
- Seringa
- Algodão embebido em álcool 70%.

- Algodão seco
- Bandeja
- EPI

Principais atividades:

- Receber o cliente de forma cordial e confirmar identificação;
- Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário.
- Higienizar as mãos.
- Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
- Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja;
- Desinfetar as tampas e ampolas com álcool 70%;
- Diluir os medicamentos, se necessário para obter a dose prescrita;
- Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber;
- Calçar as luvas;
- Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;
- Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento;
- Posicionar garrote;
- Realizar a punção;
- Conectar a seringa que contém a medicação ao cateter venoso instalado;
- Verificar o posicionamento do cateter em veia superficial através de tração do êmbolo.
- Soltar o garrote;
- Realizar a medicação;
- Descartar o material;
- Lavar as mãos;
- Registrar no livro da Unidade.

Cuidados:

- A medicação administrada por esses métodos geralmente produz efeito rápido, de modo que o cliente deve ser monitorado em relação ao aparecimento de reações adversas, tais como arritmia cardíaca e anafilaxia.

- A observação do local da punção deve ser rigorosa, o extravasamento intravenoso (infiltração) para o tecido subjacente poderá trazer sérias complicações para o paciente.
- Ao retirar o dispositivo intravenoso, deve-se pressionar o local com bola de algodão seco por 2 minutos.
- Em caso de dor, edema ou de flebite, interrompa a infusão imediatamente e retire o dispositivo.
- Consulte sobre a compatibilidade entre medicamentos e os diluentes/soluções a serem utilizadas.
- Atentar para o tipo adequado de dispositivo de acordo com o tempo da terapia a ser infundida e calibre venoso.
- Adulto Scalp: 19G, 21G, 23G
- Adulto Catéter Flexível: 14G, 16G, 18G, 20G, 22G
- Criança Scalp: 25G, 27G
- Criança Cateter Flexível: 22G, 24G

Referências Bibliográficas

Manual de Procedimentos de Enfermagem – Brasília, DF. 2010. Revisão Técnica COREN DF.

Atividade: Aferição de Peso e Altura

Executante: Técnico e/ou Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas e Educadores Físicos

Resultados esperados:

Padronizar condutas e estabelecer recomendações a fim de garantir a aferição correta das medidas corporais de peso e altura

Definição de materiais:

- Balança mecânica de plataforma ou balança eletrônica (digital) de plataforma
- Balança pediátrica mecânica ou digital (aferição em menores de 2 anos com até 16kg)

- Antrôpometro (utilizado caso a balança não tenha antrôpometro acoplado)
- Régua antropométrica (aferição em menores de 2 anos)
- Álcool 70% de superficie
- Papel toalha
- Maca com colchonete
- Caneta, papel ou anotação direta no prontuário eletrônico.

Principais atividades:

- Atender com cordialidade o usuário.
- Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento.
- Lavar as mãos antes e após o atendimento, conforme POP Nº X , e/ou higienizar com álcool 70%.

✔ Aferição do peso em menores de 2 anos:

- As crianças menores de 2 anos devem ser pesadas e medidas sempre completamente despidas e na presença da mãe ou do responsável, pois estes devem auxiliar na retirada da roupa da criança e na tomada da medida. Lembre-se que uma fralda molhada pode representar até 20% do peso de uma criança.

✔ Se for utilizar balança pediátrica ou "tipo bebê":

- A balança pediátrica ou "tipo bebê" é o equipamento apropriado para crianças menores de 2 anos que ainda não ficam de pé com segurança. É preciso ter muito cuidado para pesar crianças pequenas, a fim de se evitar acidentes. Certifique-se de que a balança está apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme. Forre o prato com uma proteção (papel destacável ou fralda) antes de calibrar a balança para evitar erros na pesagem.

1º Passo: Destravar a balança.
2º Passo: Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador.

3° Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

4° Passo: Após constatar que a balança está calibrada, ela deve ser travada.

5° Passo: Despir a criança com o auxílio da mãe ou responsável.

6° Passo: Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente. Destravar a balança, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento.

7° Passo: Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos.

8° Passo: Depois mover o cursor menor para marcar gramas.

9° Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

10° Passo: Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.

11° Passo: Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.

12° Passo: Anotar o peso no prontuário.

13° Passo: Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica.

14° Passo: Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.

Figura 1 - Aferição de peso de crianças menores de 2 anos em balança pediátrica mecânica

✔ Se for utilizar balança pediátrica eletrônica (digital)

1° Passo: A balança deve estar ligada antes de a criança ser colocada sobre o equipamento. Esperar que a balança chegue ao zero.

2° Passo: Despir totalmente a criança com o auxílio da mãe/responsável.

3° Passo: Colocar a criança despida no centro do prato da balança, sentada ou deitada, de modo que o peso fique distribuído. Manter a criança parada (o máximo possível) nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento.

4° Passo: Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura.
5° Passo: Anotar o peso no prontuário. Retirar a criança.
6° Passo: Marcar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.

✔ Aferição do peso em maiores de 2 anos e adultos:

- As crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves. Idealmente, devem usar apenas calcinha, short ou cueca, na presença da mãe ou do responsável.
- Os adultos e adolescentes devem ser pesados descalços e usando roupas leves. Devem ser orientados a retirarem objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam interferir no peso total.

✔ Se for utilizar a balança mecânica de plataforma:

1° Passo: Destravar a balança.
2° Passo: Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal).
Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador.
3° Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
4° Passo: Após a calibração da balança, ela deve ser travada e só então a criança, adolescente e adulto deve subir na plataforma para ser pesado.
5° Passo: Posicionar o indivíduo de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.
6° Passo: Destravar a balança.
7° Passo: Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.
8° Passo: Depois mover o cursor menor para marcar gramas.
9° Passo: Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
10° Passo: Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.

11° Passo: Realizar a leitura de frente para o equipamento, para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.

12° Passo: Anotar o peso no prontuário.

13° Passo: Retirar a criança, adolescente ou adulto.

14° Passo: Retornar os cursores ao zero na escala numérica.

15° Passo: Marcar o peso das crianças na Caderneta de Saúde da Criança.

Figura 2- Aferição de peso de crianças maiores de 2 anos e adultos em balança pediátrica mecânica

✔ Se for utilizar a balança eletrônica digital:

1° Passo: A balança deve estar ligada antes de o indivíduo posicionar-se sobre o equipamento. Esperar que a balança chegue ao zero.

2° Passo: Colocar a criança, adolescente ou adulto, no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.

3° Passo: Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor.

4° Passo: Anotar o peso no prontuário. Retirar a criança, adolescente ou adulto da balança.

5° Passo: Para crianças, anotar o peso na Caderneta de Saúde da Criança.

✔ Aferição de comprimento em menores de 2 anos:

- O comprimento é a distância que vai da sola (planta) dos pés descalços, ao topo da cabeça, comprimindo os cabelos, com a criança deitada em superfície horizontal, firme e lisa. Deve-se retirar os sapatos da criança. Deve-se, também, retirar toucas, fivelas ou enfeites de cabelo que possam interferir na tomada da medida.

1º Passo: Deitar a criança no centro do infantômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.

2º Passo: Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:

- a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal).;
- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do infantômetro;
- os braços estendidos ao longo do corpo.

3º Passo: As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apóia o infantômetro.

4º Passo: Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.

Figura 3 - Aferição de comprimento de crianças menores de 2 anos

✔ Aferição de altura em maiores de 2 anos e adultos:

• A estatura é a medida do indivíduo na posição de pé, encostado numa parede ou antropômetro vertical.

1º Passo: Posicionar a criança, adolescente ou adulto descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

2º Passo: A cabeça do indivíduo deve ser posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal).

3° Passo: As pernas devem estar paralelas, mas não é necessário que as partes internas das mesmas estejam encostadas. Os pés devem formar um ângulo reto com as pernas.

Idealmente, o indivíduo deve encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occipital) no estadiômetro ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles.

4° Passo: Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar o indivíduo, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu.

5° Passo: Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.

6° Passo: Anotar o resultado no prontuário. Para crianças, marcar a altura na Caderneta de Saúde da Criança.

Figura 4 - Aferição de altura de crianças maiores de 2 anos e adultos

Cuidados:

Explicitados no passo a passo

Referências Bibliográficas:

1.Brasil, MS. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos sem serviços de saúde: Distrito Federal, 2011.

2.STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem/ – Uberaba, MG: UFTM, 2014

3. Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde. Procedimentos Operacionais Padrão na Atenção Primária à Saúde, 2016.

Atividade: Aferição de Temperatura

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Verificar a temperatura para obter valores fidedignos para embasamento das intervenções de enfermagem e condutas médicas.

Materiais necessários:

- Bandeja;
- Termômetro;
- Relógio com ponteiros de segundos;
- Algodão embebido em álcool a 70%.
- EPI
- Luvas de procedimento não estéril se necessário

Principais atividades:

- Higienizar as mãos.
- Reunir o material.
- Colocar o cliente em posição confortável.
- Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único.
- Secar a região axilar do cliente se necessário.
- Colocar o bulbo do termômetro na regiãc axilar do cliente, dobrando seu braço sobre o peito.
- Manter o termômetro por 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento.
- Realizar a leitura da Temperatura e intervir conforme a necessidade.
- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70% e guardá-lo em local adequado.
- Realizar as anotações no prontuário do cliente.

Cuidados:

- A técnica de verificação de temperatura axilar é contraindicada em casos de queimaduras de tórax, fraturas de membros superiores, clientes muito magros e lesões axilares;
- Em caso de verificação em crianças atentar para que a mãe ou acompanhante segure o braço da criança para fixação correta do termômetro.

- Identificar a almotolia diariamente com data, nome da solução e do profissional que a preparou.

Referências Bibliográficas

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro,
2009.

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Procedimentos Operacionais Padrão, 2016.

Atividade: Glicemia Capilar Periférica

Executante: Técnico e/ou Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos

Resultados esperados:

Realizar a dosagem correta da glicose no sangue capilar

Definição de materiais:

- Bandeja
- Depósito para acondicionar o material a ser utilizado
- Glicosímetro
- Fita teste para glicemia capilar
- Lanceta
- Algodão seco e embebido em álcool a 70%
- Luvas de procedimento
- Recipiente adequado para descarte da lanceta
- Prontuário eletrônico

Principais atividades:

- Atender com cordialidade o usuário.

- Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento
- Lavar as mãos antes e após o atendimento, conforme POP Nº X, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Selecionar o local de punção: lateral da polpa dos dedos (preferencialmente o dedo anelar), realizando rodízio do local de punção.
- Calçar luvas de procedimento
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Segurar a lanceta sem tampa, massageie a mão na direção do dedo (distal) e realize uma leve pressão na polpa digital de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a outra mão limpar a área com gaze umedecida com álcool 70%; deixar secar por completo antes de efetuar a punção. (De outra forma, o álcool pode se misturar com sangue e alterar o resultado do teste.)
- Com a lanceta fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Colocar a área reagente da tira em contato com o sangue
- Comprimir o local puncionado com gaze ou algodão, certificando-se da interrupção do sangramento
- Aguardar o tempo de leitura da fita teste de acordo com o fabricante
- Informar o resultado do teste ao paciente e/ou acompanhante
- Guardar o glicosímetro, desprezar a lanceta na caixa específica para material perfurocortante e a tira de glicemia no lixo para material infectante.
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e fazer a desinfecção com álcool a 70%;
- Retirar as luvas de procedimento
- Fazer a desinfecção do glicosímetro com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos com água e sabão, conforme o POP X;
- Registrar o resultado no prontuário eletrônico

Cuidados:

- Não puncionar a polpa digital devido sensação dolorosa e possibilidade de alteração do registro digital após várias repetições;
- Outros locais para punção puntiforme: lóbulo inferior da orelha, calcâneo para RN;
- Caso a quantidade de sangue não seja suficiente ou o aparelho apresentar "erro de leitura", repetir o procedimento em outro local de punção;
- Sempre evitar sítios de punção previamente utilizados, realizando rodízio dos locais a serem puncionados e registrando sempre o último local;
- Para pacientes em uso de anticoagulantes ou plaquetopênicos aumentar o tempo de compressão após a punção até cessar o sangramento;
- Observar a validade das fitas reagentes e conservação;
- A calibração do aparelho dosador de glicemia padronizado deve sempre seguir as recomendações do fabricante.
- Aproveitar o momento da verificação da glicemia para treinar o indivíduo na automonitorização, se necessário;
- Não reencapar lancetas ou agulhas, para evitar acidentes;

Referências Bibliográficas

Grossi, Sonia Aurora Alves e Pascali, Paula Maria. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. 2009. p 42-55

UFRJ, DEN. Procedimento Operacional Padrão – Verificação de glicemia capilar. POP09/12.

UERJ, HUPE. Procedimento Operacional Padrão - AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR COM GLICOSÍMETRO.

Atividade: Mensuração de Pressão Arterial

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados:

Conhecer o valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica), para avaliar se o
cliente está normotenso, hipotenso ou hipertenso.

Materiais necessários:

- Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio;
- Estetoscópio;
- Algodão embebido em álcool a 70%

Principais atividades

- Receber cliente e familiares de maneira cordial
- Explicar o procedimento ao cliente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas.
- Limpar o aparelho com álcool 70%.
- Certificar-se de que o cliente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do cliente, cerca de 3 dedos acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
- Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som, seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som.
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os

batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons.

- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
- O cliente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.
- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica em prontuário ou mapa de controle do usuário, complementando com a posição do cliente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial.
- Higienizar as mãos.
- Manter ambiente de trabalho em ordem.

Cuidados:

- Orientar para que o cliente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
- O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
- Em gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada; em usuários obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.
- Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o usuário sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoolistas, em uso de medicação anti-hipertensiva.
- Atenção para as dimensões recomendadas do manguito para braços de diferentes tamanhos:

Referências Bibliográficas

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI – Diagnóstico e Classificação. Rev. Bras. Hipertensão. v.17. n.1. p.11-17, 2010.

3. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE,P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592, 2007.

4. PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

5. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Procedimentos Operacionais Padrão, 2016.

Atividade: Oxigenioterapia

Executante: Enfermeira ou técnico de enfermagem

Resultados esperados Administração de oxigênio em conformidade com a prescrição para elevar saturação de oxigênio do usuário

Materiais necessários:

- Fonte de oxigênio
- Fluxômetro
- Umidificador
- Tubo extensor em látex ou silicone
- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada
- Cateter nasal ou Máscara Venturi ou Máscara de reinalação
- Oxímetro de pulso

Principais atividades:

- Informar ao usuário ou acompanhante sobre o procedimento.
- Lavar as mãos antes e após procedimento e/ou higienizar com álcool 70%.
- Reunir o material necessário.
- Colocar o cliente em posição adequada e confortável.

- Preparar a máscara ou cateter para o usuário.
- Conectar o tubo extensor ao umidificador e á máscara ou cateter.
- Conectar o umidificador na fonte de oxigênio.
- Abrir o fluxo de oxigênio para verificar se há saída de oxigênio.
- Ajustar o fluxo conforme a prescrição
- Fixar a máscara ao usuário passando o cordão elástico por trás da cabeça acima das orelhas ou fixar o cateter nasal passando a alça por trás das orelhas (como óculos).
- Conectar o usuário ao oximetro de pulso, se este estiver disponivel, para acompanhar a saturação de oxigênio no sangue
- Fechar a válvula do fluxômetro ao término da inalação.
- Recolher o material utilizado e encaminhar para o setor de limpeza e esterilização.

Cuidados:

- Se o fluxo prescrito for inferior a 3L/ min a umidificação é dispensável
- A solução do umidificador deve ser trocada a cada 24h

Referências Bibliográficas

CARVALHO, D. P. Oxigenoterapia. Centro de Aprimoramento profissional em Saúde. São Paulo, 1 ed, 2008.

Atividade: Uso de Nebulimetro e Espaçador

Executante: Enfermeira ou técnico de enfermagem

Resultados esperados: Administrar medicação por via inalatória, em conformidade com prescrição

Materiais necessários:

- Nebulimetro (spray) com a medicação prescrita)
- Espaçador com máscara adequada para a faixa etária (< 2 anos ou > 2 anos)

Principais atividades:

Criança ou adulto com dispneia:

- Orientar o usuário/ responsável sobre o procedimento
- Posicionar o usuário com o tronco ereto, de pé ou sentado, crianças podem ser posicionadas levemente reclinadas no colo do responsável

- Retirar a tampa do nebulimetro
- Agitar o nebulimetro por 6 vezes
- Encaixar o nebulimetro no espaçado, pelo lado oposto ao da máscara, com a porção metálica do nebulimetro voltada para cima (formando um L)
- Adaptar a máscara ao rosto do paciente de forma a cobrir o nariz e boca sem vazamento de ar
- Comprimir o botão metálico fortemente com o polegar de forma a liberar apenas um jato de medicação
- Mantenha a máscara acoplada ao rosto do usuário, sem vazamentos enquanto este realiza pelo menos 6 inspirações
- Caso seja necessário repetir a dose, os passos 4, 5, 6, 7 e 8 devem ser repetidos
- Após o uso, recolher o material
- Encaminhar o material para lavagem com detergente e desinfecção de material semicrítico em solução

Adulto eupnéico: (neste caso a máscara é desnecessária e deve ser retirada do espaçador)

- Orientar o usuário/ responsável sobre o procedimento
- Posicionar o usuário com o tronco ereto, de pé ou sentado
- Retirar a tampa do nebulimetro
- Agitar o nebulimetro por 6 vezes
- Encaixar o nebulimetro no espaçado, pelo lado oposto ao do bocal, com a porção metálica do nebulimetro voltada para cima (formando um L)
- Orientar o usuário a colocar o bocal do espaçador na boca firmando os lábios de forma a evitar vazamento de ar
- Comprimir o botão metálico fortemente com o polegar de forma a liberar apenas um jato de medicação
- Orientar o usuário a realizar um inspiração profunda pela boca, logo após a liberação do jato, e reter o ar nos pulmões por no mínimo 10 segundos
- 9. Caso seja necessário repetir a dose, os passos 4, 5, 6, 7 e 8 devem ser repetidos

Cuidados:

- Apenas um jato deve ser utilizado de cada vez
- O nebulimetro deve ser agitado a cada novo jato
- O espaçador é um material semicrítico e quando de uso coletivo necessita de assepsia, porém dispensa esterilização

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias Crônicas. Cadernos de Atenção Básica Nº 25. Brasília: Ministério da Saúde;2010.

Atividade: Coleta de amostras para Genotipagem (HIV e HCV)- vírus da imunodeficiência humana e vírus da hepatite C

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Resultados esperados: Realizar a coleta adequada do material conforme especificações do exame a ser realizado, adequada identificação do tubo de coleta e do formulário de solicitação. Encaminhamento ao laboratório de referência da Área Programática na data da coleta contribuindo para o resultado no tempo esperado.

Materiais necessários:

- Formulário de solicitação de exame de Genotipagem;
- Sala bem iluminada e ventilada;
- Pia;
- Cadeira com braçadeira regulável ou suporte para braço. Recomenda-se que a cadeira tenha apoio lateral para os braços, pois se o usuário desmaiar sua queda será evitada;
- Garrote;
- Algodão hidrófilo ou gaze;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulha descartável;
- Seringa descartável;

- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- Tubos com anticoagulante EDTA com gel (tubo de tampa roxa) para genotipagem do vírus da hepatite C e tubo com anticoagulante EDTA sem gel (tubo tampa roxa) para genotipagem do vírus HIV;
- Pinça Pipetas Pasteur;
- Etiquetas para identificação de amostras;
- Caneta;
- Avental e máscara;
- Luvas descartáveis;
- Estantes para tubos;
- Recipiente específico para descarte de material perfurocortante;
- Lixeira para lixo comum;
- Lixeira para material potencialmente infectante.

Etapas do Processo:

Não é necessário jejum ou qualquer preparo especial do paciente. Entretanto, deve-se evitar a coleta após ingestão de alimentos gordurosos nas últimas 3 horas.

a) Coleta de sangue com seringa e agulha descartáveis:

- Identifique os tubos EDTA para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome e data de nascimento do paciente. Coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora. Não toque na parte inferior da agulha;
- Movimente o êmbolo e pressione-o para retirar o ar;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Retire a capa da agulha e faça a punção;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;
- Colete a quantidade de sangue suficiente para atender à execução dos exames solicitados;

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000089

- Separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça, descarte adequadamente;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
- Transfira o sangue para os tubos, conforme exames solicitados, deixando que o sangue escorra delicadamente pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra. Descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.
- Imediatamente após a coleta homogeneizar por inversão (delicadamente por cinco vezes);

b) Para coleta de sangue com sistema à vácuo

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome e data de nascimento do paciente;
- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;
- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;
- Troque os tubos à medida em que for coletando as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais ao do sistema a vácuo;
- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente apropriado para descarte de material perfurocortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

c) Formulário de solicitação de exame de Genotipagem

- Genotipagem do Vírus da Hepatite C: Preencher adequadamente o formulário

.

INSTITUTO GNOSIS

Formulário de Solicitação Genotipagem do Virus da Hepatite C – Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64248/form-solicitacao_geno_hcv_2017.pdf?file=1&type=node&id=64248&force=1.
Atenção: Os exames de Genotipagem de HCV devem ser cadastrados e triados no Sistema GAL antes do envio ao Centro de Genomas/SP. O número de requisição do GAL deve ser anotado no formulário de solicitação de exame.

- Genotipagem do Virus HIV: Formulário disponivel em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/formulario-de-solicitacao-sistema-e-informacao-para-rede-de-genotipagem-sisgeno-29122017.

Atenção: O cadastro das amostras no SISGENO é de responsabilidade do Centro de Genomas, com as informações contidas nos formulários de solicitação.

NOTA: As amostras devem ser enviadas ao laboratório de referência da área programática, em até 6 horas após o inicio da primeira coleta realizada na Unidade. As amostras devem ser enviadas junto com o formulário adequadamente preenchido.

d) Quantidade a ser coletada

- Devem ser coletados 3 (três) tubos de cada paciente com 4ml cada para cada agravo.

e) Acondicionamento e transporte

- Acondicionar em geladeira (2° a 8°C) até o envio ao Laboratório de Referência;
- As amostras devem ser transportadas em temperatura ambiente e em caixas próprias para transporte;
- Enviar Formulário de Solicitação de Exame devidamente preenchido e assinado junto com a amostra;

Cuidados:
Armazenamento de agulhas e tubos

- Siga rigorosamente as instruções determinadas pelo fabricante para a conservação e para a armazenagem de tubos e agulhas;

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000091

- Esses materiais devem ser armazenados ao abrigo da luz, em locais secos e arejados;
- Os tubos devem ser armazenados entre 4° C e 25°C;
- Nunca utilize tubos ou produtos com prazo de validade vencido ou que apresentem alterações em sua cor, forma ou características originais.

a) Escolha do local para realizar a punção venosa:

➢ Condições da veia:

Em princípio, qualquer veia dos membros superiores pode ser puncionada, desde que apresente boas condições como:

- bom calibre;
- flexibilidade;
- integridade.

➢ Veias mais comumente utilizadas:

- As veias mais utilizadas são a cubital mediana e a cefálica, ambas localizadas na parte anterior do braço, próximo à dobra do cotovelo, conforme figura 1.
- A punção na veia cubital mediana costuma ser a melhor opção, pois na punção da veia cefálica existe maior risco de formação de hematomas.
- As veias do dorso da mão também podem ser puncionadas. Nessa região, recomenda-se a veia do arco venoso dorsal, conforme figura 2, por possuir maior calibre.
- A outra veia destacada na figura – veia dorsal do metacarpo – também poderá ser puncionada, porém a coleta será mais dolorosa.

b) Transmissão de agentes infecciosos:

A transmissão de agentes infecciosos durante a coleta de amostras de sangue ocorre
por contato direto com material contaminado.
Esse contato pode ser resultante:

- de transmissão direta:

- em acidentes com objetos perfurocortantes;
- pelo respingo de sangue diretamente na pele ou mucosas;
- inalação de aerossóis.
- de transmissão indireta, pelo contato da pele ferida ou mucosas com superfícies, mãos e/ou luvas contaminadas.

c) Áreas que NÃO devem ser puncionadas:

- Áreas com terapia ou hidratação intravenosa de qualquer espécie;
- Locais com cicatrizes de queimadura;
- Membro superior próximo ao local onde foi realizada mastectomia, cateterismo ou qualquer outro procedimento cirúrgico;
- Áreas com hematomas;
- Áreas da pele com ferimentos, abcessos e outras lesões;
- Veias que já sofreram trombose porque são pouco flexíveis, com paredes endurecidas;
- Veias com múltiplas punções recentes.

d) Cuidados com o usuário antes da coleta:

- Posicione o braço do usuário, mantendo-o levemente inclinado para baixo;
- O braço deve estar apoiado firmemente pelo descanso e o cotovelo não deve estar dobrado.

e) Orientações para transporte de sangue, soro ou plasma.

As Diretrizes para o Transporte Seguro de Substâncias Infecciosas e Espécimes para Diagnóstico da Organização das Nações Unidas – ONU – orientam que a embalagem para o transporte seguro é composta por três camadas:

- Recipiente primário: é composto pelo tubo com a amostra, com tampa que permita a completa vedação do conteúdo. Deve ser de material resistente a impactos, sem rachaduras ou trincas e devidamente identificado. Ao ser transportado deve ser envolvido em material que tenha capacidade de absorver todo o seu conteúdo em caso de quebra.

- Recipiente secundário: deve ser de material rígido, impermeável e à prova de vazamentos para proteger o(s) recipiente(s) primário(s).
- Recipiente terciário ou embalagem externa: acondiciona o recipiente secundário e protege o seu conteúdo de fatores do ambiente, tais como, batidas, amassados, chuva, etc. durante seu transporte. Além disso, deve conter informações da identificação do conteúdo, dados do destinatário e do remetente.

Notas:

- Critérios para rejeição da amostra: coleta realizada em tubo com outro anticoagulante (que não seja EDTA), amostra hemolisada, presença de coágulo visível no tubo, formulários preenchidos de forma inadequada – campos obrigatórios não preenchidos e amostras cuja solicitação de exame não preencha os critérios de realização do exame solicitado;
- Os Médicos de Referência em Genotipagem (MRG) terão acesso a todos os resultados de exames através do site do SISGENO;
- Os médicos solicitantes terão acesso aos resultados de exames no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) através do site: https://laudo.aids.gov.br;
- O Centro de Genomas disponibiliza um canal telefônico para contato direto: 0800 779 2323 (8h às 17h) e endereço eletrônico: sac.min.hiv@centrodegenomas.com.br;
- Os resultados de genotipagem para o vírus da hepatite C serão disponibilizados através do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Coleta de Sangue – Diagnóstico e monitoramento das DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22075/mod_resource/content/1/ManualColetadeSangue.pdf

2. Brasil, Ministério da Saúde. Ofício Circular nº 013/2016/CAT/DDAHV/SVS/MS – Informativo sobre coleta/envio de amostras para Genotipagem de HIV. Brasília, 22 de Fevereiro de 2016. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2016/portarias_e_oficios_ministeriais/oficio_circular_n_013_2016_informativo_sobre_col_20636.pdf.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Ofício Circular nº 01/2017/DDAHV/SVS/MS – Padronização na forma de recolhimento de amostra dos exames de Genotipagem do HIV e do HCV. Brasília, 06 de Janeiro de 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-012017ddahvsvsms.

4. Governo do Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Laboratório Central Noel Nutels. Orientações para transporte e coleta de amostras para Carga Viral do HIV, Carga Viral das Hepatites B e C e Contagem de Linfócitos T CD4/CD8. Rio de Janeiro: 2015.

5. Centro de Genomas. Instruções para Coleta de Material do Exame de Genotipagem de Hepatite C (HCV) do Ministério da Saúde. São Paulo, 2016. Disponível em: https://sacl3.ufpr.br/data/solicitacao/08278_instrucoes_de_coleta_de_amostras_hcv_ddahv_2016.pdf

Atividade: Coleta de amostra para Teste Molecular de Hepatite B (HBV DNA Quantitativo)

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Resultados esperados: Realizar a coleta do material conforme especificações, a identificação do tubo de coleta e preencher o formulário de solicitação. Armazenar temporariamente a amostra no local de coleta, para posterior transporte ao laboratório de referência da área, em tempo oportuno, a fim de permitir o resultado no período estipulado pelo Ministério da Saúde. O exame destina-se à indicação e ao monitoramento do tratamento da hepatite B. Somente nos casos abaixo a realização do HBV DNA Quantitativo destina-se a confirmação do diagnóstico:

- Pacientes com Anti-HBc Total isolado reagente (pesquisa de Hepatite B oculta);
- Pacientes com HBsAg reagente isolado;
- Indivíduos menores de 18 meses filhos de mães portadoras crônicas do HBV.

Materiais necessários:

- Laudo Médico para emissão de BPA-I – Identificação do DNA do Virus da Hepatite B por PCR Quantitativo (disponivel em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/formulario-de-solicitacao-de-carga-viral-do-virus-da-hepatite-b)
- Sala bem iluminada e ventilada;
- Pia;
- Cadeira com braçadeira regulável ou suporte para braço. Recomenda-se que a cadeira tenha apoio lateral para os braços, pois se o usuário desmaiar sua queda será evitada;
- Garrote;
- Algodão hidrófilo ou gaze;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulha descartável;
- Seringa descartável;
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- Tubos com anticoagulante EDTA com capacidade para 5 ml;
- Pinça Pipetas Pasteur;
- Etiquetas para identificação de amostras;
- Caneta;
- Avental e máscara;
- Luvas descartável;
- Estantes para tubos;
- Recipiente específico para descarte de material perfurocortante;
- Lixeira para lixo comum;
- Lixeira para material potencialmente infectante.

Etapas do Processo:

Não é necessário jejum; entretanto não deve haver ingestão de alimentos gordurosos de 3 a 4 horas antes da coleta.

a) Para coleta de sangue com seringa e agulha descartáveis:

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome completo, número do registro e data de nascimento;

- Coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora. Não toque na parte inferior da agulha;
- Movimente o êmbolo e pressione-o para retirar o ar;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Retire a capa da agulha e faça a punção;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;
- Colete a quantidade de sangue suficiente para atender à execução dos exames solicitados;
- Separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça, descarte em recipiente apropriado para descarte de material perfurocortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
- Transfira o sangue para os tubos, conforme exames solicitados, deixando que o sangue escorra delicadamente pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra. Descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.

b) Para coleta de sangue com sistema à vácuo:

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome completo, número do registro e data de nascimento;
- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;
- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;

- Troque os tubos à medida em que for obtendo as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais aos do sistema a vácuo;
- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente apropriado para descarte de material pérfuro-cortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

c) Amostra a ser coletada:

- Coletar sangue em dois 2 tubos com anticoagulante EDTA (tampa roxa), contendo cada um 5 ml de sangue;
- Manter o tubo na posição vertical e em temperatura ambiente (15o a 30o), e transportá-la ao laboratório de referência.

Notas: (1) Não congelar as amostras.
(2) Não utilizar heparina.
(3) Para evitar contaminações, nunca abrir os tubos de coleta.

d) Encaminhamento ao Laboratório de Referência da Área:

- Entregue ao usuário o comprovante de coleta;
- Certifique-se que o(s) tubo(s) de coleta está (ão) identificado(s) adequadamente;
- Identifique data, horário e responsável pela coleta;
- Mantenha as amostras em temperatura e condições de armazenamento adequadas até que sejam encaminhadas, o mais rápido possível, para o laboratório de referência da área (tempo máximo de chegada ao laboratório é de 6 horas).
- Cadastrar a requisição no GAL, identificando o motivo pelo qual o exame foi solicitado e observar envio de documentos anexos à requisição que deverão ser enviados juntamente com a amostra.

Atenção: Para envio, tem que ser observado o tempo de coleta de cada amostra. Portanto, quando houver várias coletas, o tempo para o transporte deve ser calculado a partir da primeira amostra coletada.

Cuidados

a) Armazenamento de agulhas e tubos

- Siga rigorosamente as instruções determinadas pelo fabricante para a conservação e para a armazenagem de tubos e agulhas;
- Esses materiais devem ser armazenados ao abrigo da luz, em locais secos e arejados;
- Os tubos devem ser armazenados entre 4° C e 25°C;
- Nunca utilize tubos ou produtos com prazo de validade vencido ou que apresentem alterações em sua cor, forma ou características originais.

b) Escolha do local para realizar a punção venosa:

➢ Condições da veia:

Em princípio, qualquer veia dos membros superiores pode ser puncionada, desde que apresente boas condições como:

- bom calibre;
- flexibilidade; e
- integridade.

➢ Veias comumente utilizadas:

- As veias mais utilizadas são a cubital mediana e a cefálica, ambas localizadas na parte anterior do braço, próximo à dobra do cotovelo, conforme figura 1.
- A punção na veia cubital mediana costuma ser a melhor opção, pois na punção da veia cefálica existe maior risco de formação de hematomas.
- As veias do dorso da mão também podem ser puncionadas. Nessa região, recomenda-se a veia do arco venoso dorsal, conforme figura 2, por possuir maior calibre.
- A outra veia destacada na figura – veia dorsal do metacarpo – também poderá ser puncionada, porém a coleta será mais dolorosa.

c) Transmissão de agentes infecciosos:

A transmissão de agentes infecciosos durante a coleta de amostras de sangue ocorre:

- Por contato direto com material contaminado.
- Esse contato pode ser resultante;
- de transmissão direta;
- em acidentes com objetos perfurocortantes;
- pelo respingo de sangue diretamente na pele ou mucosas;
- inalação de aerossóis.
- de transmissão indireta, pelo contato da pele ferida ou mucosas com superfícies, mãos e/ou luvas contaminadas.

d) Áreas que NÃO devem ser puncionadas:

- Áreas com terapia ou hidratação intravenosa de qualquer espécie;
- Locais com cicatrizes de queimadura;
- Membro superior próximo ao local onde foi realizada mastectomia, cateterismo ou qualquer outro procedimento cirúrgico;
- Áreas com hematomas;
- Áreas da pele com ferimentos, abscessos e outras lesões;
- Veias que já sofreram trombose porque são pouco flexíveis, com paredes endurecidas;
- Veias com múltiplas punções recentes.

e) Cuidados com o usuário antes da coleta:

- Posicione o braço do usuário, mantendo-o levemente inclinado para baixo;
- O braço deve estar apoiado firmemente pelo descanso e o cotovelo não deve estar dobrado.

f) Orientações para transporte de sangue, soro ou plasma.

As Diretrizes para o Transporte Seguro de Substâncias Infecciosas e Espécimes para Diagnóstico da Organização das Nações Unidas – ONU – orientam que a embalagem para o transporte seguro é composta por três camadas:

- Recipiente primário: é composto pelo tubo com a amostra, com tampa que permita a completa vedação do conteúdo. Deve ser de material resistente a impactos, sem rachaduras ou trincas e devidamente identificado. Ao ser transportado deve ser envolvido em material que tenha capacidade de absorver todo o seu conteúdo em caso de quebra.
- Recipiente secundário: deve ser de material rígido, impermeável e à prova de vazamentos para proteger o(s) recipiente(s) primário(s).
- Recipiente terciário ou embalagem externa: acondiciona o recipiente secundário e protege o seu conteúdo de fatores do ambiente, tais como, batidas, amassados, chuva, etc. durante seu transporte. Além disso, deve conter informações da identificação do conteúdo, dados do destinatário e do remetente.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. COLETA DE SANGUE. Diagnóstico e Monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22075/mod_resource/content/1/ManualColetadeSangue.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coleta de Sangue. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas_sangue.pdf

3. Governo do Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Laboratório Central Noel Nutels. Orientações para transporte e coleta de amostras para Carga Viral do HIV, Carga Viral das Hepatites B e C e Contagem de Linfócitos T CD4/CD8. Rio de Janeiro: 2015.

Atividade: Coleta de amostra para Teste Molecular de Hepatite C (HCV RNA Quantitativo)

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Resultados esperados: Realizar a coleta do material conforme especificações, a identificação do tubo de coleta e preencher o formulário de solicitação. Armazenar temporariamente a amostra no local de coleta, para posterior transporte ao laboratório de referência da área, em tempo oportuno, a fim de permitir o resultado no período estipulado pelo Ministério da Saúde. O exame destina-se ao diagnóstico, ao monitoramento e ao tratamento da hepatite C.

Materiais necessários:

- Laudo Médico para emissão de BPA-I – Quantificação do RNA do Vírus da Hepatite C (disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/formulario-de-solicitacao-de-carga-viral-do-virus-da-hepatite-c);
- Sala bem iluminada e ventilada;
- Pia;
- Cadeira com braçadeira regulável ou suporte para braço. Recomenda-se que a cadeira tenha apoio lateral para os braços, pois se o usuário desmaiar sua queda será evitada;
- Garrote;
- Algodão hidrófilo ou gaze;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulha descartável;
- Seringa descartável;
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- Tubos secos, sem anticoagulante, com gel separador;
- Pinça Pipetas Pasteur;
- Etiquetas para identificação de amostras;
- Caneta;
- Avental e máscara;
- Luvas descartável;
- Estantes para tubos;
- Recipiente específico para descarte de material pérfuro-cortante;
- Lixeira para lixo comum;
- Lixeira para material potencialmente infectante.

Etapas do Processo:

INSTITUTO GNOSIS

Não é necessário jejum, entretanto não deve haver ingestão de alimentos gordurosos de 3 a 4 horas antes da coleta.

a) Para coleta de sangue com seringa e agulha descartáveis:

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome completo, número do registro e data de nascimento;
- Coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora. Não toque na parte inferior da agulha;
- Movimente o êmbolo e pressione-o para retirar o ar;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Retire a capa da agulha e faça a punção;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;
- Colete a quantidade de sangue suficiente para atender à execução dos exames solicitados;
- Separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça, descarte em recipiente apropriado para descarte de material perfurocortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;
- Transfira o sangue para os tubos, conforme exames solicitados, deixando que o sangue escorra delicadamente pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra. Descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.

b) Para coleta de sangue com sistema à vácuo

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome completo, número do registro e data de nascimento;
- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;

- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;
- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;
- Troque os tubos à medida em que for colhendo as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais ao do sistema a vácuo;
- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente apropriado para descarte de material pérfuro-cortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

c) Amostra a ser coletada:

- Coletar sangue em dois 2 tubos secos, sem anticoagulante e com gel separador, contendo cada um 5 ml de sangue;
- Manter o tubo na posição vertical para retração do coágulo e em temperatura ambiente (20o a 25o)

Notas: (1) Não congelar as amostras.

(2) Para evitar contaminações, nunca abrir os tubos de coleta.

d) Encaminhamento ao Laboratório de Referência da Área:

- Entregue ao usuário o comprovante de coleta;
- Certifique-se que o(s) tubo(s) de coleta está(ão) identificado(s) adequadamente;
- Identifique data, horário e responsável pela coleta;
- Mantenha as amostras em temperatura e condições de armazenamento adequadas até que sejam encaminhadas, o mais rápido possível, para o laboratório de referência da área;

- Cadastrar a requisição no GAL, identificando o motivo pelo qual o exame foi solicitado e observar envio de documentos anexos à requisição que deverão ser enviados juntamente com a amostra.

Atenção: Para envio, tem que ser observado o tempo de coleta de cada amostra. Portanto, quando houver várias coletas, o tempo para o transporte deve ser calculado a partir da primeira amostra coletada, devendo chegar ao laboratório em até 06 (seis) horas.

Cuidados

a) Armazenamento de agulhas e tubos

- Siga rigorosamente as instruções determinadas pelo fabricante para a conservação e para a armazenagem de tubos e agulhas;
- Esses materiais devem ser armazenados ao abrigo da luz, em locais secos e arejados;
- Os tubos devem ser armazenados entre 4° C e 25°C;
- Nunca utilize tubos ou produtos com prazo de validade vencido ou que apresentem alterações em sua cor, forma ou características originais.

b) Escolha do local para realizar a punção venosa:

➢ Condições da veia:

Em princípio, qualquer veia dos membros superiores pode ser puncionada, desde que apresente boas condições como:

- bom calibre;
- flexibilidade, e
- integridade.

➢ Veias mais comumente utilizadas:

- As veias mais utilizadas são a cubital mediana e a cefálica, ambas localizadas na parte anterior do braço, próximo à dobra do cotovelo, conforme figura 1.
- A punção na veia cubital mediana costuma ser a melhor opção, pois na punção da veia cefálica existe maior risco de formação de hematomas.

- As veias do dorso da mão também podem ser puncionadas. Nessa região, recomenda-se a veia do arco venoso dorsal, conforme figura 2, por possuir maior calibre.
- A outra veia destacada na figura – veia dorsal do metacarpo – também poderá ser puncionada, porém a coleta será mais dolorosa.

c) Transmissão de agentes infecciosos:

A transmissão de agentes infecciosos durante a coleta de amostras de sangue ocorre:

- Por contato direto com material contaminado.
- Esse contato pode ser resultante:
- de transmissão direta:
- em acidentes com objetos perfurocortantes;
- pelo respingo de sangue diretamente na pele ou mucosas;
- inalação de aerossóis.
- de transmissão indireta, pelo contato da pele ferida ou mucosas com superfícies, mãos e/ou luvas contaminadas.

d) Áreas que NÃO devem ser puncionadas:

- Áreas com terapia ou hidratação intravenosa de qualquer espécie;
- Locais com cicatrizes de queimadura;
- Membro superior próximo ao local onde foi realizada mastectomia, cateterismo ou qualquer outro procedimento cirúrgico;
- Áreas com hematomas;
- Áreas da pele com ferimentos, abscessos e outras lesões;
- Veias que já sofreram trombose porque são pouco flexíveis, com paredes endurecidas;
- Veias com múltiplas punções recentes.

e) Cuidados com o usuário antes da coleta:

- Posicione o braço do usuário, mantendo-o levemente inclinado para baixo;
- O braço deve estar apoiado firmemente pelo descanso e o cotovelo não deve estar dobrado.

f) Orientações para transporte de sangue, soro ou plasma.

As Diretrizes para o Transporte Seguro de Substâncias Infecciosas e Espécimes para Diagnóstico da Organização das Nações Unidas – ONU – orientam que a embalagem para o transporte seguro é composta por três camadas:

- Recipiente primário: é composto pelo tubo com a amostra, com tampa que permita a completa vedação do conteúdo. Deve ser de material resistente a impactos, sem rachaduras ou trincas e devidamente identificado. Ao ser transportado deve ser envolvido em material que tenha capacidade de absorver todo o seu conteúdo em caso de quebra.
- Recipiente secundário: deve ser de material rígido, impermeável e à prova de vazamentos para proteger o(s) recipiente(s) primário(s).
- Recipiente terciário ou embalagem externa: acondiciona o recipiente secundário e protege o seu conteúdo de fatores do ambiente, tais como, batidas, amassados, chuva, etc. durante seu transporte. Além disso, deve conter informações da identificação do conteúdo, dados do destinatário e do remetente.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. COLETA DE SANGUE. Diagnóstico e Monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22075/mod_resource/content/1/ManualColetadeSangue.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coleta de Sangue. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas_sangue.pdf

Governo do Rio de Janeiro. Secretaria de Saúde. Laboratório Central Noel Nutels. Orientações para transporte e coleta de amostras para Carga Viral do HIV, Carga Viral das Hepatites B e C e Contagem de Linfócitos T CD4/CD8. Rio de Janeiro: 2015.

Atividade: Coleta de amostras para Carga Viral HIV e Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

Resultados esperados: Realizar a coleta adequada do material conforme especificações segundo o exame a ser realizado, a adequada identificação do tubo de coleta e do formulário de solicitação, o armazenamento temporário da amostra no local de coleta, o transporte ao laboratório de referência na data da coleta, de forma a permitir o resultado no tempo determinado pelo Ministério da Saúde.

Materiais necessários:

- Laudo Médico para emissão de BPA-I, que deve acompanhar a amostra para realização dos exames: a) Carga Viral do HIV; b) Contagem de Linfócitos T CD4+ /CD8+, devidamente assinada e carimbada por profissional cadastrado no SISCEL;
- Sala bem iluminada e ventilada;
- Pia;
- Cadeira com braçadeira regulável ou suporte para braço. Recomenda-se que a cadeira tenha apoio lateral para os braços, pois se o usuário desmaiar sua queda será evitada;
- Garrote;
- Algodão hidrófilo ou gaze;
- Álcool etílico a 70%;
- Agulha descartável;
- Seringa descartável;
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável;
- Tubos de ensaio com tampa;
- Pinça Pipetas Pasteur;
- Etiquetas para identificação de amostras;
- Caneta;
- Avental e máscara

- Luvas descartáveis
- Estantes para tubos
- Recipiente especifico para descarte de material perfurocortante
- Lixeira para lixo comum
- Lixeira para material potencialmente infectante.

Etapas do Processo:

Não é necessário jejum ou qualquer preparo especial do paciente. Entretanto, deve-se evitar a coleta após ingestão de alimentos gordurosos nas últimas 3 horas.

a) Para coleta de sangue com seringa e agulha descartáveis:

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome, número do registro, data de nascimento, sexo, data da coleta, número ou código de registro da amostra e o nome da instituição solicitante;
- Coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora. Não toque na parte inferior da agulha;
- Movimente o êmbolo e pressione-o para retirar o ar;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Retire a capa da agulha e faça a punção;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa;
- Colete a quantidade de sangue suficiente para atender à execução dos exames solicitados, conforme descrito abaixo.
- Separe a agulha da seringa com o auxílio de uma pinça, descarte em recipiente apropriado para descarte de material perfurocortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo;

- Transfira o sangue para os tubos, conforme exames solicitados, deixando que o sangue escorra delicadamente pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra. Descarte a seringa no mesmo recipiente de descarte da agulha.

b) Para coleta de sangue com sistema á vácuo:

- Identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome, número do registro, data de nascimento, sexo, data da coleta, número ou código de registro da amostra e o nome da instituição solicitante;
- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- Faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%;
- Não toque mais no local desinfetado;
- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;
- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;
- Troque os tubos á medida em que for colhendo as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais ao do sistema a vácuo;
- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente apropriado para descarte de material perfurocortante;
- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

IMPORTANTE:

- Coleta de CD4+/CD8+: Um tubo de tampa roxa (K2 ou K3) com o anticoagulante EDTA, contendo 5ml de sangue total.
- Coleta de Carga Viral do HIV: Dois tubos de tampa roxa (K2 ou K3) com o anticoagulante EDTA, contendo 5ml de sangue total, para obtenção do plasma para quantificação da carga viral.

c) Encaminhamento ao Laboratório de Referência da Área:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.888 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

560110

- Entregue ao usuário o comprovante de coleta;
- Certifique-se que o (s) tubo (s) de coleta está (ão) identificados adequadamente;
- Identifique data, horário e responsável pela coleta;
- Mantenha as amostras em temperatura e condições de armazenamento adequadas até que sejam encaminhadas, o mais rápido possível, para o laboratório de referência da área.

Atenção: Para envio, deve ser observado o tempo de coleta de cada amostra. Portanto, quando houver várias coletas, o tempo para o transporte deve ser calculado a partir da primeira amostra coletada, devendo chegar ao laboratório em até 06 (seis) horas.

Cuidados:

a) Armazenamento de agulhas e tubos

- Siga rigorosamente as instruções determinadas pelo fabricante para a conservação e para a armazenagem de tubos e agulhas;
- Esses materiais devem ser armazenados ao abrigo da luz, em locais secos e arejados;
- Os tubos devem ser armazenados entre 4° C e 25°C;
- Nunca utilize tubos ou produtos com prazo de validade vencido ou que apresentem alterações em sua cor, forma ou características originais.

b) Escolha do local para realizar a punção venosa:

➢ Condições da veia:

Em princípio, qualquer veia dos membros superiores pode ser puncionada, desde que apresente boas condições como:

- bom calibre;
- flexibilidade;
- integridade.

➢ Veias mais comumente utilizadas:

- As veias mais utilizadas são a cubital mediana e a cefálica, ambas localizadas na parte anterior do braço, próximo à dobra do cotovelo, conforme figura 1.

- A punção na veia cubital mediana costuma ser a melhor opção, pois na punção da veia cefálica existe maior risco de formação de hematomas.
- As veias do dorso da mão também podem ser puncionadas. Nessa região, recomenda-se a veia do arco venoso dorsal, conforme figura 2, por possuir maior calibre.
- A outra veia destacada na figura – veia dorsal do metacarpo – também poderá ser puncionada, porém a coleta será mais dolorosa.

c) Transmissão de agentes infecciosos:

A transmissão de agentes infecciosos durante a coleta de amostras de sangue ocorre:

- Por contato direto com material contaminado.
- Esse contato pode ser resultante:
- de transmissão direta:
- em acidentes com objetos perfurocortantes;
- pelo respingo de sangue diretamente na pele ou mucosas;
- inalação de aerossóis.
- de transmissão indireta, pelo contato da pele ferida ou mucosas com superfícies, mãos e/ou luvas contaminadas.

d) Áreas que NÃO devem ser puncionadas:

- Áreas com terapia ou hidratação intravenosa de qualquer espécie;
- Locais com cicatrizes de queimadura;
- Membro superior próximo ao local onde foi realizada mastectomia, cateterismo ou qualquer outro procedimento cirúrgico;
- Áreas com hematomas;
- Áreas da pele com ferimentos, abscessos e outras lesões;
- Veias que já sofreram trombose porque são pouco flexíveis, com paredes endurecidas;
- Veias com múltiplas punções recentes.

e) Cuidados com o usuário antes da coleta:

- Posicione o braço do usuário, mantendo-o levemente inclinado para baixo;
- O braço deve estar apoiado firmemente pelo descanso e o cotovelo não deve estar dobrado.

f) Orientações para transporte de sangue, soro ou plasma.

As Diretrizes para o Transporte Seguro de Substâncias Infecciosas e Espécimes para Diagnóstico da Organização das Nações Unidas – ONU – orientam que a embalagem para o transporte seguro é composta por três camadas:

- Recipiente primário: é composto pelo tubo com a amostra, com tampa que permita a completa vedação do conteúdo. Deve ser de material resistente a impactos, sem rachaduras ou trincas e devidamente identificado. Ao ser transportado deve ser envolvido em material que tenha capacidade de absorver todo o seu conteúdo em caso de quebra.
- Recipiente secundário: deve ser de material rígido, impermeável e à prova de vazamentos para proteger o(s) recipiente(s) primário(s).
- Recipiente terciário ou embalagem externa: acondiciona o recipiente secundário e protege o seu conteúdo de fatores do ambiente, tais como, batidas, amassados, chuva, etc. durante seu transporte. Além disso, deve conter informações da identificação do conteúdo, dados do destinatário e do remetente.

Notas:

Os profissionais solicitantes (médicos ou enfermeiros) devem se cadastrar no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL), através do site: https://laudo.aids.gov.br, para solicitarem os exames de Carga Viral HIV e Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+, bem como terem acesso aos resultados.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais - COLETA DE SANGUE. Diagnóstico e Monitoramento

das DST, AIDs e Hepatites Virais. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22075/mod_resource/content/1/ManualColetadeSangue.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coleta de Sangue. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas_sangue.pdf

Atividade: Coleta de escarro para Diagnóstico e Controle da Tuberculose

Executante: Todos os profissionais de saúde

Resultados esperados: A coleta de escarro tem por objetivo obter secreção das vias aéreas para realização da pesquisa de BAAR (bacilos álcool-ácido-resistentes), TRM (teste rápido molecular) e cultura para BK (bacilo de Koch).

Materiais necessários

- Pote descartável de plástico transparente com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, de boca larga e com tampa rosqueável de 50 mm de diâmetro.
- Caneta de retroprojetor (marcador permanente)
- Papel toalha ou guardanapos (para higienização do paciente durante a coleta).
- Saco plástico
- Fonte de água potável e copo
- Respirador PFF-2 (máscara)
- Local para coleta* - (local ventilado, com privacidade e se possível com uma cadeira para o usuário)
- Pia com água corrente e sabão

Principais atividades:

- Lavar as mãos previamente a preparação do pote;
- Registrar o nome do usuário e data da coleta no corpo do pote com etiqueta adesiva ou caneta permanente, evitando cobrir a marcação de volume;
- Reforçar a marca de 10 ml com a caneta permanente para facilitar a visualização;

- Orientar o paciente a retirar próteses orais, lavar bem a boca e as mãos no banheiro;
- Encaminhar-se juntamente com o paciente ao local previamente definido para coleta;
- Entregar o pote ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha bem e se já está devidamente identificado (nome do paciente e a data da coleta no corpo do pote);
- Explicar que o escarro é a secreção que vem dos pulmões, após a tosse, portanto, é imprescindível a colaboração do paciente para tossir e estimular a ingesta de água durante a coleta. Neste momento, deve-se informar ao paciente a importância de se coletar 10 ml, reforçando que a espuma não é levada em consideração para atingir esse volume.
- Orientar o usuário a inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse.
- Repetir esta operação até obter três eliminações de escarro, evitando que ele escorra pela parede externa do pote e sem encostar os lábios, queixo ou bochechas em nenhuma área do pote ou da sua tampa ao expectorar dentro do pote. Caso o paciente não consiga expectorar 10 ml, o profissional de saúde deverá estimular o paciente a expectorar pelo menos 5 ml;
- Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;
- Orientar o paciente a lavar as mãos após o procedimento e fornecer a toalha de papel ou guardanapo para limpeza do rosto e das mãos;
- Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, esta poderá ser conservada A amostra poderá ser mantida sem refrigeração afastada do sol por até 12 horas e na geladeira por até 5 dias.

Cuidados:

As unidades de saúde deverão identificar e comunicar a equipe um local arejado e de preferência, com incidência de luz solar, para realização da coleta do material, evitando a perda de oportunidades

Para a coleta do dia seguinte:

Entregar o pote ao paciente, verificando se a tampa do pote fecha adequadamente e se já está devidamente identificado (nome do paciente e a data da coleta no corpo do pote)

Reforçar com o usuário a importância de:

- Retirar próteses da boca, lavar a boca com água sem usar pasta de dentes e lavar as mãos;
- Escolher um local ao ar livre para coleta da amostra ou um ambiente ventilado no qual o paciente possa permanecer sozinho;
- Inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse;
- Colher 10 ml;
- Tampar o pote e colocá-lo em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição;
- Guardar o pote em geladeira até o seu transporte para o laboratório.
- Material com volume inferior a 2 ml, aspecto fortemente hemorrágico, salivar ou visivelmente contaminado não deve ser encaminhado ao laboratório.

Referências Bibliográficas

J Infect Control 2014;3(1):01-30.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Atividade: Coleta de Raspado Intradérmico para investigação de hanseníase

Executante: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos

Resultados esperados: obter tecido intradérmico de área de lóbulo de orelha, cotovelo o lesão de pele para baciloscopia de hanseníase

INSTITUTO GNOSIS

Materiais necessários:

- Solicitação de exame para agravos gerais conforme GAL – Vide Instrutivo do Gerenciador de Ambiente laboratorial (GAL) na plataforma SUBPAV;
- Ficha de cadastro de exame na plataforma GAL;
- Lâmina de vidro para microscopia, nova, limpa e desengordurada, com ponta fosca 26 x 76mm;
- Isqueiro;
- Álcool a 70%;
- Gaze estéril;
- Campo estéril;
- Lápis preto HB número 2;
- Cabo de bisturi nº 3 e lâmina de bisturi nº 15 ou bisturi descartável;
- Porta-lâminas de plástico para o transporte da amostra;
- Esparadrapo;
- Algodão;
- Curativo tipo bandagem antissèptica;
- Luvas de procedimento;
- Máscara;
- Óculos de proteção de acrílico;
- Pinça de Kelly curva ou reta para fazer isquemia no local da incisão;
- Recipiente para descarte do material utilizado.

Principais atividades:

- Acomodar o paciente confortavelmente – de preferência em uma cadeira de escritório com rodinhas;
- Explicar o procedimento que será realizado. No caso de criança explicar também para a pessoa responsável;
- Observar indicações dos sítios de coleta na solicitação de exame;
- Com o auxílio do lápis preto, identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, a data de nascimento e o número do cartão nacional de saúde – vide instrutivo de GAL na plataforma SUBPAV.
- Identificar também o frasco porta lâminas com nome completo do paciente, data de nascimento e número do cartão nacional de saúde;

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000117

INSTITUTO GNOSIS

- Realizar a rinsagem da lâmina de vidro com gaze e álcool a 70%, para que seja desengordurada. Aguarde secar naturalmente;
- Manusear a lâmina pelas bordas evitando colocar os dedos no local onde a amostra será distribuida;
- Dispor o material no campo estéril – pinça, lâmina de bisturi com cabo, gaze estéril embebida em álcool a 70%;
- Deixar na borda da mesa algumas tiras de esparadrapo com pequenos chumaços de algodão para os curativos iniciais dos sítios de coleta;
- No momento de cada coleta fazer antissepsia com álcool a 70% nos sítios indicados na solicitação de exame;
- Com o auxílio da pinça Kelly, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça;
- Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material;
- Se fluir sangue no momento do procedimento (o que não deverá acontecer se a compressão da pele estiver adequada) enxugar com gaze;
- Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme. O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca), e o segundo próximo ao primeiro observando uma distância, de pelo menos 0,5cm entre cada amostra e assim sucessivamente. Os esfregaços devem estar no mesmo lado da parte fosca da lâmina;
- Entre um sítio e outro de coleta, limpar a lâmina do bisturi e a pinça utilizada com gaze embebido em álcool a 70%, para que não ocorra a contaminação entre eles;
- Fazer curativo compressivo com tiras finas de esparadrapo e algodão;

- Após a coleta e distribuição dos 4 esfregaços, deixar a lâmina secar em local seguro por 10 minutos e logo após aplicar calor na face oposta a que recebeu os esfregaços para que ocorra a fixação dos mesmos;
- Colocar a lâmina no frasco porta- lâminas e encaminhar ao laboratório local idealmente em 24 horas.

Cuidados:

- O raspado deve ser coletado de todos os pacientes na ocasião do diagnóstico de hanseníase, a despeito da classificação operacional e forma clínica;
- Deve ser coletado de todos os pacientes multibacilares na ocasião da alta por cura;
- A coleta de raspado dos pacientes paucibacilares na ocasião da alta por cura é facultativa;
- Não é recomendada a coleta de raspado durante o tratamento, a despeito da classificação operacional e forma clínica;
- Higienize as mãos antes e depois de qualquer procedimento com o paciente;
- Use os equipamentos de proteção individual – luvas e óculos;
- A lâmina de bisturi deve ser a número 15 por permitir acesso mais preciso ao tecido desejado;
- O padrão de coleta é lóbulo direito, lóbulo esquerdo, cotovelo direito e lesão. Caso a coleta seja diferente desse padrão, sinalize na própria ficha de cadastro de exame na plataforma GAL, no campo observações;
- Não é permitido o uso de porta lâminas de papelão;
- A aplicação de calor na lâmina deve ocorrer de forma rápida e delicada – a lâmina deve tocar a chama do isqueiro, mas nunca achatá-la. Passar a lâmina pela chama por 3 vezes;
- Nunca liberar o paciente se estiver sangrando;
- Não é necessário realizar trocas de curativo em casa.

ATENÇÃO:

Baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico da hanseníase

Baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independente do número de lesões presentes ou troncos nervosos afetados

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

LASTÓRIA e ABREU. Leprosy: a review of laboratory and therapeutic aspects. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2014 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142460

POP GAL Hanseníse. Plataforma SUBPAV. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/cron_trans.php#trans3. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

Atividade: Realização do teste tuberculínico – PPD

Executante: Enfermeiros

Resultados esperados: Realização adequada do teste tuberculínico (TT). Este consiste na aplicação por via intradérmica (ID) da tuberculina (PPD-RT23) com posterior leitura da enduração provocada pela solução. Está indicado para:

- controle de contatos de tuberculose;
- investigação de infecção latente no adulto;
- investigação de infecção latente e de tuberculose (TB) doença em crianças
- avaliação anual de profissionais de saúde.

Materiais necessários

- Seringas descartáveis tipo tuberculínica (1 ml), com graduação em milímetros; ou similares;
- Agulha 13 x 3,8 mm; ou similares;
- Caixa térmica;
- Gelo reciclável;
- Termômetro para o controle da temperatura;

- Caixa coletora para materiais perfurocortantes;
- Frascos de PPD-RT23 2UT;
- Toalha de papel e recipiente com algodão;
- Saco de lixo;
- Algodão hidrófilo;
- Óculos protetores e luvas de procedimento;
- Fichas de prova tuberculínica para anotação do resultado;
- Régua milimetrada de plástico flexível específica e transparente com 10 cm de comprimento e com escala de cor negra;
- Formulário para registro das respostas da PT;
- Livro de registro para o controle na unidade de saúde.

Principais atividades:

- Orientar o usuário: Explique ao paciente os objetivos do TT, o que é o procedimento e que no período de 48 a 96 horas (idealmente 72 horas) após a administração da tuberculina, este deverá retornar ao serviço de saúde para que seja efetuada a leitura.

- Aplicação:

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas e colocar os óculos;
- Retirar da caixa térmica o frasco de tuberculina. Verificar no frasco de tuberculina o prazo de validade e o aspecto do produto;
- Aspirar 0,1 ml de PPD RT-23, somente no momento da aplicação. Caso seja aspirada maior quantidade de líquido, não retornar o excesso ao frasco e sim, desprezar o excesso sobre o pedaço de algodão disposto na mesa para essa finalidade;
- Não é necessário realizar antissepsia com álcool no local de aplicação antes do procedimento. Se houver sujidade aparente no local de aplicação, deve-se lavar com água e sabão.
- Selecionar o local de aplicação na face anterior do antebraço esquerdo;
- Segurar com firmeza o antebraço esquerdo do paciente, utilizando os dedos médio e indicador da mão direita para distender a pele com o polegar;

INSTITUTO GNOSIS

- Posicionar a seringa entre os dedos indicador e médio, mantendo o polegar sobre o indicador ou a aba da seringa, que deve ficar paralela à pele, evitando que o bisel saia da sua posição;
- Deslizar a seringa paralelamente à pele e introduzir o bisel;
- Introduzir o bisel voltado para cima, de forma visível ao aplicador, observando que a seringa fique paralela à pele, evitando que o bisel saia da sua posição;
- Pressionar o êmbolo com o polegar, injetando 0,1 ml de PPD RT-23 lentamente, e manter a pele distendida, certificando-se de que houve formação de pápula;
- Desprezar imediatamente a seringa e a agulha na caixa de perfurocortante;
- Registre todas as informações necessárias e marque a data e o horário para retorno (para leitura e interpretação) na sua agenda e em um cartão para o paciente.

-Leitura:

- Inspecione visualmente o local de inoculação sobre uma superfície firme e bem iluminada, verificando a presença de reações cutâneas;
- Somente a enduração, que é uma formação tensa, densa e elevada, deve ser medida, mesmo que haja leve edema ou eritema local, esta nem sempre está presente e/ou visível e somente pode ser determinada pela palpação;
- Com movimentos leves, deslize a ponta dos seus dedos sobre o local de inoculação no antebraço, nas quatro direções para localizar as margens e limites da enduração;
- O diâmetro da enduração é mensurado transversalmente ao antebraço a partir da porção externa (lado do polegar) para a porção mais interna do antebraço (lado do dedo mínimo);
- Meça o diâmetro da enduração usando uma régua de plástico transparente flexível com escala em milímetros;
- Coloque o zero da régua sobre o limite marginal à esquerda da enduração e leia a medida sobre o limite à direita da enduração;
- É considerado como infectado pelo bacilo da tuberculose o paciente que tiver;enduração ≥ 5 mm;

- Resultados < 5mm, considera-se como não reator;
- No caso de diagnóstico da ILTB o profissional no serviço de saúde, deve encaminhar o paciente ao médico para que seja afastado o diagnóstico de TB ativa e avaliada a indicação do tratamento da ILTB.

Cuidados:

- Explique que prurido, leve edema e irritação talvez ocorram e que são reações normais que não requerem qualquer tratamento;
- Diga ao paciente para evitar coçar o local, manter o local limpo e não aplicar cremes, loções ou curativos sobre a pápula;
- A tuberculina deve ser conservada em temperatura entre 2 °C e 8 °C na geladeira.

Referências Bibliográficas

Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Atividade: Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho)

Executante: Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos da Triagem Neonatal Biológica

Materiais necessários:

Cartão papel filtro; lanceta estéril específica para o teste; formulário (comprovante de coleta); luvas de procedimento; álcool a 70%; gaze ou algodão; envelope para encaminhamento do teste; suporte para secagem das amostras; local para descarte de material perfuro cortante.

Principais atividades:

- Recepcionar a família, orientando-a sobre: como é realizado o teste e sua finalidade; possível necessidade de novas coletas; como acessar o resultado e o tempo estimado para liberação;

- Preencher todos os campos do cartão filtro de forma correta com letra de forma;
- Preservar o campo de preenchimento da amostra (filtro);
- Preencher os instrumentos de registros da Unidade de Saúde, checando todas as informações com a família;
- Lavar as mãos com água e sabão antes e após procedimento, ou higienizar com álcool 70%;
- Solicitar à mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Segure no pé e tornozelo da criança envolvendo com o dedo indicador e polegar todo o calcanhar, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação;
- Massagear o calcanhar do bebê suavemente;
- Identificar a área para punção, devendo ser uma das laterais da região plantar do calcanhar;
- Fazer antissepsia no local, com algodão e álcool a 70%;
- Secar o excesso de álcool;
- Puncionar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele);
- Aguardar a formação de grande gota de sangue e desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca;
- Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares até total preenchimento;
- Repetir o procedimento até preencher todos os círculos;
- Verificar imediatamente a qualidade da amostra coletada, observando a impregnação do papel filtro no verso do cartão (preenchimento completo da área de coleta);
- Ao término da coleta, deitar a criança no colo da mãe ou na maca e comprimir o local com algodão ou gaze. Evite o uso esparadrapo e micropore;
- Desprezar a lanceta no lixo específico para material perfuro cortante;
- Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas;
- Registrar o procedimento no prontuário.

INSTITUTO GNOSIS

Observações:

- Não realizar coleta em salas frias e/ ou com ar condicionado;
- Não há necessidade de jejum da criança;
- Iniciar a coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente;
- Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração, pois facilita o fluxo;
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso (conforme figura 1);
- Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro;
- Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame.

Figura 1: Local exclusivo de punção

Cuidados:

- Manter a sala em ordem;
- Secagem das amostras: não empilhar as amostras ainda frescas, separar os filtros no suporte de forma alternada para que não haja contaminação na secagem, secar completamente em temperatura ambiente, não expor a altas temperaturas e não secar com ventilação forçada;
- Após secas, as amostras podem ser empilhadas para armazenamento. Abrigá-las longe de luz, vento, umidade, calor excessivo e ar condicionado;
- As amostras não devem ficar retidas por mais do que dois dias na unidade de coleta e, no caso de final de semana e coletas realizadas em lugares distantes a preservação em refrigerador é recomendada (não utilizar a mesma geladeira de imunobiológicos).

Fluxo para envio do material coletado:

- As unidades de coleta deverão registrar em um instrumento de controle (livro, planilha) as seguintes informações: número do papel filtro, nome da criança, data de nascimento, nome da mãe, telefone, endereço completo contendo CEP, data da coleta, data de envio da amostra pelo correio ou portador e data da emissão do laudo;
- As amostras, após o processo de secagem, devem ser acondicionadas no envelope padrão para o envio ao serviço de referência de triagem neonatal pelo correio ou portador.
- O envio das amostras deverá ocorrer o mais breve possível, otimizando assim os resultados em tempo oportuno. Não há número mínimo por envelope e não é necessário acumular amostras para o envio.

Ações em caso de não conformidade:

- Caso não tenha sido preenchido adequadamente todo o círculo com o sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota evitando superposição de camadas de sangue o que interfere nos resultados;
- Caso necessário repetir o procedimento de punção, este deverá ser próximo da primeira, mas não no mesmo local. Utilizar nova lanceta.
- Em casos de amostras rejeitadas por inconformidade pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), será solicitada a realização de nova coleta, a ser realizada na própria unidade de saúde. Utilizar o cartão filtro com o formulário vermelho.
- Em casos de amostras alteradas, o SRTN solicitará a reconvocação para uma nova coleta que deverá ser realizada no serviço de referência em Triagem Neonatal.

Referências Bibliográficas

APAE. Apostila de Capacitação de Triagem Neonatal, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Triagem Neonatal Biológica. Manual Técnico, 2016.

Secretaria de Saúde do Estado Rio de Janeiro. Guia Norteador da Subsecretaria de Atenção à Saúde. Serviço de Referência para Triagem Neonatal – prestador APAE-

INSTITUTO GNOSIS

Distribuição de material de coleta, fluxo de envio da amostra, busca ativa e monitoramento da triagem neonatal nos Municípios. Rio de Janeiro, 2018.

Atividade: Realização de Testes Rápidos

Executante: Dentista, Médico, Enfermeiro e técnico de enfermagem

Resultados esperados: Realizar coleta de material para coleta e interpretação adequadas do resultado de teste rápido para detecção de HIV, Sífilis e hepatites virais B e C.

Materiais necessários:

- Kit dos testes rápidos a serem utilizados (teste regular e confirmatório, se teste de HIV);
- Instrução de uso dos kits;
- Equipamento para marcar o tempo (cronômetro ou relógio);
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Recipiente para descarte do material biológico e perfuro-cortante
- EPI
- Luva de procedimentos
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Jaleco
- Máscara e touca (EPIs opcionais conforme prática de cada área)

Principais atividades:

- Acolher o paciente com os pedidos de exame (caso não seja realizado pelo mesmo profissional solicitante);
- Realizar Aconselhamento Pré-Teste por profissional de nível superior;
- Verificar: se os pedidos de exame foram feitos na unidade, se estão devidamente carimbados e assinados pelo profissional, nome correto do paciente, dados do paciente (data de nascimento, CPF e/ou DNV, nome da mãe, etc);
- Verificar condições de armazenamento e validade do teste a ser utilizado;

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.589 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000127

- Preencher o controle de Atendimento;
- Explicar os procedimentos a serem realizados no exame ao paciente e a família;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Retirar o dispositivo de teste e colocá-lo numa superfície plana, livre de vibração, limpa e forrada por uma folha de papel absorvente descartável;
- Identificar o dispositivo de teste com as informações pertinentes ao paciente (iniciais).
- Higienizar o dedo selecionado para punção com álcool 70%;
- Puncionar com uma lanceta retrátil;
- Seguir orientações específicas de coleta de amostra e como utilizar os reagentes de cada tipo de teste de acordo com fabricante.
- Realizar a leitura do teste (profissional executor) e encaminhar para laudo por profissional autorizado para tal;
- Interpretar resultados:

1. A amostra é considerada reagente quando surge uma linha colorida na área de controle (C) e uma linha colorida na área de teste (T);
2. Quando o resultado for não reagente, aparecerá somente uma linha colorida na área de controle (C);
3. Se a linha de controle (C) não aparecer dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado, o teste não será considerado válido. Neste caso, outro dispositivo deverá ser utilizado para a realização do teste;

- Disponibilizar resultado ao usuário utilizando laudo próprio para cada TR (disponível na Plataforma SUBPAV);
- Realizar aconselhamento pós-teste (por profissional solicitante);
- Guardar materiais de uso comum;
- Descartar os materiais de uso único, atentando para o descarte correto de perfuro-cortantes;
- Preencher os documentos/ estatísticas utilizadas pela Unidade para registro dos testes realizados e posteriormente, registrar as informações no Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (Sisloglab);

- Organizar o setor e repor materiais necessários;
- Registrar o procedimento e seus resultados em prontuário eletrônico.

Cuidados:

- Caso o teste apresente resultado inválido, recomenda-se repetir o teste; persistindo resultado inválido, não utilizar mais testes do mesmo lote. Se o problema persistir, não utilize nenhum teste desta embalagem. Guarde o kit utilizado, pois o mesmo poderá ser necessário para análise. Abra um chamado imediatamente no Serviço de Assessoria ao Cliente do Laboratório (SAC) e informe a Gerência da Área Técnica de Hepatites Virais ou IST/AIDS do Município do Rio de Janeiro (21 3971-3035) e a Área de Laboratório (LAB) do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (DIAHV).
- Em caso de resultado positivo no primeiro teste de HIV, realizar sequencialmente o teste confirmatório que deve ser necessariamente de uma marca diferente do primeiro teste;
- Caso o resultado final para HIV seja reagente, solicitar coleta de Carga Viral e CD4+;
- Se gestante com resultado reagente para HIV, encaminhar via SISREG para Consulta em Infectologia – HIV/AIDS Gestante;
- Se gestante com resultado reagente para Hepatites Virais referenciar prontamente, sem exame adicional, via SISREG, para Grupo Atendimento Hepatites Virais – Consulta em hepatologia – Gestantes com Hepatites Virais;
- Orientar quanto ao período de janela imunológica para alguns testes e solicitar repetição em tempo oportuno, se necessário;
- Diante de um resultado não reagente, havendo suspeita de infecção, repetir o teste em 30 dias.

Notas:

Para informações mais detalhadas consultar:

- Protocolo Operacional Padrão - Teste Rápido Hepatite B (HBsAg). Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/HEPATITES/pop_tr_hepatite_b_2018.pdf.

- Procedimento Operacional Padrão – Teste Rápido Hepatite C (Anti-HCV). Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/HEPATITES/pop_tr_hepatite_c_2018.pdf.

- Procedimento Operacional Padrão – Teste Rápido Sífilis. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/INFEC_SEXUALMENTE/pop_-_teste_rapido_sifilis_-_2018.pdf.

- Procedimento Operacional Padrão - Teste Rápido HIV (Anti-HIV). Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/INFEC_SEXUALMENTE/pop_-_teste_rapido_hiv_-_2018.pdf.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico de Hepatites Virais. Brasília, MS; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília, MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para diagnóstico da Sífilis. Brasília, MS; 2016.

BRASIL. Telelab. Diagnóstico do HIV – Aula 7. Disponível em: http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/2

BRASIL. Telelab. Diagnóstico do HIV – Aula 9 Disponível em; http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/2

BRASIL. Telelab. Diagnóstico do HIV – Aula 10. Disponível em: http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/2

BRASIL. Telelab. Hepatites – Manual Aula 3. Disponível em: http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/9

INSTITUTO GNOSIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico de Hepatites Virais. Brasília, MS; 2018.

BRASIL. Telelab. Sífilis - Manual Aula 8. Disponível em: http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/4;

BRASIL. Telelab. Sífilis - Manual Aula 9 Disponível em: http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/joomdle/course/4.

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES-LABORATÓRIO

Atividade: Acondicionamento das amostras biológicas após a coleta

Executante: Enfermeiros, Auxiliar /Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Laboratório.

Resultados esperados:

Acondicionamento adequado do material biológico nas UBS em conformidade com as normas de segurança biológica. Garantia de estabilidade das amostras biológicas para obtenção de resultados confiáveis.

Materiais necessários:

- Bloco de tramite
- Mapas impressos padronizados para registros das amostras enviadas
- Materiais administrativos cabíveis.
- Relatório de envio de material
- Saco plástico c/ fita inviolável para transporte

Principais atividades:

Toda amostra biológica deve ser encaminhada ao laboratório acompanhada da requisição de exames complementares devidamente preenchida.

No transporte de amostras biológicas deve-se observar o que segue:

INSTITUTO GNOSIS

- A temperatura adequada ao transportar cada tipo de amostra. Quando for necessária refrigeração, as amostras devem ser acondicionadas juntamente com gelo reciclável. Se necessárias temperaturas inferiores, utilizar gelo seco.
- As amostras devem ser encaminhadas dentro de sacos plásticos

- As amostras devem ser acondicionadas em caixas térmicas impermeáveis e higienizáveis que garantam a estabilidade das mesmas até a chegada ao laboratório.
- A caixa térmica deve portar a identificação de "Infectante" ou "Risco Biológico".
- Não colocar as amostras soltas dentro da caixa térmica. Utilizar frasco com parede rígida para acondicionamento.

O acondicionamento dos materiais biológicos para envio deve ser separado em grupos específicos e de acordo com as orientações de temperatura ideal:

- Acondicionar as amostras de sangue, mantendo-se a temperatura ambiente preconizada de 15°C a 30°C.
- Acondicionar as amostras de urina e fezes, mantendo se a temperatura refrigerada preconizada de 2°C a 8°C.
- Acondicionar as amostras de preventivo em temperatura ambiente.
- Acondicionar hemocultura, swab e biópsia em temperatura ambiente.
- Acondicionar as amostras de líquidos nobres, mantendo-se a temperatura refrigerada preconizada de 2°C a 8°C.
- Outras amostras, acondicionar de acordo com orientações do laboratório prestador do serviço e norma RDC nº 20/2014 – ANVISA.

Cuidados:

- O motorista deve retirar o trâmite e o relatório de envio de amostra da unidade devidamente preenchido e assinado pelo responsável da coleta.
- É obrigatório o preenchimento completo do trâmite com data e horário da chegada na unidade.
- O relatório de envio é um documento que garante a unidade um controle de todos os materiais enviados.

A qualidade dos resultados dos exames laboratoriais está intimamente relacionada à fase pré-analítica, que se inicia desde o preenchimento correto da requisição, preparação do paciente, coleta e identificação da amostra, armazenamento temporário da amostra no local de coleta, transporte ao laboratório, até o recebimento e cadastramento das amostras na sede laboratorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Medicina Laboratorial. Fatores Pré-analíticos e interferentes em ensaios laboratoriais – 1. ed. Barueri, SP : Minha Editora, 2018.

Atividade: Coleta de Sangue Venoso

Executante: Enfermeiros, Auxiliar /Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Laboratório.

Resultados esperados: Obtenção material biológico (sangue) para análises bioquímica, hormonal, hematológica; Auxílio ao diagnóstico e à conduta terapêutica;

Materiais necessários

- Adaptador
- Agulha para coleta a vácuo,
- Agulhas descartáveis
- Álcool a 70%
- Algodão hidrófilo
- Caderno de Registro de Coleta
- Coletor de artigos descartáveis,
- Curativo estéril,
- Etiquetas de código de barras
- Garrote
- Luva de procedimento
- Máscara cirúrgica descartável
- Óculos de proteção
- Protocolo de retirada de resultados de exames
- Seringa descartável s/ agulha
- Tubos para coleta de sangue

Principais atividades

1) PREPARO E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO PARA COLETA DE SANGUE VENOSO

- O usuário deverá ser informado sobre o horário de coleta na Unidade.
- O profissional prescritor deverá orientar o usuário quanto à necessidade de jejum, dieta, falta de atividade física e uso de medicamentos.
- O usuário deverá ser informado que poderá acessar seus resultados de exame via internet, e busca-los na UBS.

2) SALA DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

- Manter o local da coleta sempre organizado e limpo.
- Os insumos para coleta deverão estar organizados e de fácil acesso para utilização.

- Utilizar calça comprida, jaleco e sapato fechado, atendendo às Normas de Biossegurança.
- Utilizar EPI durante todo o processo de coleta.
- Preencher o Caderno de Registro de Coleta e Bloco de Envio de Amostras. Na falta destes instrumentos de registro fornecidos pelo laboratório, utilizar instrumentos próprios da Unidade. Todas as coletas, bem como seu envio ao laboratório, devem estar documentadas na Unidade.
- Ter uma cópia, na sala de coleta, da Relação de Exames contemplados no Projeto Básico da SMS/RJ.
- Ter uma cópia, na sala de coleta, deste POP.

2.2) Procedimento de Coleta

2.2.1 PACIENTE

- Atender o usuário de forma cordial.
- Solicitar ao usuário documento de identificação com foto, CPF ou DNV e a Requisição de Exame.
- Conferir se TODOS os campos da Requisição estão preenchidos.
- Conferir o nome do usuário e CPF com a Requisição de Exames, identificando o rosto do usuário conforme a foto do documento.
- Na ausência do CPF, conferir se há justificativa no verso da requisição, devidamente assinada e carimbada pelo Diretor/Gerente ou RT Médico/Enfermeiro da Unidade.
- Confirmar se o usuário realizou o preparo antes da coleta, por exemplo, jejum.
- O profissional da Sala de Coleta é responsável por todo esse processo.

2.2.2 PRÉ-COLETA DAS AMOSTRAS

- Separar todo material que será utilizado para realização da coleta, conforme Requisição de Exames Complementares, de acordo com o tipo de tubo e volume necessário.
- Identificar os tubos com as etiquetas com código de barras do laboratório contratado. Caso o número de etiquetas com código de barras seja insuficiente para o número de tubos necessários para coleta, deverá ser utilizada uma etiqueta branca contendo o número da RA (Registro de Atendimento - etiqueta com código de barras do laboratório terceirizado) com o nome do usuário.
- Colar a etiqueta "CONTROLE" na requisição de exames.
- Colar a etiqueta "SENHA" no protocolo de retirada de resultados de exames, que deverá ser entregue ao usuário.
- No Caderno de Registro de Coleta deverá ser anotada ou colada a etiqueta (no caso de estar sobrando), preenchendo-se todos os campos.
- No Bloco de Controle de Envio de Amostras deverão constar o tipo e a quantidade de todas as amostras que estão sendo enviadas ao laboratório. Ao final da folha, deverá constar o nome legível de quem realizou a conferência e o horário de saída do material. O original seguirá com a rotina e a folha carbonada deverá ficar na Unidade para controle.
- O profissional da Sala de Coleta é responsável por todo esse processo.

2.2.3 COLETA DE EXAMES

- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento.
- Posicionar adequadamente o usuário para o procedimento, instruindo-o para que estenda o braço, e que este permaneça reto, ao nível do cotovelo.
- Higienizar as mãos.
- Colocar o garrote acima da veia a ser puncionada, para produzir congestão venosa.
- Inspecionar o local para visualizar a veia, incluindo o braço, a área anticubital, o antebraço, o punho, o dorso da mão.
- Palpar a veia.

- Colocar equipamentos de proteção individual: máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimentos.
- Conectar a agulha na seringa ou no adaptador, sem retirar a capa protetora.
- Não toque na parte interior da agulha.
- Movimente o êmbolo e pressione-o para retirar o ar (seringa); No caso de tubo a vácuo, acoplar ao adaptador.
- Fazer antissepsia da área a ser puncionada seguindo o mesmo sentido, utilizando gaze ou algodão com álcool a 70%. Aguardar a secagem e repetir três vezes. Não tocar mais no local que foi realizado a antissepsia.
- Retirar a capa da agulha e puncionar a veia de melhor acesso, com bisel da agulha voltado para cima.
- Coletar o sangue, observando o volume necessário para o exame solicitado.
- Preencher o tubo até o volume total informado pelo fabricante.
- Retirar o garrote antes de remover a agulha do local de punção para evitar hematoma.
- Comprimir o local com gaze seca ou algodão seco.

- Homogeneizar delicadamente o sangue no tubo coletor.

Todos os tubos de coleta de sangue deverão ser homogeneizados por inversão 5 a 8 vezes, conforme ilustração. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo à posição inicial, conforme exemplificado nesta imagem.

- Desprezar o adaptador com a agulha ou a seringa com agulha não encapada no coletor para perfuro-cortante.
- Caso não tenha o coletor próximo, colocar a seringa com agulha não encapada na bandeja ou cuba rim e desprezar quando chegar próximo ao coletor perfuro-cortante.
- Fazer curativo compressivo com gaze e esparadrapo no local da punção, se necessário;
- Retirar as luvas de procedimento e despreza-las em lixeira de resíduo biológico.
- Higienizar as mãos.
- Manter a organização da unidade.

2.2.4 CONFERÊNCIA DAS AMOSTRAS COLHIDAS

- Para rastreabilidade das amostras: no Caderno de Registro de Coleta deverá ser relacionado o nome de todos os usuários atendidos, número de RA, número do CPF e exames solicitados para cada usuário.
- Ao final do atendimento da coleta deve-se verificar se as amostras estão devidamente identificadas, conferir os pedidos com os tubos, conferir novamente se a requisição está totalmente preenchida.

- O profissional da Sala de Coleta é responsável por todo esse processo, cabendo ao Diretor/Gerente à garantia da conformidade do fluxo.

Cuidados

Observação 1: A quantidade e tipos de tubos a serem utilizados na coleta deverão estar de acordo com a tabela a seguir:

Tubo Azul • PROTEÍNA S COAGULAÇÃO (CENTRIFUGAR, ALIQUOTAR E CONGELAR).

- FATOR V LEIDEN (CENTRIFUGAR, ALIQUOTAR E CONGELAR).
- TTPA
- PAINEL ANTI LÚPICO (CENTRIFUGAR, ALIQUOTAR E CONGELAR)
- FIBRINOGÊNIO
- D DÍMERO
- TAP

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo a cada 20 exames. •

ÁCIDO FÓLICO

- ÁCIDO ÚRICO
- ALBUMINA
- ALDOLASE
- ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA
- AMILASE
- ANTI - MICROSSOMAL
- ANTI - TIREOGLOBULINA
- ANTI - TPO
- ASO
- BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES
- C3
- C4
- CA 15.3
- CA 19.9

INSTITUTO GNOSIS

- CA125
- CÁLCIO
- CÁLCIO IÔNICO
- CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO
- CEA
- CITOMEGALOVÍRUS
- CLORO
- COLESTEROL TOTAL / HDL / LDL
- CORTISOL
- CPK / CK- MB
- CREATININA
- ELETROFORESE DE PROTEÍNAS
- ESTRADIOL
- FATOR REUMATÓIDE / W.ROSE
- FERRITINA
  - FERRO
- FOSFATASE ÁCIDA
- FOSFATASE ALCALINA
- FÓSFORO
- FSH
- GAMA GT
- HEPATITES
- IGA/ IGE /IGM
- INSULINA
- LDH
- LH
- LIPASE
- LÍTIO
- MAGNÉSIO
- POTÁSSIO
- PROGESTERONA
- PROLACTINA

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000140

INSTITUTO GNOSIS

- PROTEÍNA C REATIVA
- PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES
- PSA TOTAL E LIVRE
- PTH
- SDHEA
- SÓDIO
- T3 E T3 LIVRE
- T4 E T4 LIVRE
- TESTOSTERONA
- TGO
- TGP
- TOXOPLASMOSE
- TRANSFERRINA
- TRIGLICERÍDEOS
- TSH
- URÉIA
- VDRL
- VITAMINA B12
- VITAMINA D25OH

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- IGE ESPECÍFICA PARA ALERGENOS

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- HIV

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- BHCG

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- ANDROSTENEDIONA
- HGH
- ESTRIOL

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.869 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000141

INSTITUTO GNOSIS

- SOMATOMEDINA

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- TIREOGLOBULINA

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- ANTI - RNP
- DENGUE
- HERPES
- ANTI - LA
- FAN

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo. • ALDOSTERONA

- ESTRONA
- DHEA
- DHT
- 17 OH PROGESTERONA

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo amarelo.

- COOMBS INDIRETO (TIA)

Para o exame desta linha, coletar 1 tubo cinza.

- GLICOSE

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo roxo.

- GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo roxo.

- HEMOGLOBINA GLICADA

Para os exames desta linha, coletar 1 tubo roxo.

- CONTAGEM DE RETICULÓCITOS

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.599 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá - RJ - Cep: 24900-000

000142

INSTITUTO GNOSIS

- HEMOGRAMA COMPLETO
- TESTE DE AFOIÇAMENTO
- HEMATÓCRITO
- PLAQUETAS
- ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA
- HEMOGLOBINA
- VHS
- COOMBS DIRETO (TAD)

Para o exame desta linha, coletar 1 tubo de metais com traços de EDTA.

- CHUMBO

Para o exame desta linha, coletar 1 tubo de metais com tarja vermelha.

- ALUMINIO
- ZINCO
- COBRE

Observação 2: Cada tubo contém aditivos diferentes que podem interferir no material biológico colhido, por isso, deve ser obedecida uma ordem de coleta pela cor da tampa de vedação do tubo.

Tubo Citrato
Tubo Metais com Ativador de Coágulo
Tubo Ativador de coágulo sem gel
Tubo Soro gel Sepador
Tubo Soro Gel Âmbar
Tubo Metais com aditivo
Tubo com Heparina
Tubo EDTA
Tubo PPT (EDTA com gel separador)
Tubo de Fluoreto

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000143

Observação 3: Todos os tubos devem ser preenchidos até a marca indicada pelo fabricante, independentemente da quantidade de exame solicitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso – 2. ed. Barueri, SP : Minha Editora, 2010.

Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Medicina Laboratorial. Fatores Pré-analíticos e interferentes em ensaios laboratoriais – 1. ed. Barueri, SP : Minha Editora, 2018.

Atividade: Coleta de urina para EAS e urocultura

Executante: Enfermeiros, Auxiliar /Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Laboratório.

Resultados esperados:

Análise qualitativa, quantitativa de elementos anormais (físicos e químicos) e do sedimento urinário para auxílio diagnóstico e detecção de doença metabólica ou sistêmica relacionada ou não a desordens renais.

Materiais necessários

- Etiquetas de código de barras
- Kit urina para EAS e cultura
- Luva de procedimento
- Mapas impressos padronizados para registros das amostras enviadas
- Materiais administrativos cabíveis.
- Protocolo de retirada de resultados de exames
- Relatório de envio de material
- Saco plástico c/ fita inviolável para transporte

Principais atividades

- PREPARO E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO PARA COLETA DE URINA

INSTITUTO GNOSIS

- O usuário deverá ser informado sobre o horário de coleta na Unidade.
- O profissional prescritor deverá orientar o usuário quanto o local de retirada do Kit urina para EAS e/ou cultura.
- Orientar o usuário a realizar previamente a higiene íntima com água e sabão e coletar, preferencialmente, a primeira urina da manhã ou após retenção urinária mínima de 2 horas.

- SALA DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS
- Atender o usuário de forma cordial.
- Solicitar ao usuário documento de identificação com foto, CPF ou DNV e a Requisição de Exame.
- Conferir se TODOS os campos da Requisição estão preenchidos.
- Conferir o nome do usuário e CPF com a Requisição de Exames, identificando o rosto do usuário conforme a foto do documento.
- Na ausência do CPF, conferir se há justificativa no verso da requisição, devidamente assinada e carimbada pelo Diretor/Gerente ou RT Médico/Enfermeiro da Unidade.
- Utilizar EPI durante todo o processo de recebimento/encaminhamento da amostra biológica.
- Preencher o Caderno de Registro de Coleta e Bloco de Envio de Amostras. Na falta destes instrumentos de registro fornecidos pelo laboratório, utilizar instrumentos próprios da Unidade. Todas as coletas, bem como seu envio ao laboratório, devem estar documentadas na Unidade.
- Ter uma cópia, na sala de coleta, da Relação de Exames contemplados no Projeto Básico.
- Ter uma cópia, na sala de coleta, deste POP.

Cuidados

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000145

Observação: A quantidade de frascos a ser utilizada na coleta deverá estar de acordo com a tabela a seguir ou de acordo com recomendações do laboratório prestador de serviços:

Frasco urina tampa vermelha	•	EAS
Frasco urina tampa vermelha	•	CULTURA DE URINA
• ANTIBIOGRAMA		

- Observar a integridade do material e quando alterado solicitar substituição (nova amostra).
- Observar a obrigatoriedade da lavagem das mãos.

Atividade: Coleta de Urina de 24 horas

Executante: Enfermeiros, Auxiliar /Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Laboratório.

Resultados esperados: Avaliação da função renal e excreção diária de substâncias na urina. As substâncias mais avaliadas neste exame são: albumina, proteínas totais e o clearence de creatinina e uréia.

Materiais necessários

- Etiquetas de código de barras
- Frasco para coleta de urina de 24 horas
- Luva de procedimento
- Mapas impressos padronizados para registros das amostras enviadas
- Materiais administrativos cabíveis.
- Protocolo de retirada de resultados de exames
- Relatório de envio de material
- Saco plástico c/ fita inviolável para transporte

Principais atividades:

INSTITUTO GNOSIS

PREPARO E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO PARA COLETA DE URINA DE 24 HORAS

- O usuário deverá ser informado sobre o horário de coleta na Unidade.
- O profissional prescritor deverá orientar o usuário quanto o local de retirada do recipiente para coleta do clearence/urina de 24 horas
- Orientar o usuário que, ao levantar pela manhã, deverá desprezar toda a urina contida na bexiga e anotar o horário.
- A partir desse momento, toda vez que urinar, durante o resto do dia e também à noite, recolher integralmente a urina de cada micção, colocando-a no mesmo frasco de coleta. Este deve ser bem fechado e guardado em refrigerador, entre as micções.
- Armazenar toda a urina colhida em recipiente descartável ou garrafas vazias de água mineral. Não usar outra embalagem.
- Se a quantidade de urina for maior do que o frasco comportar, use frascos adicionais (quantos forem necessários), para conter todo o volume de 24 horas.
- Na manhã seguinte, deve-se coletar toda a urina contida na bexiga e encerrar a coleta no horário correspondente ao horário que desprezou a 1ª micção da véspera.
- Durante as 24 horas de coleta, a ingestão de líquidos deve ser a habitual e o cliente deve manter sua rotina diária.
- Todo o volume urinário coletado nas 24 horas deverá ser encaminhado ao laboratório logo após ser retirado do refrigerador.
- Ao término da coleta de urina, comparecer ao laboratório para a entrega da mesma e efetuar a coleta de amostra de sangue. Não é obrigatório o jejum quando coletar apenas o sangue para este exame.

SALA DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

- Atender o usuário de forma cordial.
- Solicitar ao usuário documento de identificação com foto, CPF ou DNV e a Requisição de Exame.
- Conferir se TODOS os campos da Requisição estão preenchidos.
- Conferir o nome do usuário e CPF com a Requisição de Exames, identificando o rosto do usuário conforme a foto do documento.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 100 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000147

INSTITUTO GNOSIS

- Na ausência do CPF, conferir se há justificativa no verso da requisição, devidamente assinada e carimbada pelo Diretor/Gerente ou RT Médico/Enfermeiro da Unidade.
- Utilizar EPI durante todo o processo de recebimento/encaminhamento da amostra biológica.
- Preencher o Caderno de Registro de Coleta e Bloco de Envio de Amostras. Na falta destes instrumentos de registro fornecidos pelo laboratório, utilizar instrumentos próprios da Unidade. Todas as coletas, bem como seu envio ao laboratório, devem estar documentadas na Unidade.
- Receber o frasco com o material coletado.
- Certificar-se que o frasco está com a tampa de rosca bem fechada.
- Acondicione o frasco com material no saco plástico adequado ao seu transporte para posterior acondicionamento em uma caixa térmica.
- Certificar-se que o material não tombará durante o transporte (colocar calço ou fita adesiva).
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Entregar ao cliente comprovante de realização do exame contendo os dados para acesso online do resultado de exame e a previsão de entrega do resultado de exame impresso na unidade.
- Ao final da coleta todas as solicitações de exames devem ser devidamente colocadas em um saco plástico com identificação da unidade e fixadas dentro da caixa.
- Encaminhe todos os exames colhidos para o laboratório de referência.
- Lavar as mãos.

Cuidados:

- Deverão constar no pedido médico a altura e o peso do paciente. No caso de clearence de creatinina será necessário coletar um tubo de soro gel para dosagem de creatinina sérica.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Coleta de sangue para teste oral de tolerância à glicose (TOTG) /Curva glicêmica

Executante: Enfermeiros, Auxiliar /Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Laboratório.

Resultados esperados: O teste oral de tolerância à glicose (TOTG) é utilizado principalmente para pesquisar Diabetes Melito, Diabete gestacional ou hipoglicemia reativa pós-prandial

Materiais necessários

- Adaptador
- Agulha para coleta a vácuo,
- Agulhas descartáveis
- Álcool a 70%
- Algodão hidrófilo
- Caderno de Registro de Coleta
- Coletor de artigos descartáveis.
- Curativo estéril.
- Etiquetas de código de barras
- Garrote
- Luva de procedimento
- Máscara cirúrgica descartável
- Óculos de proteção
- Protocolo de retirada de resultados de exames
- Seringa descartável s/ agulha
- Tubos para coleta de sangue (fluoreto – cinza)

Principais atividades

3) PREPARO E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO PARA COLETA DE (TOTG) /CURVA GLICÊMICA

- O usuário deverá ser informado sobre o horário de coleta na Unidade.

- O profissional prescritor deverá orientar o usuário quanto à necessidade de jejum de 8 a 12 horas para a realização do exame.
- Três dias antes da coleta o paciente deverá manter a dieta habitual sem restrição de carboidratos.
- Realizar a coleta de sangue nos tempos determinados pelo médico, em caso de gestante seguir o padronizado (0,60,120)
- O usuário deverá ser informado que poderá acessar seus resultados de exame via internet, e busca-los na UBS.

4) SALA DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

- Manter o local da coleta sempre organizado e limpo.
- Os insumos para coleta deverão estar organizados e de fácil acesso para utilização.
- Utilizar calça comprida, jaleco e sapato fechado, atendendo às Normas de Biossegurança.
- Utilizar EPI durante todo o processo de coleta.
- Preencher o Caderno de Registro de Coleta e Bloco de Envio de Amostras. Na falta destes instrumentos de registro fornecidos pelo laboratório, utilizar instrumentos próprios da Unidade. Todas as coletas, bem como seu envio ao laboratório, devem estar documentadas na Unidade.
- Ter uma cópia, na sala de coleta, da Relação de Exames contemplados no Projeto Básico.
- Ter uma cópia, na sala de coleta, deste POP.

2.2) Procedimento de Coleta

2.2.1 PACIENTE

- Atender o usuário de forma cordial.
- Solicitar ao usuário documento de identificação com foto, CPF ou DNV e a Requisição de Exame.
- Conferir se TODOS os campos da Requisição estão preenchidos.

- Conferir o nome do usuário e CPF com a Requisição de Exames, identificando o rosto do usuário conforme a foto do documento.
- Na ausência do CPF, conferir se há justificativa no verso da requisição, devidamente assinada e carimbada pelo Diretor/Gerente ou RT Médico/Enfermeiro da Unidade.
- Confirmar se o usuário realizou o preparo antes da coleta.
- O profissional da Sala de Coleta é responsável por todo esse processo.

2.2.2 PRÉ-COLETA DAS AMOSTRAS

- Separar os tubos de fluoreto (cinza) que serão necessários para realização da coleta, conforme Requisição de Exames.
- Identificar os tubos com as etiquetas com código de barras do laboratório contratado. Colar a etiqueta "CONTROLE" na requisição de exames.
- Colar a etiqueta "SENHA" no protocolo de retirada de resultados de exames, que deverá ser entregue ao usuário.
- No Caderno de Registro de Coleta deverá ser anotada ou colada a etiqueta (no caso de estar sobrando), preenchendo-se todos os campos.
- No Bloco de Controle de Envio de Amostras deverão constar o tipo e a quantidade de todas as amostras que estão sendo enviadas ao laboratório. Ao final da folha, deverá constar o nome legível de quem realizou a conferência e o horário de saída do material. O original seguirá com a rotina e a folha carbonada deverá ficar na Unidade para controle.
- O profissional da Sala de Coleta é responsável por todo esse processo.

2.2.3 COLETA DE EXAMES

- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento.
- Certificar-se que o paciente está em jejum;

- Informar ao paciente o período que o mesmo deverá permanecer na unidade para realização do exame;
- Realizar a coleta basal (Jejum) e identificar o tubo (tampa cinza) com etiquetas código de barras e como tempo 0';
- Administrar o dextrosol ao paciente, informando que o mesmo deve ser ingerido no período de 3' a 5' (minutos);
- A partir do momento que o paciente terminar de tomar o líquido marcar as próximas coletas de acordo com o solicitado pelo médico

- Identificar todos os tubos com etiquetas com código de barras e o tempo de coleta para cada tubo (0', 30', 60' ... ou 0', 60', 120'), lembrando que para gestante são obrigatórios os tempos 0', 60' e 120'.

- Todas as amostras para curva glicêmica devem ser amarradas com elástico por paciente. Colocar em saco plástico transparente, separado das demais coletas, e acondicionar em caixa térmica.

2.2.4 CONFERÊNCIA DAS AMOSTRAS COLHIDAS

- Para rastreabilidade das amostras: No Caderno de Registro de Coleta deverá ser relacionado o nome de todos os usuários atendidos, número de RA, número do CPF e exames solicitados para cada usuário.
- Ao final do atendimento da coleta deve-se verificar se as amostras estão devidamente identificadas, conferir os pedidos com os tubos, conferir novamente se a requisição está totalmente preenchida.

- O profissional da Sala de Coleta é responsável por todo esse processo, cabendo ao Diretor/Gerente à garantia da conformidade do fluxo.

Cuidados:

- Em caso de vômito a prova deverá ser interrompida e somente poderá ser repetida após 3 dias.
- Manter o cliente em repouso durante toda a prova, o mesmo não deverá deambular (caminhar), nem se alimentar.
- Caso o paciente não conclua todas as coletas da curva o material deve ser descartado, não podemos realizar curva glicêmica por partes, para o resultado ser liberado é necessário que todos os pontos sejam colhidos no mesmo dia.

Observação 1:

Em crianças com peso inferior a 42 kg é necessário realizar um cálculo do volume de dextrosol a ser administrado à criança. (7ml x Kg). Este cálculo só poderá ser feito na concentração de 75gr.

Atividade: Exames coprológicos
Executante: Enfermeiros, Auxiliar /Técnico de Enfermagem, Auxiliar/Técnico de Laboratório.
Resultados esperados:
Detectar a presença nas fezes de: gorduras; ovos e cistos; rotavírus; hemoglobina; substâncias redutoras. Utilizado no auxílio diagnóstico.
Materiais necessários

- Bloco de tramite
- Coletor para fezes com pá,
- Etiquetas de código de barras
- Luva de procedimento
- Mapas impressos padronizados para registros das amostras enviadas

- Materiais administrativos cabíveis.
- Protocolo de retirada de resultados de exames
- Relatório de envio de material
- Saco plástico c/ fita inviolável para transporte

Principais atividades

PREPARO E ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO PARA COLETA DE URINA

- O usuário deverá ser informado sobre o horário de coleta e entrega de material biológico na Unidade.
- O profissional prescritor deverá orientar o usuário quanto à necessidade de dieta.
- O profissional prescritor deverá orientar o usuário quanto o local de retirada do Coletor para fezes com pá.

SALA DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

- Atender o usuário de forma cordial.
- Solicitar ao usuário documento de identificação com foto, CPF ou DNV e a Requisição de Exame.
- Conferir se TODOS os campos da Requisição estão preenchidos.
- Conferir o nome do usuário e CPF com a Requisição de Exames, identificando o rosto do usuário conforme a foto do documento.
- Na ausência do CPF, conferir se há justificativa no verso da requisição, devidamente assinada e carimbada pelo Diretor/Gerente ou RT Médico/Enfermeiro da Unidade.
- Utilizar EPI durante todo o processo de recebimento/encaminhamento da amostra biológica.
- Preencher o Caderno de Registro de Coleta e Bloco de Envio de Amostras. Na falta destes instrumentos de registro fornecidos pelo laboratório, utilizar instrumentos próprios da Unidade. Todas as coletas, bem como seu envio ao laboratório, devem estar documentadas na Unidade.
- Receber o frasco com o material coletado.

- Certificar-se que o frasco está com a tampa de rosca bem fechada.
- Acondicione o frasco com material no saco plástico adequado ao seu transporte para posterior acondicionamento em uma caixa térmica.
- Certificar-se que o material não tombará durante o transporte (colocar calço ou fita adesiva).
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Entregar ao cliente comprovante de realização do exame contendo os dados para acesso online do resultado de exame e a previsão de entrega do resultado de exame impresso na unidade.
- Ao final da coleta todas as solicitações de exames devem ser devidamente colocadas em um saco plástico com identificação da unidade e fixadas dentro da caixa.
- Encaminhe todos os exames colhidos para o laboratório de referência.
- Lavar as mãos.

Cuidados

- Observar a integridade do material e quando alterado solicitar substituição (nova amostra).
- Observar a obrigatoriedade da lavagem das mãos.

Atividade: Requisições de Exames

Executante: Médicos, Enfermeiros, Dentistas e Nutricionistas.

Resultados esperados: Padronização das solicitações de exames laboratoriais; Boas práticas na solicitação de exames laboratoriais; Obtenção de banco de dados; Diminuição de glosas na produtividade das unidades por incompletude de dados.

Materiais necessários

- Requisição de Exames Complementares

INSTITUTO GNOSIS

- Tabela de Bloqueios (Ofício Circular nº 30/2016 - S/SUBPAV/SIAP)

Principais atividades

- As requisições de exames deverão ser realizadas OBRIGATORIAMENTE via prontuário eletrônico. O laboratório fica autorizado a não coletar a amostra que não estiver acompanhada da requisição do PEP.

- Cabe aos prescritores (Médico, Enfermeiro, Dentista ou Nutricionista), o preenchimento de TODOS os campos da requisição de exames, VIA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO (Ofício Circular nº 01/2018 - S/SUBPAV/SIAP).

- Apenas serão aceitos pedidos manuais pelas UBS nas seguintes situações:

✔ Nas UBS que não dispõem de Prontuário Eletrônico;

✔ Em caso de falta de luz ou problemas técnicos de internet. Neste caso deverão conter obrigatoriamente a assinatura e carimbo do gerente da unidade, como autorizador.

Observação: Toda requisição manuscrita deverá ser preenchida com caneta azul ou preta e de forma legível.

- Toda requisição deverá ser assinada e conter o registro profissional do prescritor de forma legível.
- Toda requisição deverá ser original, não podendo ser aceita cópia xerox ou carbonada.
- Toda requisição sem o preenchimento do CPF ou DNV deverá conter a justificativa no verso, acompanhada da assinatura e carimbo do Diretor/Gerente ou, na ausência, do RT Médico/Enfermeiro da Unidade.

Cuidados

- Na requisição de exames deverá ser anotada a indicação clínica, peso, altura, última menstruação, como também medicamentos que possam interferir no resultado.

Tais dados são fundamentais para realização e liberação do resultado de alguns exames.

Observação 1: Relação dos campos de preenchimento obrigatório nas requisições de exames complementares (Ofício Circular nº 01/2018 - S/SUBPAV/SIAP):

- CNES UNIDADE
- CNS PROFISSIONAL
- CBO PROFISSIONAL
- DATA
- CARTÃO SUS USUÁRIO
- SEXO
- NOME DO PACIENTE
- DATA DE NASCIMENTO
- CEP
- TIPO DE LOGRADOURO
- NOME DO LOGRADOURO
- NÚMERO
- COMPLEMENTO
- BAIRRO
- ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
- CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FARMÁCIA

Atividade: Acompanhamento Farmacêutico dos casos de Sífilis

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.

Resultados esperados:

- Garantir acesso ao medicamento e o acompanhamento da adesão adequada do tratamento de Sífilis, promovendo o uso racional de medicamentos;

- Garantir a rastreabilidade sobre o tratamento: Prescrição, Dispensação e Administração.

Materiais necessários: recursos humanos, material escritório, computador.

Principais atividades:

- Identificação de pacientes com diagnóstico positivo de sífilis e prescrição com indicação de tratamento com Benzilpenicilina 1200.000UI.
- O farmacêutico ou técnico de farmácia deverão ser informados pela ESF, quando da identificação do caso, prioritariamente por prontuário eletrônico (PE), e-mail ou demais meios de comunicação.
- O farmacêutico ou técnico de farmácia farão a orientação ao paciente, com ênfase na adesão ao tratamento e o registro das informações no PE e na planilha de Google Docs, disponibilizada pelo NAF Central.
- O farmacêutico ou técnico de farmácia terão que verificar diariamente o PE ou planilha do Google Docs, a fim de identificar pacientes com doses agendadas para o dia.
- O farmacêutico ou técnico de farmácia deverão sinalizar para a ESF, direção e gerente, prioritariamente por PE, e-mail, ou demais meios de comunicação, o nome dos pacientes com doses agendadas para o dia, impreterivelmente pela manhã.
- O Paciente compareceu a Unidade de Saúde na data agendada até as 12:00h?

✔ SIM: Ocorre a dispensação do medicamento e a orientação, que deverão se repetir até a última dose prescrita. Ao término do tratamento encerra-se o acompanhamento do caso de Sífilis pelo Farmacêutico/ Técnico de farmácia.

✔ NÃO: Definir com a equipe estratégias de busca ativa do paciente para realização do tratamento adequado. Estratégias que podem ser utilizadas pelo Farmacêutico ou Técnico de Farmácia: Informar ao enfermeiro da equipe e ao gerente da unidade sobre a possibilidade do tratamento inadequado; informar ao agente comunitário de saúde para que ele faça a busca ativa do paciente no território; entrar em contato com o paciente por telefone; entre outras.

- Caberá aos Farmacêuticos das unidades:

✔ Cumprir o estabelecido no fluxo definido para o Acompanhamento do Farmacêutico nos casos de Sífilis descrito em Nota técnica para Acompanhamento Farmacêutico dos casos de Sífilis da SMSRJ. Ofício S/SUBPAV/SAP nº12/2016.

✔ Avaliar se o CID 10 contido na prescrição está de acordo com o estadiamento da doença.

✔ Orientar as equipes da unidade de saúde quanto ao fluxo e definir as estratégias a serem adotadas nos casos de tratamento inadequado. Fazer o cálculo mensal dos indicadores da sua unidade de saúde.

Cuidados: A Sífilis é de notificação compulsória regular (em até 7 dias) todo caso confirmado como sífilis adquirida ou em gestante, devendo ser notificado à vigilância epidemiológica. A notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de sífilis adquirida e da Ficha de Investigação de sífilis em gestante.

Referências Bibliográficas

Nota técnica para Acompanhamento Farmacêutico dos casos de Sífilis da SMSRJ.

Ofício S/SUBPAV/SAP nº12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Atenção ao Pré-Natal - Rotinas para gestantes de baixo risco. Rio de Janeiro, 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, 2013.

Atividade: Armazenamento de medicamentos e insumos no serviço de farmácia

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.

Resultados esperados: Assegurar condições adequadas de conservação dos medicamentos e insumos.

Materiais necessários: geladeira, pallets, prateleiras e estantes.

Principais atividades:

- Estocar os medicamentos e insumos, de acordo com a Resolução nº 328/99, MS/ANVISA, conforme o descrito abaixo:

INSTITUTO GNOSIS

1) Medicamentos de uso geral: armazenar em prateleiras, devidamente identificadas, sob condições adequadas de manutenção de sua integridade e estabilidade.
2) Medicamentos termolábeis: armazenar em refrigerador exclusivo para esta finalidade.
3) Medicamentos controlados pela Portaria 344/98: armazenar em sala especifica ou em armário com tranca, exclusivo para medicamentos controlados, sob controle e responsabilidade legal do farmacêutico.

- Os medicamentos devem ser armazenados em área que não receba luz solar direta, protegida contra a entrada de aves, insetos e roedores. Utilizar prateleiras ou estrados (pallet) de plástico afastados 50cm da parede e do teto, não obstruindo as saídas de ar refrigerado;
- Deve-se respeitar o empilhamento máximo informado pelo fabricante de cada produto;
- Colocar em ordem alfabética, de forma ordenada, possibilitando a fácil visualização do nome do produto, número do lote e prazo de validade. Os rótulos das caixas devem ser preservados e de fácil visualização;
- Os medicamentos devem ser arrumados de forma que os itens com prazo de validade mais próximo ao vencimento sejam os primeiros a serem dispensados;
- Os medicamentos controlados, contemplados pela MS/Portaria nº344/98, são obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para esse fim, sob a responsabilidade do farmacêutico;
- A área de estocagem deve estar limpa, e mantidas em temperatura compatível com os produtos.
- Para fins de abastecimento da área de dispensação, retirar os medicamentos e/ou insumos das respectivas prateleiras, registrando as quantidades de saídas no "SIGMA" e/ou prontuário eletrônico;
- A temperatura e a umidade devem ser anotadas, conforme. No caso dos produtos termolábeis, deve-se manter a rotina de controle de temperatura da geladeira;
- Em situações de interdição, problemas de validade ou outros danos, os medicamentos devem ficar identificados com a frase "QUARENTENA", e segregados

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Mariclé – RJ - Cep: 24900-000

000160

na própria área de estoque da Farmácia, em prateleiras e/ou pallets, com acesso menos privilegiado, ou em local próprio estabelecido na Unidade, até que as providências necessárias sejam tomadas;

- Não é permitido guardar alimentos, tão pouco, fazer refeições na área da Farmácia;
- Toda saída de medicamento realizar a baixa dos medicamentos retirados do estoque e destinados à dispensação conforme As unidades que não possuem Sistema informatizado para gestão de estoque, devem fazer o controle através de planilha de Excel ou ficha de prateleira.

Cuidados:

- A retirada dos itens do estoque deverá sempre respeitar o critério de validade, ou seja, sairá primeiro aquele com a validade mais próxima.

Referências Bibliográficas

Valery, P.P.T. Boas práticas para estocagem de medicamentos. Brasília: Central de Medicamentos, 1989.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília Ministério da Saúde, 2009.44 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Atividade: Controle de estoque de medicamentos

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.

Resultados esperados: Ter maior controle dos medicamentos armazenamento na unidade.

Materiais necessários: material de escritório e sistema de informação.
Principais atividades:

- O controle de estoque deve ser realizado pelo SIGMA, Dispensamed e/ou prontuário eletrônico. É imprescindível que a unidade utilize as ferramentas para controle de estoque de medicamentos disponibilizado pela SMS/RJ;
- No SIGMA deverá ser lançado todos os medicamentos, insumos e materiais recebidos e retirados da farmácia, em quantidades de caixa fechada, inserindo-se lote e validade;
- No Dispensamed e/ou prontuário eletrônico deverá ser registrado todas as dispensações realizadas aos usuários diariamente com nome completo, data, medicamento, CNS, CPF ou documento identidade e endereço;
- Mensalmente deve ser realizado um levantamento na farmácia para pontuar os medicamentos que irão vencer nos próximos 90 dias e que não serão consumidos para serem disponibilizados para outras unidades;
- Caso os medicamentos não consigam ser consumidos ou remanejados, os que tiverem com a validade expirada serão retirados da dispensação e segregados para o descarte.
- O farmacêutico (a) deverá realizar anualmente a curva ABC da sua unidade para verificar quais são os medicamentos mais consumidos e de mais alto valor;
- O farmacêutico (a) deverá elaborar o CMM de todos os medicamentos e fazer revisão periódica, principalmente se houver mudanças expressivas de prescritores, alteração do número de equipes de saúde da família ou quaisquer mudanças que alterem o consumo de medicamentos da unidade. E toda as alterações devem ser informadas ao NAF regional e a Gerência de Logística da SMS/RJ;
- Semanalmente a unidade deverá preencher o formulário na plataforma http://subpav.org/estoque com o estoque dos medicamentos constantes na unidade, a fim de propiciar a verificação do panorama de abastecimento da unidade para os próximos 7 dias;
- De forma periódica e aleatória o NAF Regional realizará visitas as unidades com intuito de fazer inventário por amostragem e comparar o estoque físico com o que está registrado no sistema de controle da unidade;

Cuidados:

- A realização incorreta do controle de estoque prejudicará o abastecimento da unidade e perdas de medicamentos.

Referências Bibliográficas

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica disponível em: http://subpav.com.br/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf

Atividade: Controle de temperatura e umidade.

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.

Resultados esperados:

- Garantir o controle de temperatura e umidade dos estoques de medicamentos, bem como seu registro, de acordo com as normas técnicas vigentes.

Materiais necessários: material escritório, geladeira e termo-higrômetro ou termômetro.

Principais atividades:

- A verificação da temperatura e umidade do ambiente e temperatura da geladeira destinada ao armazenamento de medicamentos termolábeis e seus registros em planilhas padronizadas devem ser realizados diariamente, preferencialmente duas vezes ao dia (ANEXO I);
- A temperatura ambiente não deve ser inferior a 15°C e não ultrapassar 30°C e a umidade não deve ultrapassar 70%;
- Caso a temperatura ou umidade apresente valores fora da faixa adequada, o farmacêutico deve ser acionado imediatamente, para verificar possíveis interferências, como por exemplo, funcionamento inadequado do ar condicionado, portas e/ou janelas abertas ou sem vedação, entre outros;

- Caso a solução não seja possivel por meios próprios, comunicar o Gestor local para providências necessárias;
- A temperatura da geladeira não deve ser inferior a 2°C e não ultrapassar 8°C. Caso a temperatura da geladeira apresente valores fora da faixa adequada, o farmacêutico deve ser acionado imediatamente, para verificar possiveis interferências, como por exemplo, funcionamento inadequado geladeira, porta aberta ou sem vedação, ajuste adequado do termostato, bulbo do termômetro encostado nas paredes ou próximo ao congelador, entre outros;
- Caso a solução não seja possivel por meios próprios, comunicar o Gestor local para providências necessárias, bem como, realocar, provisoriamente, os medicamentos termolábeis em outra geladeira exclusiva para armazenamento de medicamentos, se possivel, ou caixa de isopor/térmica com gelo reciclável, devidamente protegido.

Cuidados:

- Todos os desvios devem ser devidamente registrados;
- Qualquer intercorrência deverá ser informado o mais rápido possivel, a fim de evitar perdas de medicamentos.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Atividade: Descarte de Medicamentos Vencidos

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.

Resultados esperados: Garantir o gerenciamento adequado de medicamentos vencidos, bem como sua destinação final, de acordo com as normas técnicas vigentes.

Materiais necessários: material escritório, nota fiscal (NF), DMM e manifesto de resíduo.

Principais atividades:

- Todos os medicamentos vencidos devem ser retirados do seu local de armazenamento e dispensação, bem como, setores externos a farmácia, anterior ao término do seu prazo de validade;
- Os medicamentos vencidos devem ser registrados numa relação com nome, lote, validade, unidades e peso em Kg para confeccionar ata para baixa de itens vencidos;
- Os medicamentos vencidos devem ser acondicionados em caixas, posteriormente lacradas e identificadas com a seguinte frase "MEDICAMENTOS VENCIDOS E IMPRÓPRIOS PARA CONSUMO" com a devida lista de medicamentos vencidos constantes na embalagem;
- As caixas com os medicamentos vencidos devem ser segregadas até o devido recolhimento;
- Quanto aos medicamentos controlados pela Portaria 344/98 manter os procedimentos anteriores e o registro deve ser feito em documento de controle de medicamentos controlados vencidos e acondicionar em área específica de armazenamento destes;
- Deve ser estabelecida uma comissão de baixa e anexar as atas de baixa dos medicamentos vencidos;
- Conforme a RESOLUÇÃO CONJUNTA CGM/SMA Nº 055/2010, as unidades devem enviar o Termo de Constatação de Materiais em Transição de Baixa, assinado pelo Titular da Unidade Administrativa, bem como, o presidente e os suplentes da Comissão de Baixa designados em D.O;
- As unidades de atenção básica deverão informar ao NAF regional sobre os medicamentos vencidos em sua unidade para as devidas providências. No caso das Policlínicas as mesmas deverão entrar em contato com Coordenação de Infraestrutura e Logística (CIL) pelo telefone (21) 2676-1907 a fim de providenciar o descarte;

- Os medicamentos vencidos que constem na lista da portaria 344/98 devem seguir o POP nº XX;
- A baixa dos medicamentos vencidos deve ser registrada no SIGMA e/ou no sistema de Controle de Estoque;

Cuidados:

- Deixar a caixa de medicamentos segredada em local não visível;
- Nenhum profissional ou usuário poderá entrar no setor de estoque sem ser devidamente autorizado.

Referências Bibliográficas

RDC ANVISA 222/2018: Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

RES CONJ CGM/SMA nº 055/2010: Dispõe sobre normas para movimentação, registro e controle dos materiais existentes em almoxarifado, para fins de contabilização, apropriação de custos e prestação de contas de gestão.

RES CONAMA nº 358/2005: Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

PORT ANVISA 344/98: Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Atividade: Dispensação de insulinas e insumos para diabetes.

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.

Resultados esperados: Garantir a dispensação correta de insulinas e insumos para Diabetes nas Unidades de Atenção Primária (UAP).

Materiais necessários: material de escritório, geladeira, insulinas, lancetadores, lancetas, agulhas e seringas.

Principais atividades:

- Deve-se observar a validade das prescrições. A validade da receita deve ser determinada pelo médico;
- A prescrição de insulina, sem especificação de validade na receita, terá validade para dispensação de até 6 meses;

- Deve ser dispensada insulina suficiente para 30 dias de uso, segundo posologia prescrita. Cada frasco contém 100 UI/ml;
- Confirmar se o usuário possui todos os insumos necessários para a administração da insulina e controle da glicemia capilar como: glicosímetros, fitas de glicemia, lancetadores, lancetas e seringas;
- Somente os pacientes cadastrados nas UAP poderão retirar a insulina e os insumos;
- Para a dispensação de glicosímetro é necessário que o usuário tenha prescrição médica referente à necessidade do aparelho e preencha o termo de responsabilidade. Os demais insumos são fornecidos mensalmente, em quantidade suficiente para uso em 30 dias, de acordo com a prescrição. Se o quantitativo de insumos não estiver descrito, será fornecido o que consta na recomendação da Gerência de Diabetes em ofício circular S/SUBPAV/SAP nº 13/2018 que trata sobre a dispensação de insumos para pessoas com diabetes, em uso de insulina, residentes no Rio de Janeiro (ANEXO I);
- Orientar quanto ao armazenamento correto da Insulina (2-8°C), manter em geladeira, distante do congelador. Informar sobre a validade da mesma após aberta (28 dias) e confirmar se o usuário recebeu orientações sobre a aplicação. Caso negativo, o Farmacêutico deverá ser acionado para dar as orientações corretas e necessárias;
- Não agitar violentamente o frasco para não haver rompimento da estrutura molecular da proteína e não usar a insulina se observar alteração na cor ou na consistência do líquido;
- Confirmar e esclarecer se o usuário entendeu corretamente a dose, frequência e a forma de administração, ressaltando a importância de realizar o rodízio nos locais de aplicação, dentre outras informações relevantes.

Cuidados:

- A dispensação deverá ser ajustada para a forma de apresentação dos insumos;
- A informação ao usuário deve ser simples clara e compreensível, a fim de facilitar a sua adesão à terapêutica instituída;

- O Farmacêutico deve acompanhar o usuário e avaliar o uso da Insulina dispensada sempre que necessário.

Referências Bibliográficas

Caderno de Atenção Básica Nº36 – Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – DIABETES MELITUS.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde/Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria Geral do Rio de Janeiro: Prefeitura, 2013.

Atividade: Dispensação de Medicamento Fitoterápico aos Usuários.

Executante: Farmacêutico ou oficiais de Farmácia.

Resultados esperados: Entrega do medicamento correto, em quantidade suficiente para o tratamento proposto e com a prestação das devidas orientações quanto a utilização e conservação, prezando pelo uso racional e seguro de medicamentos.

Materiais necessários:

- Receituário com o medicamento fitoterápico prescrito por profissional habilitado;
- Medicamento fitoterápico.

Principais atividades

- Receber o usuário de forma cordial;
- Analisar a prescrição, verificando o nome correto do(s) medicamento(s) fitoterápicos, dosagem, posologia, interação com medicamentos e alimentos. Em caso de dúvidas ou incompatibilidades, registrar a ocorrência e conversar com o médico;
- Separar o medicamento, confrontando-o com a receita, no ato da entrega e verificando a data de validade;
- Orientar o paciente e/ou a família, avaliando o grau de entendimento das informações prestadas. É importante pedir que ele repita pontos importantes da orientação, de modo que possa ser assegurado o seu entendimento quanto ao uso correto do fitoterápico. Esclarecer os pontos mais importantes e dúvidas existentes;
- Realizar inspeção física do medicamento para identificar alterações no produto ou nas embalagens antes da dispensação;

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.000 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 203 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000168

- Entregar ao usuário quantas embalagens forem necessárias para o cumprimento do tratamento proposto, salvo em caso de protocolo estabelecido;
- Registrar nas receitas a data e quantidade do medicamento fitoterápico dispensado e assinalar aquele que não foi atendido. Datar o receituário(s), assinar e carimbar as duas vias e entregar uma das vias ao usuário;
- Guardar a cópia da receita para compor a estatística de consumo da Unidade de Saúde;
- Registrar a saída em sistema informatizado (prontuário eletrônico) ou em planilha física na ausência destes prontuários.

Cuidados:

- Coletar e registrar ocorrências de reações adversas e efeitos colaterais relativos ao uso de medicamento, devendo ser informado à Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos do Município do Rio de Janeiro pelo e-mail farmaciaviva.sms.rj@gmail.com com cópia para a gerência da Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares/ Plantas Medicinais e Fitoterápicos pelo e-mail propicsms@gmail.com.

Referências Bibliográficas

Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos do Município do Rio de Janeiro – Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares/Plantas Medicinais e Fitoterápicos – CONT – SAP –SUBPAV.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica- Instruções Técnicas para a sua organização. 2002.

Atividade: Inventário da Farmácia

Executante: Profissional farmacêutico do serviço de farmácia.

Resultados esperados: Garantir que a quantidade de medicamentos em estoque esteja registrada de forma correta.

Materiais necessários: Recursos humanos, material de escritório e sistema de informação.

Principais atividades:

- O inventário da farmácia deverá ser realizado nas seguintes situações:

a) mudança de profissional farmacêutico na unidade

b) prestação anual de contas

c) realização de pedidos e/ou conferência de estoque

- No inventário todos os medicamentos devem ser contados e registrados com lote e validade.
- O inventário realizado para troca de profissional e de prestação de contas precisa da assinatura e carimbo do gestor da unidade.
- O profissional que está saindo da unidade deverá fazer um inventário e o novo que assumir também deverá realizar inventário na unidade de saúde.
- Para facilitar o inventário sugerimos os passos a seguir:

1- Identifique a melhor hora para a realização do inventário. Evite a realização da contagem dos seus estoques em horários com grande movimento de entrada ou de saída de medicamentos;

2- Organize o seu espaço antes da contagem. Um setor de estoques organizado faz com que o trabalho de contagem flua mais rapidamente. Faça a identificação dos espaços, catalogando-os. Com prateleiras ou espaços de armazenamentos catalogados, a contagem ou auditoria ficarão muito facilitados;

3- Faça uma contagem minuciosa. Identifique visualmente item por item. Se forem caixas, procure pegá-las uma a uma, pois o peso pode ser diferente e você não enxergará isso;

4- Detalhe ao máximo os seus itens. Quando alguns medicamentos são muito semelhantes, é importante que eles sejam bem diferenciados uns dos outros. Isso evitará problemas como a falta de estoque, sendo que em seus sistemas era apresentada a disponibilidade do mesmo;

5- Fazer a conferência do quantitativo registrado em inventário com o sistema de controle de estoque da SMS/RJ (SIGMA).

Cuidados:

- Todos os inventários precisam ser registrados para posterior consulta, caso seja necessário.

Referências Bibliográficas

INSTITUTO GNOSIS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Atividade: Limpeza e Higienização da Farmácia
Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico.
Resultados esperados: Padronizar a rotina de limpeza e higienização da Farmácia, garantindo a manutenção do ambiente limpo, organizado e seguro, para funcionários e usuários.
Materiais necessários: material de limpeza e equipamentos de proteção individual (EPI).
Principais atividades:

- Trocar o lixo diariamente e qualquer problema não programado contatar o Farmacêutico.
- A limpeza e a higienização geral devem ser realizada, de preferência, no início do expediente uma vez por semana, e diariamente deve-se manter toda a área limpa e arrumada. Caso ocorra alguma atividade que cause desarrumação ou sujeira, a limpeza do local deverá ser feita logo após o término da atividade.

1) Limpeza do ambiente:

- Chão: deve ser limpo diariamente, com pano umedecido em solução apropriada, no início da manhã e no final da tarde;
- Recolhimento do lixo: o lixo gerado no setor deve ser recolhido duas vezes ao dia e sempre que houver necessidade;
- Mobiliário de escritório: devem ser limpos diariamente, com pano umedecido em solução apropriada, no início da manhã;

- Paredes livres, portas e janelas: devem ser limpos mensalmente, ou de acordo com a necessidade, com pano umedecido em solução apropriada.

2) Limpeza de mobiliário:

- Estantes e bins: devem ser limpos com pano umedecido em solução apropriada, com a supervisão do farmacêutico e auxílio do Técnico de Farmácia na reorganização dos medicamentos, mensalmente, num único dia a ser estabelecido ou rodízio semanal, de forma que ao término de 1 mês, todas as estantes tenham sido limpas ao menos uma vez;
- Pallets: devem ser limpos com pano umedecido em solução apropriada, com a supervisão do farmacêutico e auxílio do Técnico de Farmácia na reorganização dos medicamentos, mensalmente, no período em que estejam mais vazios, normalmente na semana que antecede o recebimento do pedido da AB;
- Geladeira de medicamentos termolábeis: deve ser limpa com pano umedecido em álcool 70°, com a supervisão do farmacêutico e auxílio do Técnico de Farmácia na reorganização dos medicamentos, mensalmente. Para tanto, deve ser descongelada no dia anterior à limpeza, e os medicamentos devem ser realocados, provisoriamente, em outra geladeira específica, se possível, ou caixa de isopor/térmica com gelo recicláveis, devidamente protegidos. Após a limpeza a geladeira deve ser ligada ainda vazia e assim permanecer até temperatura alcance a faixa adequada e se estabilize;
- O Ar condicionado deverá ter seu filtro limpo periodicamente por empresa especializada.

Cuidados:

- Todos os procedimentos de limpeza realizados no mobiliário, geladeira e ar condicionado devem ser registrados em planilha de controle.

Referências Bibliográficas

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica disponível em: http://subpav.com.br/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Medicamentos Controlados Portaria 344/98
Executante: Profissionais Farmacêuticos do Serviço de Farmácia
Resultados esperados: Garantir o cumprimento da Portaria 344/98

Materiais necessários: material de escritório, armário com cadeado e chave e livro de receituário
Principais atividades:

- Nas dispensações de medicamentos controlados constantes da Portaria 344/98, é importante observar de qual lista está inserido para verificar o tipo de receituário correto;
- Lista "A1" e "B1" precisam de notificação de receita e lista "C1" precisa de receita de controle especial.
- Para ambos receituários as seguintes regras devem ser cumpridas:

➢ Deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "B1" e "C1";

➢ A farmácia somente poderá dispensar quando todos os itens da receita se estiverem devidamente preenchidos;

➢ A receita destes medicamentos é personalizada e intransferível, devendo conter somente uma substância da lista solicitada;

➢ As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico;

➢ As receitas tem validade por um período de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração;

➢ Cada receita poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 30 dias;

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.869 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000173

- A Notificação de Receita ou a primeira via da receita de controle especial deve ser retida pela farmácia e a segunda via devolvida ao paciente, devidamente carimbada, como comprovante da dispensação;
- Carimbar e registrar a descrição e quantidade do medicamento dispensado no verso da receita.

- Toda farmácia que dispensar substância ou medicamento da Portaria 344/98, deverá escriturar e manter no estabelecimento para efeito de fiscalização e controle, livros de escrituração, Livro de Registro Específico para farmácias.
- Quando houver medicamentos controlados vencidos, e encaminhar, em duas vias, para VISA municipal a autorização para incineração. Quando estiver carimbada pela VISA Municipal, uma deverá ser enviada juntamente com os medicamentos no momento da retirada pela empresa especializada e a outra será arquivada junto com as outras documentações referentes a medicamentos controlados Portaria 344/98, por 2 anos, após registro de baixa nos referentes livros das listas "B1", "B1ad" e "C1". A baixa dos medicamentos vencidos no livro só será feita após recebimento da AUTORIZAÇÃO DE INCINERAÇÃO e retirada dos medicamentos por empresa especializada.

Cuidados:

- Todos os medicamentos controlados pela Portaria 344/98 devem ser guardados em armário trancado.
- Como os medicamentos desta portaria são considerados entorpecentes, qualquer problema de furto, extrativo ou qualquer situação do tipo envolverá a Polícia Federal.

Referências Bibliográficas

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica disponível em: http://subpav.com.br/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf

Portaria 344 de 12 de maio de 1998 – ANVISA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Brasil.

INSTITUTO GNOSIS

Portaria 06 de 29 de janeiro de 1999 – ANVISA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – Brasil.

Atividade: Recebimento de medicamentos e insumos no serviço de farmácia

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico

Resultados esperados:

Assegurar o correto recebimento dos medicamentos e insumos

Materiais necessários: material escritório, nota fiscal (NF) e folha ocorrência (FO).

Principais atividades:

- Verificar as condições de transporte dos produtos recebidos;
- Não se ausentar do local de recebimento, independente da quantidade de produtos;
- Conferir cada item recebido, comparando com a Nota Fiscal e verificando dados como: almoxarifado de origem, nome dos medicamentos, lotes, validades, quantidades e formas farmacêuticas;
- Verificar a integridade das embalagens dos produtos;
- Em caso de divergências na entrega deve–se preencher a FO com a justificativa adequada: avarias, transporte em condições inadequadas, divergências do solicitado e fornecido, divergências entre a quantidade entregue e a descrita na NF, prazo de validade inferior a 6 meses, divergência de destinatário. Relatar a ocorrência à Gerência da unidade;
- Assinar, carimbar e datar as duas vias da Nota Fiscal;
- Devolver uma via da Nota fiscal para o entregador;
- Arquivar uma via da Nota Fiscal na Farmácia da unidade;
- Estocar os produtos recebidos.
- Proceder à entrada da Nota fiscal no Sistema de Gerenciamento de Estoque (SIGMA) e/ou em qualquer outro sistema de controle de estoque;

- As NFs devem ser arquivadas na farmácia da unidade por um período de 5 anos ficando à disposição do Tribunal de Contas do Município e outros órgãos fiscalizadores.

Cuidados:

- Atenção à conferência dos itens fracionados.
- O preenchimento da FO deve ser realizado pelo profissional que realizou a conferência.
- Não rasurar a NF e nem a FO.

Referências Bibliográficas

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica disponível em: http://subpav.com.br/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf

Resolução Conjunta CGM/SMA Nº 055/2010 – Normas para movimentação, registro e controle dos Materiais, para fins de contabilização, apropriação de custos e prestação de contas de Gestão.

Atividade: Solicitação de medicamentos

Executante: Todos os profissionais do serviço de farmácia, orientados e supervisionados pelo farmacêutico

Resultados esperados: Garantir o ressuprimento adequado do estoque dos medicamentos

Materiais necessários: material de escritório, cronograma e planilha importação.

Principais atividades:

1) Solicitação dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – PEDIDO AB

- O pedido deve ser realizado de acordo com o cronograma de abastecimento enviado pela empresa de logística para sua área programática (AP);
- No dia anterior a elaboração do pedido deve ser realizado o inventário do Estoque de medicamentos da Farmácia;

- Para confeccionar o pedido utilizar a planilha padrão no qual deverá ser informado o consumo médio mensal (CMM) e o estoque atual da unidade. Sem estas informações não será possível fazer a importação do pedido;
- A planilha padrão de pedido deve estar com o cabeçalho completo da unidade e não pode ter suas linhas alteradas, em hipótese alguma, para evitar problemas na importação do pedido;
- A planilha de Pedido de Medicamentos da AB, deve ser enviada ao NAF Regional da sua respectiva AP no prazo previamente estabelecido no cronograma;
- Todo medicamento sem movimentação ou com movimentação inferior à 10% do seu estoque nos últimos 06 (seis) meses, e que não tenham incidido em imprestabilidade ou dano devem ser disponibilizados no pedido de Remanejamento.

2) Solicitação dos medicamentos do REQUER

- O pedido deve ser realizado de acordo com o período (a cada 2 meses) em cronograma estabelecido pelo NAF Central – SMS;
- Anterior à elaboração do pedido deve ser realizado o inventário de todos os medicamentos constantes na lista do Requer;
- Para realização do pedido utilizar a Planilha de Pedido Padrão do REQUER, o enviar por e-mail, seguindo as instruções de preenchimento fornecidas pelo NAF Regional.

3) Solicitação dos medicamentos Fitoterápicos Manipulados

- O pedido deve ser solicitado de acordo com o fluxo estabelecido pela Gerência de Práticas Integrativas;
- No dia anterior a elaboração do pedido deve ser realizado o inventário do Estoque de medicamentos fitoterápicos;
- Para confeccionar o pedido preencher a Planilha de Pedido de medicamento fitoterápicos manipulados, seguindo as instruções de preenchimento fornecidas na própria planilha;
- A planilha de Pedido de Medicamentos Fitoterápicos manipulados deve ser enviada ao NAF Regional AP segundo prazo previamente informado.

Cuidados:

- Muito importante que cada unidade calcule o CMM de todos os medicamentos e atualize periodicamente, a fim de conseguir fazer a solicitação de medicamentos dentro de sua realidade e evitar excesso ou falta de medicamentos;
- Caso haja excesso de medicamentos os mesmos deverão ser disponibilizados para outras unidades e informados ao NAF regional, para que se evite seu vencimento.

Referências Bibliográficas

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil: Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica disponível em: http://subpav.com.br/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf

Resolução Conjunta CGM/SMA Nº 055/2010 – Normas para movimentação, registro e controle dos Materiais, para fins de contabilização, apropriação de custos e prestação de contas de Gestão.

SALA DE VACINA

Atividade:

Boas Práticas em Imunização- Procedimentos para Vacinação.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Fornecer condições técnicas ideais que garantam as Boas Práticas em Imunização na execução do processo de trabalho na Sala de Vacinas.

Materiais necessários: Imunobiológicos; Câmara de conservação; Caixas térmicas de poliuretano; Termômetros de caixa térmica com cabo extensor; Bobinas de gelo reutilizáveis; Recipientes perfurados para organização dos imunobiológicos; Gaveteiro para guarda de materiais secos; Seringas agulhadas; Tesoura reta com ponta romba; Pinça "dente de rato"; Porta algodão; Algodão hidrófilo; Protocolo e Kit de choque anafilático; Dispensador com sabão líquido; Dispensador com papel-toalha; Caixa coletora de material perfurocortante com suporte; Cartão de Registro

Individualizado; Mapa de controle diário de temperatura da rede de frio; Protocolo e Kit de Choque Anafilático e Calendários vacinais atualizados afixados na parede (criança, adolescente, adulto/idosos e gestantes).

Principais atividades:

Recepção e triagem dos clientes

- Receber o usuário de forma atenciosa, acolhedora e respeitosa;
- Organizar o fluxo de atendimento, estabelecendo a necessidade de atendimento diferenciado como gestantes, idosos e indivíduos com necessidades especiais.

Na sala de Administração de Vacinas

- Caso o atendimento seja de 1ª vez: providenciar cadastro deste usuário no SI PNI;
- Em caso de retorno, o profissional deverá avaliar o histórico de vacinação do usuário;
- Solicitar o Cartão de Saúde da Criança ou outro comprovante de vacinação do usuário e verificar os registros e aprazamentos;
- Conferir com o responsável pela criança (ou com o próprio indivíduo): nome completo e data de nascimento que constam no cartão, se for o caso confirmar o nome da mãe;
- Realizar anamnese individualizada (estado de saúde, febre, EAPVs anteriores, uso de medicações, alergias a componentes específicos, internações, transfusões);
- Prestar orientações referentes à(s) vacina(s), sobre a importância da conclusão do esquema e os cuidados pós-vacinais;
- Realizar o registro do imunobiológico a ser administrado no Cartão de Saúde da Criança ou outro comprovante de vacinação: data, dose, lote, unidade de saúde;

Antes de cada aplicação de cada dose, conferir os 12 passos certos em Imunização:

1) Cliente certo: Conferir o nome completo do cliente;

2) Idade certa: Conferir a data de nascimento do cliente (vacina rotavírus conferir a idade através de contagem em semanas);

INSTITUTO GNOSIS

3) Vacina certa: Conferir o rótulo certificando o nome de cada vacina, lote e validade. A leitura deve ser realizada no mínimo TRÊS VEZES, inclusive com a conferência dos dados do diluente em caso de reconstituição;

4) Validade certa:

5) Lote certo:

6) Insumo certo: Conferir se o conjunto de seringa agulhada é compatível com a via de administração preconizada pelo PNI;

7) Dose certa: Conferir se a dose está de acordo com o preconizado pelo PNI, considerando também faixa etária do usuário

8) Volume certo: Conferir se o volume aspirado está de acordo com o preconizado pelo PNI, considerando também faixa etária do usuário;

9) Local de aplicação certo: Conferir se o sítio de aplicação está de acordo com a diretriz de padronização dos sítios de aplicação. Caso necessário, adequar o sítio de aplicação, não esquecendo de registrar na caderneta/comprovante vacinal em qual local foi administrado o imunobiológico;

10) Via de administração certa: Conferir a via de administração (oral, intradérmica, subcutânea e intramuscular);

11) Ângulo certo: Conferir se o ângulo está de acordo com a técnica da via de administração;

12) Rede de Frio adequada: Conferir se a câmara e a caixa térmica estão com temperaturas adequadas (entre +2 a +8 °C).

- Examinar o imunobiológico, observando a aparência da solução, o estado de embalagem, o número do lote e o prazo de validade;
- Higienizar as mãos antes e após cada aplicação de vacinas;
- Retirar a tampa metálica do frasco ampola com pinça "dente de rato";
- Limpar a tampa de borracha do frasco com algodão seco;
- Preparar a vacina na frente do usuário seguindo técnica asséptica- abrindo a embalagem à vista do cliente;
- Homogeneizar a solução suavemente através de movimento rotativo do frasco em sentido único, sem produzir espuma;

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.859 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000180

- Orientar o responsável quanto à posição correta da criança para receber a vacina;
- Administrar a vacina com segurança técnica e tranquilidade;
- Após a aplicação, orientar o usuário/responsável pela criança para fazer leve compressão local com algodão seco (não existe recomendação para realização de curativos oclusivos);
- Após a aplicação, desprezar o material utilizado na caixa coletora de material perfurocortante, sem retirar ou reencapar a agulha;
- Fazer o registro da(s) dose(s) no SI – PNI web;
- Anotar na Cademeta da Criança: o nome da unidade, a dose aplicada com lote e validade e nome LEGÍVEL do vacinador. O vacinador deverá assinar o Cartão de Saúde da Criança ou outro comprovante de vacinação no local indicado,somente ao final da administreção dos imunobiológicos;
- Registrar o aprazamento a lápis no Cartão de Saúde da Criança ou outro comprovante de vacinação do usuário;
- Pedir ao usuário que aguarde alguns minutos para avaliar a possível ocorrência de Eventos Adversos imediatos;
- Devolver o Cartão de Saúde da Criança ou outro comprovante de vacinação ao usuário, orientando quanto à próxima data para retorno;
- Após, observar se este cliente, não apresentou nenhuma intercorrência relacionada à vacina, o profissional deverá liberar este cliente do atendimento na unidade.

Cuidados: Todos os profissionais da sala de Vacinas deverão estar uniformizados adequadamente: calça comprida, sapatos fechados, jaleco abotoado ou colete, cabelos presos. Não é permitido o uso de: adornos ((anel, pulseira, brincos grandes, relógios...) e unhas grandes, esmaltes com auto - relevo, dentre outros adereços que possam contribuir com contaminação de técnica).

Referências Bibliográficas

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000181

INSTITUTO GNOSIS

-Ministério do Trabalho e Emprego- D.O.U. de 16/11/05 – Seção 1) PORTARIA N.º 485 - Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde), 2005.

Atividade:
Emissão de Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia - CIVP
Executante:
Profissional habilitado e cadastrado junto ao gestor local.
Resultados esperados:

Padronizar as orientações técnicas, o fluxo de encaminhamento relacionado à emissão do CIVP, documento este que comprova a vacinação contra a febre amarela e/ou outras doenças, para quem precisa se deslocará para Área com Recomendação de Vacinação (ACRV).
Principais atividades:

- Vacinar o cliente ou conferir comprovante de vacina previamente realizada e solicitar documento de identidade original com foto;
- Emitir o CIVP mediante a presença física do interessado uma vez que a emissão está condicionada à assinatura do viajante, conforme previsto na RDC nº 21 de 31/03/2008, inciso III do Art. 1º do Anexo II;

O cartão deve estar preenchido corretamente com a data de administração, fabricante e lote da vacina, assinatura legível do profissional que realizou a aplicação e identificação da unidade de saúde onde ocorreu a aplicação da vacina.
São aceitos como documentos de identidade a Carteira de Identidade (RG), o Passaporte, a Carteira de Motorista válida (CNH), entre outros documentos. A população indígena que não possui documentação está dispensada da apresentação de documento de identidade.
Criança/adolescente menor de 18 anos: A apresentação da certidão de nascimento é aceita para menores de 18 (dezoito) anos. Ressalta-se que crianças a partir de 9

(nove) meses já começam o esquema de vacinação. Não é necessária a presença da criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos quando os pais ou responsáveis deste solicitarem a emissão do seu CIVP nos Centros de Orientação para a Saúde do Viajante

Nota: A população indígena que não possui documentação está dispensada de apresentação de documento de identidade;

Obtenção de 2ª via do comprovante de Febre Amarela ou CIVP: A indicação é que entre em contato com o local onde foi realizada a vacinação para o resgate da 2ª via ou algum COV mais próximo de sua residência, se for para CIVP.

É necessário que o interessado realize o pré-cadastro no SISPAFRA: O interessado pode realizar um pré-cadastro no endereço http://www.anvisa.gov.br/viajante, clicar na opção "cadastrar novo" ou no link "cadastro". O pré-cadastro não é obrigatório, mas agilizará o atendimento prestado para emissão do certificado.

Emissão de Certificado para Viajantes que estejam no exterior:

O cidadão brasileiro que se encontra no exterior e necessita do CIVP deve ser orientado a:

I. Procurar o consulado brasileiro e solicitar o Certificado informando os seguintes dados pessoais: nome, data de nascimento, documento de identidade e CPF.

II. Caso for solicitação para emissão do Certificado pela primeira vez, o cidadão deve ainda preencher seu pré-cadastro na internet no endereço www.anvisa.gov.br/viajante e enviar cópia da carteira nacional de vacinação, com registro de vacina contra febre amarela.

III. O consulado enviará a solicitação com essas informações via correio eletrônico institucional para o endereço gimtv.ggpaf@anvisa.gov.br

IV. A equipe da ANVISA identificará o cadastro do viajante no SISPAFRA e gerará Certificado, enviando-o por e-mail respondendo a solicitação do consulado e orientando a emissão do Certificado.

O Brasil não emite Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia para vacinação realizada no exterior. Desta forma, o procedimento acima descrito só será realizado se a vacina do viajante tiver sido realizada no Brasil.

Obtenção do Atestado de Isenção de Vacinação

Para casos em que a vacinação ou a profilaxia for contraindicada, o viajante deverá ser orientado sobre a necessidade de um Atestado de Isenção de Vacinação, conforme normas da ANVISA. O Regulamento Sanitário Internacional estabelece que as autoridades de saúde devem considerar esse documento, porém ainda poderão ser aplicadas outras medidas de controle individual.

Quando emitido por profissional médico deverá se utilizado o modelo de atestado médico padronizado pela ANVISA (Figura 5), disponível abaixo, observando-se:

I. Preenchimento completo e de forma legível dos dados;

II. Identificação do profissional médico e do local onde for efetuado o atendimento;

III. Parecer médico de contraindicação de vacinação ou profilaxia. Modelo do Formulário de Isenção de Vacinação ou Profilaxia

Para a emissão do Certificado de Isenção de Vacinação ou Profilaxia é necessário, em um Centro de Orientação ao Viajante:

•Documento de identidade oficial com foto (carteira de identidade, passaporte, carteira de motorista válida, etc) ou apresentação da Certidão de Nascimento para menores de idade (a vacina é recomendada para crianças a partir de 09 meses).

•Atestado médico de contraindicação de vacinação ou profilaxia onde conste o nome do viajante e a contraindicação para o recebimento da vacina contra febre amarela. O atestado deverá conter o endereço completo e o telefone do consultório, bem como o CRM, assinatura e carimbo do médico responsável.

O serviço de emissão do Certificado Internacional no Município do Rio de Janeiro está sendo realizado em Unidades de Atenção Primária da SMS-RJ (vide Anexo -08)

Outros locais para emissão de CIVP:

COV ANVISA Galeão: atendimento de 2ª a 6ª feira nos horários de 8 às 12 h e 13 às 17 h.
Local: Terminal 2 (Aeroporto Galeão) - Telefones para contato: 3398-2377/2108

COV Campos dos Goytacazes: atendimento: segunda a sexta, de 8h às 17h, sem atendimento em feriados e pontos facultativos.
Local: Rua Voluntários da Pátria, 187, Centro – Campos dos Goytacazes/RJ – Telefones: (22) 2733-2820, 2726- 1378, 2722- 0805 – Email: epidemio.sms@campos.rj.gov.br

Cuidados:

1. A vacina contra febre amarela deve ser tomada com antecedência de, no mínimo, 10 (dez) dias antes da viagem.
2. A emissão do CIVP é gratuita.

Referências Bibliográficas

ANVISA. Manual do Centro de Orientação de Viajante. Brasília, 2014.
BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília, 2014.
ANVISA. RDC nº 21. Dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados. Brasília, 2008.
OMS. Regulamento sanitário internacional (RSI): 2ª edição. Suiça, 2005.

Atividade:

Fluxo de Notificação e Investigação de suspeita de Eventos Adversos Pós-vacinação.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.883 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000185

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Padronizar o fluxo de notificação e condutas diante de casos suspeitos de Eventos Adversos Pós – Vacinação.

Materiais necessários: Computador, Acesso ao Sistema SIEAPV web e Ficha virtual ou impressa de notificação de Eventos Adversos Pós – vacinação.

Principais atividades:

- Notificar todos os casos de EAPV (graves e não graves), sendo:
  - Casos graves ou inusitados: até 24 horas
  - Casos não graves: até 07 dias
  - Investigação dos casos: até 48 horas

Fluxo de Notificação e Investigação

Nível local (Unidades de Atenção Primária e Unidades Hospitalares)

- Notificar o caso suspeito de EAPV e investigar inicialmente, remetendo ao Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) da área e à Coordenação do Programa de Imunizações (CPI), encaminhando todos os casos, através do preenchimento das Fichas de Notificação e de Investigação no formato online do SIEAPV web ou de forma impressa;
- Solicitar avaliação médica, sempre que necessário;
- Caso possível, registrar imagens de eventos locais ou manifestações cutâneas graves, para subsidiar avaliação dos casos, anexar à ficha de notificação, com a devida autorização do responsável pelo caso ou do próprio;
- Orientar vacinados e/ou responsáveis sobre o acompanhamento da vigilância;
- Aguardar a confirmação do recebimento, bem como as considerações técnicas e condutas pertinentes ao caso.
- Repassar os casos e as atualizações ao Serviço de Vigilância em Saúde da área de abrangência/CPI;

- Acompanhar os casos até o encerramento da investigação.

Nível intermediário (SVS e DVS)

- Os SVS devem avaliar os casos, realizar investigação complementar, se necessário, orientando condutas clínicas pertinentes e avaliando a necessidade de ampliar a investigação, dando apoio à unidade notificadora;
- Para casos graves ou que tenham passado por atendimento médico hospitalar/internação, deve-se solicitar resumo clínico médico e laudos/pareceres de exames realizados para envio à CPI.
- Acompanhar os casos notificados, no SIEAPV web;
- Consolidar os dados notificados em sua área de abrangência, analisando oportunidade de notificação, percentual de casos graves notificados, percentual de qualificação das fichas preenchidas, número de casos encerrados ou pendentes.

Link de acesso ao SIEAPV web: http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/eapv/gerenciarEapv.jsf

Cuidados:

1. A Ficha de Investigação deve ser minuciosamente preenchida pela unidade notificadora a fim de que sejam disponibilizadas à Coordenação do Programa de Imunizações todas as informações técnicas relevantes e garantindo assim, a possibilidade para que seja estabelecida a conduta vacinal adequada ao usuário de acordo com a ocorrência de cada evento adverso pós-vacinal.
2. O encerramento dos casos é de responsabilidade da equipe técnica da Coordenação do Programa de Imunizações /CPI/SVS/SUBPAV/SMS-RJ.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Fluxo de Notificação e Investigação de Erro de Imunização.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Padronizar o fluxo de notificação e condutas diante da ocorrência de Erros de Imunização.

Materiais necessários: Computador, Acesso ao Sistema SIEAPV web e Ficha virtual ou impressa de notificação de Erro de Imunização.

Principais atividades:

Nível local (Unidades de Atenção Primária e Unidades Hospitalares)

- Notificar todos os casos de Erro de Imunização em 24h;
- Investigar os casos, preenchendo a Ficha de Formulário de Monitoramento de Erro de Imunização em formato virtual ou impresso (vide Anexo 05) remetendo ao Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) de sua área via e-mail;
- Quando necessário, inserir a notificação de Erro de Imunização no sistema SIEAPV web;
- Solicitar avaliação médica, sempre que necessário;
- Monitorar o usuário por 30 dias, através de consulta semanal para avaliação clínica;
- Repassar os casos e as atualizações ao Serviço de Vigilância em Saúde da área de abrangência;
- Orientar vacinados e/ou responsáveis sobre o acompanhamento da vigilância durante o período mínimo de 30 dias;
- Aguardar a confirmação do recebimento da notificação, bem como as considerações técnicas e condutas pertinentes ao caso;
- Acompanhar os casos até o encerramento da investigação.

Nível intermediário (SVS e DVS)

- Os SVS devem avaliar os casos, realizar investigação complementar, se necessário, orientando condutas clínicas pertinentes e avaliando a necessidade de ampliar a investigação, dando apoio à unidade notificadora;
- Consolidar os dados notificados em sua área de abrangência, analisando oportunidade de notificação, percentual de casos graves notificados, percentual de qualificação das fichas preenchidas, número de casos encerrados ou pendentes.

Cuidados: Após o acompanhamento, o caso será repassado à Coordenação do Programa de Imunizações quando as condutas frente ao esquema vacinal serão definidas.

Referências Bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Gerenciamento de Resíduos de Imunização.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Padronizar o descarte de lixo comum, materiais biológicos e não biológicos, além de materiais perfurocortantes da sala de vacinas.

Materiais necessários: EPI's (máscara, gorro, óculos, luvas, botas, etc.); Coletor de material perfurocortante; Lixeira com pedal; Saco plástico de cor branco-leitosa e Saco plástico de lixo comum de cor preto.

Principais atividades:

- Manter um controle mensal de vacinas, considerando estoque equivalente a sua cota mensal, no máximo;

- Organizar os imunobiológicos dentro da câmara de conservação conforme prazo de validade mais curto na frente;
- Gerenciar o prazo de validade dos produtos imunobiológicos, semanalmente e proceder a retirada imediata do equipamento, de qualquer imunobiológico que tenha vencido;
- Supervisionar a conservação e o armazenamento dos mesmos, conforme normas de Rede de Frio;
- Comunicar, de forma oportuna, quando os produtos apresentarem desvios de qualidade para uso;
- Os produtos imunobiológicos que se tornarem impróprios para o uso serão inutilizados em local referenciado pela Divisão de Vigilância em Saúde da AP;

Consideram-se produtos imunobiológicos passíveis de inutilização:
- os que estejam com os seus prazos de validade vencidos (seja do frasco ou por degelo)
- os que tenham sido expostos às temperaturas inadequadas à sua conservação.
- os que por outros motivos estejam impróprios para uso por desvio de qualidade;
- sobras de vacinas vivas após o cumprimento do tempo de uso depois de abertas.

O processo de inutilização de imunobiológicos deve seguir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Unidade, conforme RDC nº 306/2004, que deve conter de forma explicativa as fases de: Segregação; Acondicionamento; Identificação;Transporte interno; Armazenamento temporário; Tratamento; Armazenamento externo; Coleta e transporte externos e Disposição final.

- As etapas: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno e armazenamento temporário deverão ser cumpridas IMEDIATAMENTE;
- Os frascos/ampolas dos produtos compostos de bactérias mortas ou partes de bactérias (Penta, DTP, dT, Hepatite B, Hepatite A, dTpa adulto, Meningo C e Pneumo 10, VIP, Influenza e HPV), NÃO precisam receber tratamento especial antes do destino final. Manter em armazenamento temporário em sacos brancos ou recipientes rígidos com tampa, até a coleta, transporte externo e disposição final;

- Para inutilização das vacinas compostas por microorganismos vivos (BCG, VOP, VORH, Triplice Viral, Tetra viral, Varicela e Febre Amarela), recomenda-se a AUTOCLAVAÇÃO durante 15 minutos a uma temperatura de + 121° C. Os frascos não precisam estar abertos durante o processo.

Tratamento de Outros Resíduos na Imunização

- A sala de aplicação deve ter uma lixeira destinada para resíduo comum (saco preto) e outra para resíduo infectante (saco branco leitoso);
- Utilizar saco plástico impermeável - armazenamento de resíduo comum: plásticos, papel, papel-toalha, algodão seco, material utilizado em antissepsia e resíduos provenientes das áreas administrativas;
- Utilizar saco plástico branco leitoso - armazenamento de resíduos do grupo A1 – resíduos biológicos infectantes: culturas e estoques de microrganismos; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados e grupo e – resíduos perfurocortantes: agulhas e seringas agulhadas utilizadas;
- Recolher os sacos preenchidos até 2/3 de sua capacidade ou então a cada 24 horas, independentemente do volume, visando o conforto ambiental e a segurança dos usuários e dos profissionais;
- Fechar os sacos de forma que não se permita o derramamento, mesmo que virados com a abertura para baixo;
- Retirar imediatamente os sacos do local de geração após o preenchimento e fechamento e mantidos íntegros até o tratamento ou a disposição final do resíduo.

Recipientes destinados à coleta de material perfurocortante:

- Preencher o recipiente no limite máximo de 5 cm abaixo do bocal;
- Manter o recipiente em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte;
- Lacrar as caixas coletoras e acondicioná-las em saco branco leitoso;
- Os imunobiológicos atenuados a serem descartados deverão ser segregados em recipientes de material perfurocortante e serão inativados através da

autoclavagem. Após este processo, os resíduos serão considerados como grupo D e serão desprezados como lixo hospitalar.

Consideram-se os seguintes grupos na Classificação de Resíduos Sólidos: GRUPO A – RESÍDUOS BIOLÓGICOS INFECTANTES; GRUPO B – RESÍDUOS QUÍMICOS; GRUPO C – REJEITOS RADIOATIVOS; GRUPO D – RESÍDUOS COMUNS e GRUPO E – RESÍDUOS PERFUROCORTANTES.

Observação: Segundo a NOTA TÉCNICA ANVISA Nº 002/2011, de 12 de abril de 2011 recomenda-se que a autoclave a ser utilizada para este procedimento seja exclusiva. Na falta da autoclave, orienta-se esterilizar em estufa por duas horas a + 170º C.

Cuidados:

1. Após a administração da vacina não se deve reencapar a agulha utilizada, pelo risco de acidente.
2. Em caso de acidente com material contaminado ou perfurocortantes, verificar tipo de material e procurar atendimento médico/Serviço de Vigilância de Referência descrevendo corretamente o tipo de acidente.

Referências Bibliográficas

- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

-Ministério do Trabalho e Emprego- D.O.U. de 16/11/05 – Seção 1) PORTARIA N.º 485 - Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde), 2005.

Atividade:

Operacionalização da Rede de Frio – Recebimento e Armazenamento dos Imunobiológicos.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características, a fim de conferir imunidade.

Materiais necessários: Imunobiológicos; Caixas térmicas de poliuretano; Caixas térmicas de poliestireno expandido- 12 litros; Termômetros de caixa térmica com cabo extensor; Bobinas de gelo reutilizáveis; Freezer exclusivo; Recipientes perfurados para organização dos imunobiológicos; Mapa de controle diário de temperatura da rede de frio; Ficha de prateleira para o controle de imunobiológicos e Livro de registro.

Principais atividades:

Recebimento dos Imunobiológicos

- Avaliar as condições das bobinas de gelo reutilizável;
- Anotar as temperaturas da caixa térmica, registrando na Guia de remessa recebida, no livro de ordens e ocorrência ou planilha própria, conforme rotina da Sala de Vacinas;
- Anotar as quantidades de imunobiológicos, em frascos, que constam na caixa térmica e na guia de remessa;
- Anotar em livro de ordens ocorrências ou planilha própria, a data do recebimento, números dos lotes e validades, com quantidades recebidas;
- Comunicar à unidade provedora alguma inconsistência, como exemplo: temperatura inadequada, quantidade de imunobiológicos diferentes entre a guia de remessa e o volume físico da caixa térmica.

Armazenamento dos Imunobiológicos na Câmara de Conservação

- Registrar as temperaturas da câmara de conservação no Mapa de Controle Diário de Temperatura, no início e ao final do expediente de trabalho;
- Os imunobiológicos devem ser armazenados, imediatamente após a conferência, dentro da câmara de conservação;

- Organizar os imunobiológicos em recipientes perfurados;
- Dispor nas prateleiras da câmara de conservação, os imunobiológicos por ordem de validade, organizando para uso imediato os com validades mais próximas do vencimento;
- Anotar na Ficha de Controle de Imunobiológicos, a data de recebimento de cada lote de imunobiológico, para que se houver alguma falha de rede de frio, seja informado o tempo de armazenamento do imunobiológico envolvido na temperatura alterada.

Cuidados:

1. Lembrar que a câmara que compõe a rede de frio deve ter uma tomada de uso EXCLUSIVO;
2. Idealmente as salas de vacina devem ter um aparelho de ar condicionado compatível com seu tamanho, que deve permanecer ligado durante toda jornada de trabalho.

Referências Bibliográficas

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissiveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2017.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Operacionalização da Rede de Frio – Ambientação das Bobinas de Gelo Reutilizáveis.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.
Resultados esperados:

Assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características, a fim de conferir imunidade.
Materiais necessários:

Imunobiológicos; Caixas térmicas de poliuretano; Caixas térmicas de poliestireno expandido- 12 litros; Termômetros de caixa térmica com cabo extensor; Bobinas de gelo reutilizáveis; Freezer exclusivo; Recipientes perfurados para organização dos imunobiológicos; Mapa de controle diário de temperatura da rede de frio; Ficha de prateleira para o controle de imunobiológicos e Livro de registro.
Principais atividades:

Ambientação das Bobinas de Gelo Reutilizáveis (vide Anexo - 02)

- Retirar as bobinas reutilizáveis do freezer;
- Colocá-las sobre uma mesa, pia ou bancada, até que desapareça a "névoa" que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;
- Simultaneamente colocar sob uma das bobinas o sensor de um termômetro de cabo extensor, para indicação da temperatura mínima de 0o C.;
- Após o desaparecimento da "névoa" e a confirmação da temperatura (aproximadamente +1o C), por meio do termômetro de cabo extensor, colocá-las nas caixas.

Cuidados com as Bobinas Reutilizáveis

1. Caso o material plástico seja danificado, a bobina deverá ser desprezada.
2. NUNCA USAR ÁGUA COM SAL OU OUTRA SUBSTÂNCIA para completar o volume das bobinas.

3. Ao serem retiradas das caixas térmicas, as bobinas deverão ser lavadas, enxugadas e congeladas.
4. Verificar periodicamente o PRAZO DE VALIDADE das bobinas à base de celulose vegetal.
5. Certificar que estas não apresentam depósitos ou resíduos no interior, o que representaria a contaminação do produto. Caso isto ocorra, desprezar imediatamente.

Outros cuidados:

1. Para a conservação de imunobiológicos em caixas térmicas não é recomendado o uso de gelo em barra ou escama;
2. Sob nenhuma hipótese utilizar caixas danificadas, ou com paredes de espessura fina, já que estas não terão a resistência suficiente às atividades e não manterão a temperatura adequada.

Referências Bibliográficas

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2017.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Operacionalização da Rede de Frio – Organização da Caixa Térmica de Uso Diário e do Freezer / Limpeza da Câmara de Conservação.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

INSTITUTO GNOSIS

Assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características, a fim de conferir imunidade.

Materiais necessários: Imunobiológicos; Caixas térmicas de poliuretano; Caixas térmicas de poliestireno expandido- 12 litros; Termômetros de caixa térmica com cabo extensor; Bobinas de gelo reutilizáveis; Freezer exclusivo; Recipientes perfurados para organização dos imunobiológicos; Mapa de controle diário de temperatura da rede de frio; Ficha de prateleira para o controle de imunobiológicos e Livro de registro.

Principais atividades:

Organização das Caixas Térmicas de Uso Diário

- Ambientar as bobinas de gelo até que estas estejam em temperatura mínima de 1° C;
- Posicionar as bobinas reutilizáveis circundando as paredes internas da caixa térmica. Não utilizar bobina no fundo da caixa térmica durante a rotina diária da sala de vacinas;
- Posicionar o termômetro de caixa com cabo extensor de forma adequada, no interior da caixa térmica, de forma que o bulbo do termômetro esteja em suspenso no centro da caixa e sem qualquer contato com as superfícies e/ou bobinas;
- Organizar os imunobiológicos no interior da caixa térmica em recipientes de plástico para melhor segurança, organização e identificação;
- Monitorar a temperatura durante o processo de trabalho diário;
- Realizar o monitoramento contínuo da temperatura da Caixa Térmica: Providenciar a troca das bobinas de gelo, de forma que a rede de frio se mantenha entre + 2 a +8 ° C;
- Manter as a caixas térmicas fora do alcance da luz solar e distante de fontes de calor.

Organização do Freezer

- Dispor primeiramente as bobinas empilhando-as horizontalmente em contato com as paredes laterais do equipamento;

- Após o congelamento destas, deslocá-las para a parte central do freezer e colocar mais bobinas a congelar conforme descrito anteriormente;
- Repetir este procedimento até completar a carga recomendada (80%, ou conforme orientações do fabricante).

Limpeza da Câmara de Conservação

- Realizar a limpeza das superfícies internas das câmaras, segundo orientação técnica do fabricante do equipamento;
- Remanejar os imunobiológicos para caixas térmicas com temperatura de + 2 a + 8º c, antes da limpeza da câmara.

Encerramento das Atividades Diárias

- Ao final do expediente: retirar e limpar as bobinas de gelo das caixas térmicas e guardá-las no freezer exclusivo para este fim;
- Conferir o funcionamento dos equipamentos de refrigeração;
- Limpar as caixas térmicas: lavar e secar as caixas térmicas e guardá-las abertas em local ventilado.
- Desligar o ar condicionado.

Referências Bibliográficas

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2017.

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Plano de Contingência - Falha de Rede de Frio.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados: Assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características, a fim de conferir imunidade e evitar perda / inutilização dos imunobiológicos.

Materiais necessários: Imunobiológicos; Caixas térmicas de poliuretano; Caixas térmicas de poliestireno expandido- 12 litros; Termômetros de caixa térmica com cabo extensor; Bobinas reutilizáveis; Freezer exclusivo; Recipientes perfurados para organização dos imunobiológicos; Mapa de controle diário de temperatura da rede de frio; Ficha de prateleira para o controle de imunobiológicos; Livro de registro; Formulário para avaliação de imunobiológico sob suspeita e Modelo de ata de inutilização de vacinas.

Principais atividades:

- O Enfermeiro responsável pela sala de vacinação seguirá o Plano de Contingência de Falhas em Rede de Frio elaborado pela Divisão de Vigilância em Saúde (DVS);
- Se energia puder ser restabelecida ou a falha corrigida, manter os imunobiológicos no equipamento com temperatura adequada, até o limite máximo de +7°C;
- Se energia não for restabelecida ou a falha não for corrigida, transferir os imunobiológicos para outro equipamento com temperatura adequada entre +2° a +8° C.. Dispor de bobinas de gelo reutilizável para acondicionamento em caixas térmicas durante o transporte;
- Manter os imunobiológicos acondicionados e proceder a comunicação com parcerias para o restabelecimento da energia ou reparo do equipamento;
- Registrar as temperaturas no ato da identificação da falha de rede de frio, transferindo os imunobiológicos para um equipamento sob refrigeração de +2° a +8°C, identificando como IMUNOS SOB SUSPEITA e não utilizar esse volume;
- Preencher o Formulário para Avaliação de imunobiológicos sob suspeita (vide Anexo 03);

- Encaminhar o formulário preenchido via e-mail ao Serviço de Vigilância em Saúde/Central de Vacinas, que repassará à Divisão de Vigilância em Saúde e à Coordenação do Programa de Imunizações para definição da conduta final a ser adotada.

Cuidados: Somente proceder inutilização de imunobiológicos após avaliação e parecer oficial das instâncias superiores.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Rede de Frio/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

Atividade:

Protocolo de Atendimento de Choque Anafilático - Emergência na Sala de Vacinas.

Executante:

Médico e/ou Enfermeiro com o apoio da equipe de técnicos de enfermagem.

Resultados esperados:

Garantir a assistência imediata ao paciente em choque anafilático pós – vacinal.

Materiais necessários:

Kit de emergência contendo:

Seringa e agulhas para injeção;

Ampola de Adrenalina - 1:1000

Hidrocortisona 100 mg;

Materiais para acesso venoso: scalp, gelco, equipo/ soro SF e SG,

Luva de procedimento

Esparadrapo

Demais materiais necessários, quando possível, como O2 sob máscara ou ambu

INSTITUTO GNOSIS

Principais atividades:

A principal manifestação de emergência em sala de vacinação é o Choque Anafilático, que se manifesta, geralmente, de minutos até 2 horas após a vacinação com sintomas e sinais de: diminuição ou abolição do tônus muscular, palidez e/ou cianose, resposta diminuída ou ausente aos estímulos, depressão ou perda da consciência, hipotensão ou choque, alterações respiratórias e manifestações cutâneas.

Implementar de forma imediata o Protocolo do Atendimento do Choque Anafilático (vide Anexo 06 – Protocolo de Atendimento do Choque Anafilático):

1. Checar responsividade;
2. Checar vias aéreas e sinais vitais;
3. Colocar o cliente em local apropriado e em posição de Trendelemburg;
4. Instalar O2 sob máscara ou ambu, se possível;
5. Implementar terapêutica medicamentosa prioritária:

administrar adrenalina 0,01 mg/Kg- intramuscular ou subcutânea, em:

Crianças – 01- 0,3 ml a cada 10-15 minutos;

Adultos- 0,3- 0,5 ml a cada 10 15 min;

6. Medicamento complementar, quando houver: hidrocortisona 100 mg;
7. Ligar para o serviço de Emergência e solicitar ambulância;
8. Encaminhar para ambiente hospitalar e manter em observação por 24 horas devido ao risco de recorrência do choque anafilático.

Considerando a Lei do Exercício profissional da Enfermagem e o Código de Ética da Enfermagem, o atendimento ao choque anafilático pode ser realizado por profissional de enfermagem (nível superior), quando não houver presença médica, havendo sinais e sintomas que caracterizem que emergência e promovam risco de morte ao cliente, sempre respeitando o protocolo para atendimento de choque anafilático, já definido.

Bases legais sobre:

a. Código de Ética de Enfermagem:

Responsabilidades de deveres

Art 12. Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Proibições

Art 26 – Negar Assistência de Enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

Art 33 – Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional., exceto em caso de emergência

b. Lei do Exercício Profissional:

Cabe privativamente ao enfermeiro

Art 11. prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde

Cuidados:

1. Toda sala de vacinação deve estar munida de um Kit de emergência.
2. O Protocolo de Atendimento ao Choque Anafilático deve estar visível e ser de conhecimento de todos os profissionais de nível superior.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Registros em Imunização.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Padronizar os processos de registro na Sala de Vacinas

Materiais necessários: Computador; Acesso ao sistema SI PNI web e Impresso - Cartão de registro do Vacinado (Individualizado).

Principais atividades:

Registro Vacinal Individualizado

- Realizar registro dos dados pessoais e residenciais da pessoa a ser vacinada (Certidão de Nascimento, Cartão SUS ou outro documento de identificação);
- Em caso de dados pessoais relatados de forma somente verbal, torna-se necessário solicitar que um documento de identificação seja trazido no próximo retorno. Os dados deverão ser registrados a lápis e após a confirmação através do documento, registrar os dados a caneta;

Registro na Caderneta Vacinal

- Registrar da(s) dose(s) administrada(s) em local específico contendo unidade vacinadora (carimbo com código da Unidade), lote, data (dia, mês e ano) e o nome legível do vacinador. O aprazamento de doses sequenciais deverá ser feito a lápis contendo dia, mês e ano.

Registro via sistema SI PNI web

- Digitar todos os dados no sistema de Informação Nominal – SI PNI, atualizando os registros anteriores e de vacinas administradas. Caso o registro no SI PNI não seja realizado no momento do atendimento, as informações deverão estar registradas no cartão individual do vacinado/ cartão – controle.
- É importante realizar backup (cópia de segurança) com o objetivo de manter a integridade dos registros em caso de eventuais problemas no sistema.

Cuidados:

1. A assinatura do vacinador deve ser legível. Não é permitido rubrica.

2. O enfermeiro responsável pela sala de vacinas deve monitorar constantemente a qualidade dos registros efetuados pela equipe de vacinação.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Supervisão da Limpeza da Sala de Vacinas.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem

Resultados esperados:

Padronizar o processo de limpeza da Sala de Vacinas e garantindo uma ambiência adequada, a prevenção de ocorrência de infecções cruzadas, além de gerar conforto e segurança à clientela e à equipe de trabalho.

Materiais necessários: Roupas apropriadas para limpeza e uso de sapatos fechados; Balde; Solução desinfetante (preferencialmente hipoclorito de sódio a 1%); Rodo ou esfregão; Pano de chão; Luvas para limpeza; Pá e Escova de mão; Esponja; Sabão; Saco descartável para lixo; saco plástico de cor branco-leitosa e saco plástico de lixo comum de cor preto; Coletor de material perfurocortante e Lixeira com pedal.

Principais atividades:

- A equipe da Sala de Vacinas deverá supervisionar o processo de limpeza concorrente ou terminal realizado pelos auxiliares de serviços gerais;
- A equipe deve garantir a preservação da Rede de Frio durante o processo de limpeza, preferencialmente a câmara de conservação NÃO deverá ser desligada;
- Caso ocorra o desligamento, a equipe deverá observar a manutenção do funcionamento do equipamento através do processo de ativação da bateria.

Limpeza Concorrente:

INSTITUTO GNOSIS

A limpeza concorrente da sala de vacinas deve ser sempre diária, no mínimo 2 x ao dia, durante a jornada de trabalho e sob supervisão de algum componente da equipe e não nos finais de semana.

- Umedecer um pano na solução desinfetante envolvê-lo em um rodo e proceder a limpeza da sala do fundo para saída, em sentido único. Fazer a limpeza do fundo para a saída, tantas vezes quantas forem necessárias, até que o ambiente fique limpo;
- Recolher o lixo do chão com a pá, utilizando esfregão ou rodo envolvido em pano úmido;
- Recolhe o lixo do cesto, fechando o saco corretamente.

Limpeza Terminal:

A limpeza terminal é mais completa e contempla todas as superfícies horizontais, verticais, internas e externas da sala e dos equipamentos. Esta deve ser realizada a cada 15 dias: limpeza de piso, teto, paredes, portas, janelas, mobiliário, luminárias, lâmpadas e filtros de condicionadores de ar.

- Lavar os cestos de lixo com solução desinfetante;
- Iniciar a limpeza pelo teto, usando pano seco envolvido em um rodo;
- Retirar e limpar os bojos das luminárias e lavá-las com água e sabão, secando-as em seguida;
- Limpar janelas, vitrôs e esquadrias com pano úmido em solução desinfetante e finalizar com pano seco;
- Lavar externamente janelas, vitrôs e esquadrias com escova e solução desinfetante, enxaguando-os em seguida;
- Limpar as paredes com pano umedecido em solução desinfetante e completar a limpeza com pano seco;
- Limpar os interruptores de luz com pano úmido;
- Lavar a pia e torneira com esponja, água e sabão;
- Enxaguar a pia e passar um pano úmido em solução desinfetante;
- Limpar o chão com esfregão ou rodo envolvidos em pano umedecido em solução desinfetante e em seguida, passar pano seco.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.599 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 300 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-005

000205

INSTITUTO GNOSIS

Cuidados:

1. Não varrer o chão para evitar a dispersão do pó e contaminação do ambiente;
2. O saco de lixo é descartável e nunca deve ser reutilizado.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

Atividade:

Rotina da Sala de Imunização.

Executante:

Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Resultados esperados:

Fornecer condições técnicas ideais que garantam a qualidade da assistência prestada.

Materiais necessários: Imunobiológicos; Câmara de conservação; Caixas térmicas de poliuretano; Termômetros de caixa térmica com cabo extensor; Bobinas de gelo reutilizáveis; Freezer exclusivo; Recipientes perfurados para organização dos imunobiológicos; Suporte para a BCG e óculos de proteção; Gaveteiro para guarda de materiais secos; Seringas agulhadas; Tesoura reta com ponta romba; Pinça "dente de rato" Porta algodão; Algodão hidrófilo; Protocolo e Kit de choque anafilático; Dispensador com sabão líquido; Dispensador com papel-toalha; Caixa coletora de material perfurocortante com suporte; Impressos e Manuais; Cartão de Registro Individualizado; Mapa de controle diário de temperatura da rede de frio; Ficha de prateleira para o controle de imunobiológicos; Plano de Contingência - Falha na Rede de Frio; Plano de gerenciamento de Resíduos; Livro para registro; Formulário de Avaliação de imunobiológico sob suspeita; Formulário de notificação de Erro de Imunização; Modelo de ata de inutilização de vacinas; Calendários vacinais

atualizados afixados na parede (criança, adolescente, adulto/idosos e gestantes) e Quadro adesivo profilaxia tétano e raiva humana.

Principais atividades:

Antes da abertura da sala para atendimento

- Verificar se a sala encontra-se limpa e organizada;
- Ligar o sistema de ar-condicionado;
- Verificar a temperatura da câmara que deverá estar entre + 2° C a + 8°C;
- Registrar as temperaturas no mapa diário de controle, não se esquecendo de registrar a data, hora e nome do responsável;
- Comunicar qualquer alteração de temperatura ao Enfermeiro Responsável;
- Caso a temperatura da Rede de Frio oscile durante o período de funcionamento da Unidade, a equipe da Sala de Vacinas deverá utilizar de medidas de controle para que as temperaturas alcancem os valores preconizados;
- Em casos de Falha na Rede de Frio: seguir o Procedimento Operacional Padrão conforme já estabelecido pela unidade junto à DVS.

Estando a Rede de Frio conforme os padrões preconizados, seguir os passos abaixo:

- Higienizar as mãos;
- Prover todos os insumos para uso no dia, verificando validade dos mesmos;
- Conferir conteúdo e validade do kit de choque anafilático. Manter o Kit em local de fácil acesso e visualização;
- Realizar contagem de estoque do número de doses armazenadas dentro da câmara; registrar validade e lote das vacinas na Ficha de Prateleira (vide Anexo 01);
- Retirar as bobinas de gelo do freezer e deixá-las sobre a bancada (atingir a temperatura de no mínimo + 1° C);
- Separar a caixa térmica de uso diário;
- Limpar a bancada;
- Organizar as bobinas de gelo ao redor das paredes da caixa térmica e colocar o termômetro de cabo extensor;

- Quando a temperatura estiver estabilizada, colocar na caixa térmica os frascos de vacinas em recipientes perfurados;
- Colocar na caixa térmica a quantidade de doses aproximada para a jornada de trabalho;
- Organizar a mesa de trabalho e os materiais de escritório;
- Conferir, separar e repor todos os impressos que serão utilizados no dia de trabalho;
- Manter em local visível um calendário básico de vacinação atualizado além de um calendário do mês corrente;
- Conferir a quantidade, validade e condições de materiais secos;
- Separar por graduações as seringas agulhadas a serem utilizadas;
- Garantir um recipiente exclusivo e adequado para cada tipo de material a ser descartado;
- A sala de aplicação deve ter uma lixeira para lixo comum (saco preto) e outra para lixo infectante (saco branco leitoso);
- No início ou final de cada plantão, suprir a sala com os materiais necessários;
- Separar os cartões dos indivíduos com vacinação aprazada.

Encerramento das atividades diárias:

- Conferir os registros diários das vacinas administradas no dia;
- Verificar a temperatura da câmara (+ 2º C a + 8ºC);
- Registrar as temperaturas no mapa diário de controle, além da data, hora e nome do responsável;
- Comunicar qualquer alteração de temperatura ao Enfermeiro Responsável;
- Caso a temperatura da Rede de Frio esteja inadequada, a equipe da Sala de Vacinas deverá utilizar de medidas de controle para que as temperaturas alcancem os valores recomendados de + 2 a + 8o C;
- Desmontar as caixas térmicas e recolocar dentro da câmara os frascos que poderão ser utilizados, conforme a validade;
- Retirar as bobinas reutilizáveis do interior da caixa térmica, proceder as limpeza destas bobinas e guardá-las no freezer que compõe a Rede de Frio;

- Proceder a limpeza da(s) caixas térmicas de uso diário, deixando-as secas;
- Registrar o número de doses desprezadas em formulário padronizado;
- Arquivar cartões - controle de acordo com a data do retorno;
- Separar os cartões-controle de faltosos;
- Repor material de uso diário para garantir o início dos trabalhos na manhã seguinte;
- Guardar todo o material que possa ser utilizado no dia seguinte em armário próprio;
- Verificar se a tomada do equipamento está conectada e se a câmara encontra-se fechada, antes de se retirar da sala;
- Desligar o ar condicionado;
- Deixar a sala limpa e organizada para o início do trabalho no dia seguinte.

Cuidados:

1. Realizar semanalmente a convocação e busca de faltosos;
2. Gerar mensalmente o relatório " Vacinados por Vacina" via sistema SI PNI – web;
3. Avaliar e calcular o percentual de utilização e perda dos imunobiológicos, coberturas vacinais da área de abrangência e os dados sobre ocorrências de Eventos Adversos Pós-vacinais.

Referências Bibliográficas

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis- Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

-Ministério do Trabalho e Emprego.- D.O.U. de 16/11/05 – Seção 1) PORTARIA N.º 485 - Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde), 2005.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Anamnese e Primeira Consulta Odontológica

Executante: Cirurgião-Dentista

Resultados esperados: Obtenção de informações detalhadas sobre saúde física e psicológica atual, enfermidades pregressas, antecedentes familiares, hábitos e situação socioeconômica, além de conhecer a situação epidemiológica de saúde bucal na área da ESF.

Materiais necessários: Equipo odontológico quando realizado no consultório ou luz natural em espaços sociais identificados; Kit Clínico Odontológico Básico (espelho, sonda exploradora e pinça de algodão); Equipamentos de proteção individual (EPI): máscaras, luvas, toucas/garro descartáveis, óculos de proteção, jaleco; caneta e prontuário.

Principais atividades:

1- Realizar anamnese:

1.1- Identificação

1.2- Queixa principal

1.3- História da doença atual

1.4- História buco-dental

1.5- História médica atual e passada

1.6- Hábitos

2- Realização do exame físico extra e intra bucal - O exame da boca deve ser feito de maneira ordenada e completa, examinando-se pausadamente cada estrutura com a certeza de não ter omitido nenhum detalhe.

2.1- Descrever e anotar as lesões

2.2- Formular as hipóteses de diagnóstico

2.3- Realizar exame(s) complementar(es)

2.4- Estabelecer o diagnóstico final

2.5- Quando possível realizar o tratamento

2.6- Encaminhar quando necessário

As anotações em prontuário referentes à condição de saúde bucal do paciente deverão ser feitas pela ASB ou pelo cirurgião-dentista utilizando sobre luvas de plástico.

Cuidados:

- A anamnese é realizada nos atendimentos de demanda espontânea quanto nos atendimentos agendados. No caso de um atendimento de urgência, o paciente é atendido somente para alívio sintomático e agendado para a continuação do tratamento;
- Ficar em alerta para sinais de risco e níveis de prioridade de acordo com a vulnerabilidade apresentada pelo usuário (Cidadão);
- Explicar ao usuário (Cidadão) o funcionamento do serviço;
- Recomenda-se uma consulta odontológica programática/ano por pessoa;
- Tudo que é observado durante o exame clínico deve ser transcrito fiel e pormenorizadamente no prontuário clínico adequado.

Referências Bibliográficas

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia. Dez,2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Atividade: Atendimento Clínico Odontológico Programado

Executante: Cirurgião Dentista

Resultados esperados: Realização de procedimentos clínicos previstos no plano de tratamento.

Materiais necessários: Equipo odontológico quando realizado no consultório ou luz natural em espaços sociais identificados; Kit Clínico Odontológico Básico; EPI.

INSTITUTO GNOSIS

Principais atividades:

- Receber o paciente cordialmente e com amabilidade, após o mesmo já ter passado pela escovação supervisionada pela ASB/TSB;
- Posicionar o paciente na cadeira odontológica que com o auxílio da ASB colocará o avental e o óculos de proteção;
- Oferecer ao paciente guardanapo;
- Em caso de procedimento cirúrgico, oferecer à paciente solução de clorexidina 0,12% para bochecho;
- O profissional deverá realizar a higienização das mãos.
- O CD deverá paramentar-se de EPI;
- Abrir os materiais estéreis previamente selecionados de acordo com o procedimento programado sobre a mesa auxiliar no campo de visão do paciente, observando a conservação da embalagem assim como a data de validade da esterilização dos mesmos. Se a embalagem estiver danificada, não utilizar;
- Fazer o ajuste da cadeira e do refletor;
- Executar o procedimento programado segundo normas e protocolos descritos na literatura;
- Ao final do(s) procedimento(s) remover as luvas e descartá-las em recipiente para resíduos infectantes;
- Lavar as mãos
- Remover o EPI do paciente (ASB);
- Orientar, agendar retorno do paciente e, se necessário encaminhá-lo para os centros de especialidades odontológicas e dispensar o paciente;
- Após o atendimento, o material utilizado será colocado cuidadosamente no local de destino para que seja limpo e esterilizado.

Cuidados:

- Após o atendimento a cada paciente, na própria torneira da cuspideira, sugar abundantemente com água para limpar a borracha do sugador;
- Os materiais perfurocortantes devem ser depositados em recipientes próprios com paredes rígidas e identificados com resíduos perfurocortantes;
- Os tubetes de anestésicos usados e saco plástico contendo lixo contaminado devem ser depositados em recipientes para resíduos infectados;

- Resíduos de amálgama devem ser acondicionados em frascos plásticos identificados contendo água suficiente para cobri-los e tampa, e posteriormente encaminhado para coleta especial de resíduos contaminados;
- As pontas de alta e baixa rotação, micro-motor devem ser trocadas a cada paciente.
- A alça do refletor, bancada de trabalho, alças da mesa auxiliar, seringa tríplice e as pontas dos aparelhos de fotopolimerização devem ser protegidas com barreira plástica ou filme PVC e trocadas a cada consulta.

Referências Bibliográficas

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia. Dez,2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Atividade: Atendimentos Odontológicos de Urgência.

Executante: Cirurgião-Dentista

Resultados esperados:

- Alívio da dor bucal, controle da infecção e do trauma dental.
- Espera-se que os pacientes que não pertençam ao território de responsabilidade da Unidade recebam o primeiro atendimento e somente depois sejam direcionados para sua unidade de referência.

Materiais necessários: Consultório, cadeira odontológica, EPI, Kit clínico odontológico e insumos odontológicos.

Principais atividades:

- Consulta odontológica imediata, com caráter de urgência, com a realização dos procedimentos clínicos indicados para a resolubilidade do caso.
- Alívio da dor.
- A maioria dos casos que leva à busca dos serviços odontológicos refere-se à dor e ao desconforto, sendo o alívio da dor o principal tratamento demandado.

- Em casos de Pulpite Aguda Reversível
- Neste caso deve ser realizado o acesso endodôntico com curativo de demora e posterior orientação do cuidado e programação do cuidado.
- Em casos de Abscesso Dentário Localizado
- O tratamento alia terapia medicamentosa e tratamento operatório, que consiste basicamente na drenagem do abscesso e posterior eliminação da causa da infecção. Quando houver necessidade de endodontia, deve ser feito o acesso endodôntico e curativo de demora com posterior encaminhamento para os centros de especialidades odontológicas.
- Nos casos de cárie avançada e/ou doença periodontal o alivio da dor é alcançado por meio da remoção do tecido cariado, acesso endodôntico ou exodontia do elemento dentário afetado, após avaliação clínica do Cirurgião-Dentista.
- Primeiros cuidados em casos de trauma dento-alveolares:
- Antes de qualquer procedimento acalmar o paciente é fundamental para que sejam obtidas as informações necessárias. Na primeira avaliação é necessária remoção de coágulos formados, com lavagem da região e contenção de sangramentos existentes. Somente o cirurgião-dentista poderá avaliar a extensão do problema que o traumatismo poderá ter causado ao dente e à cavidade bucal. Encaminhamento para exame radiográfico e tratamento especializado nos centros de especialidades odontológicas (CEO) do município e/ou encaminhamento para os hospitais gerais caso o profissional julgue necessário.

Cuidados:

- As urgências odontológicas classificadas com gravidade que requeira procedimentos relacionados a outro nível de complexidade, devem ser devidamente encaminhadas por meio da regulação, não cabendo orientar o paciente a procura outra unidade de saúde sem o devido referenciamento;
- O acesso ao atendimento deve ser gerenciado pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) junto com a equipe de Saúde da Família (ESF);
- Na recepção da unidade, ao receber qualquer demanda para a Saúde Bucal, cabe ao Agente Comunitário de Saúde acionar a Equipe de Saúde Bucal e orientar o usuário(a) para esse atendimento;

- Ficar em alerta para sinais de risco e níveis de prioridade de acordo com a vulnerabilidade apresentada pelo usuário (Cidadão).

Referências Bibliográficas

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Protocolo de intervenção odontológica em áreas de difícil acesso. Brasília. 2011.

NETO JJSM, GONDIM JO. Traumatismo dentário: protocolo de atendimento. 1. Ed. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2007. 112 p.

Ferro, A. H. B..Conselho Regional de Odontologia do Piauí. Urgência e emergências em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.2010.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Atividade: Agenda Padrão da Saúde Bucal/Programação do Cuidado

Executante: Equipe de Saúde Bucal

Resultados esperados:

- Cumprimento das ativi dades a serem realizadas pela ESB nos que devem ser distribuídas nos dez (10) turnos previstos durante a semana;
- Seis (6) turnos de 4 horas de atendimentos programados com previsão de realização de doze (12) procedimentos conclusivos por turno em no mínimo oito (8) pacientes;
- Cirurgiões Dentistas com o auxílio da ASB;
- Quatro (4) turnos de atendimento em cadeira de acordo com a Lei 11.889 – TSB sob supervisão do Cirurgião-Dentista;
- Um (1) turno de visita domiciliar – ESB e um (1) turno de reunião de equipe – ESB;
- Dois (2) turnos de atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços do território. - ESB (Cirurgião Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal);
- Três (3) turnos de atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços do território.- TSB e dois (2) turnos de visita domiciliar – TSB.

Materiais necessários: Consultório, cadeira odontológica, EPI, Kit clínico odontológico e insumos odontológicos; caneta; prontuário eletrônico.

Principais atividades:

- A agenda da Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve considerar os atendimentos programados e à demanda espontânea; Ações de Promoção da Saúde e Intersetoriais, como PSE, população em situação de rua, e outras; Visitas Domiciliares;
- Reuniões de Equipe; E outras atividades integradas à Equipe de Atenção Primária à Saúde;
- A agenda de cuidado deve contemplar atenção, vigilância, promoção e reabilitação da saúde oral;
- Em atenção à necessária integralidade do cuidado, orienta-se compor a agenda com base na gestão de lista, na gestão compartilhada de casos com a Equipe de Saúde da Família/Equipe de Atenção Primária, no acompanhamento dos grupos prioritários para Atenção à saúde bucal, destacando-se como fonte estratégica as atividades realizadas na Unidade de Atenção Primária com gestantes, usuários em condições crônicas, tabagistas, Bolsa Família, tuberculose, entre outros.
- A agenda padrão semanal de cada Equipe de Saúde Bucal deverá ser afixada em local visível dentro do consultório de saúde bucal, no Quadro de Informações da Unidade de Saúde e na sala do Diretor ou Gerente, contendo o nome de cada profissional de saúde bucal, a atividade a ser realizada em cada turno de trabalho e local de realização.

Cuidados:

- Buscar cumprir a agenda padrão de forma a suprir todas as necessidades da população cadastrada e/ou área de abrangência;
- Ficar em alerta para sinais de risco e níveis de prioridade de acordo com a vulnerabilidade apresentada pelo usuário (Cidadão);
- Explicar ao usuário o funcionamento do serviço;
- Adequação do agendamento ao horário mais conveniente ao usuário (Cidadão), evitando o absenteísmo e a ociosidade dos serviços;
- É expressamente vetado o agendamento de vários pacientes para o mesmo
- Horário;
- Nenhum usuário poderá ser desligado sem que tenha sido comunicado e esteja de Acordo, posto tratar-se de uma decisão que requer uma avaliação conjunta;

- Em caso de falta de um ou mais pacientes agendados e ausência de demanda espontânea, a ESB poderá realizar busca ativa na Unidade de potenciais pacientes para o preenchimento imediato dessas consultas e, também, recorrer a gestão de sua lista de prioridades;
- Avaliar e programar o tratamento de forma a otimizar o tempo clínico e o número de consultas, priorizando a realização de procedimentos por hemi-arco, até a alta clínica, prevendo a realização de consultas de manutenção, de acordo com o risco identificado do usuário (Cidadão). As consultas devem ser precedidas por instruções de higiene oral, com aproveitamento dos profissionais auxiliares.

Referências Bibliográficas

LIMA JÚNIOR, Ivo Aurélio. Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. 171p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2008. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. LEI 11.889/2008: Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Atividade: Ação coletiva de promoção da saúde bucal e prevenção da doença.

Executante: Equipe de Saúde Bucal (ESB)

Resultados esperados: Atuação na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais, visando mudar atitudes em relação ao processo saúde-doença, de modo que o usuário possa atuar com autonomia, ativamente e consciente de seu papel e da importância das ações.

Materiais necessários: Kit de higiene dental distribuído pelas Unidades Básicas de Saúde (contendo escova dental, pasta dental e fio dental); flúor gel; EPI (luva de

procedimento, gorro máscara, óculos de proteção e jaleco); escovário.; pasta ou solução evidenciadora de placa.

Principais atividades:

- Procedimentos coletivos realizados por cirurgião-dentista e TSB/ASB (sob supervisão do cirurgião-dentista);
- Orientação e estimulação da população a incorporar hábitos de higiene bucal, contribuindo para a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal;
- Atividades assistenciais programadas, precedidas de escovação com orientação sobre a técnica da escovação dental, supervisionada no escovário, acompanhada de evidenciação de placa bacteriana e aplicação tópica de flúor.

Cuidados:

- Diante de uma negativa por parte do usuário, a Equipe de Saúde Bucal deverá respeitar a posição do mesmo, procurando conversar sobre o sentido dessa ação para a qualidade do atendimento e desse hábito para a saúde bucal dele e de sua família.
- Nas atividades com pacientes menores de idade, é importante ter autorização dos responsáveis em caso de ausência dos mesmos;
- Quanto à demanda espontânea, se a unidade dispuser do kit de Saúde Bucal, deverá oferecê-lo com as devidas orientações ao usuário sobre a técnica da escovação.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei n 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das Profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília: 2008. 92p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2008. 128p.

LIMA JÚNIOR, Ivo Aurélio. Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. 171p. RIO DE JANEIRO (Município) – Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2007 – Publicação das Diretrizes de Atendimento e dos Protocolos das Especialidades.
PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Atividade: Visita Domiciliar (VD) realizada pela Equipe de Saúde Bucal
Executante: Equipe de Saúde Bucal
Resultados esperados:
Ampliar o acesso, qualificar os atendimentos e fortalecer o vínculo com a população adscrita; identificação de usuários vulneráveis que necessitam de atendimento prioritário.
Materiais necessários:
Equipamentos de proteção individual, kit clínico odontológico, e instrumentais odontológicos; prontuário próprio.
Principais atividades:

- Identificação e encaminhamento dos usuários para atendimento na Unidade de Atenção Primária;
- Atender usuários que necessitam receber cuidados em domicílio (acamados, com dificuldade de locomoção, obesidade mórbida, em isolamento social, etc.);
- Identificação de atividades que possam ser desenvolvidas na comunidade com vistas à promoção da saúde bucal.

Cuidados:

- Recomenda-se que o Cirurgião Dentista utilize o seu turno de Visita prioritariamente para realizar os atendimentos em domicílio dos pacientes identificados previamente pelo Agente Comunitário de Saúde e/ou pelos demais profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ASB e TSB) e Atenção Primária;
- Tudo que é observado durante o exame clínico deve ser transcrito fiel e pormenorizadamente no prontuário clínico adequado de VD.

INSTITUTO GNOSIS

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei n 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das Profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília: 2008. 92p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2008. 128p.

LIMA JÚNIOR, Ivo Aurélio. Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro.

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. 171p.RIO DE JANEIRO (Município) – Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2007 – Publicação das Diretrizes de Atendimento e dos Protocolos das Especialidades.

PREFEITURA DE ALFENAS. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Atividade: Cadastro das Requisições de Baciloscopias de Raspado Intradérmico para Hanseníase na Plataforma GAL

Executante: Qualquer profissional de saúde capacitado

Resultados esperados: Ter a requisição de baciloscopia de raspado intradérmico para Hanseníase cadastrada na plataforma GAL

Recursos necessários:

- Solicitação de exame para agravos gerais conforme GAL – Vide Instrutivo de GAL na plataforma SUBPAV

- Computador ligado à rede de computadores
- Sistema GAL
- Profissional capacitado

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Médico faz diagnóstico de hanseníase inserido na linha de cuidado e solicita a baciloscopia de raspado intradérmico;
- O meio de solicitação do exame é a requisição de exame do sistema GAL para agravos gerais;
- O profissional solicitante deve acessar o sistema GAL (gal.riodejaneiro.sus.gov.br) e no módulo administração, clicar em Formulários e manuais;
- Daí uma janela de formulários será aberta, com a janela anterior em segundo plano
- Clique na primeira opção – Requisição de Exame Módulo Biologia Médica;
- Com isso, as opções de requisição ficarão expostas. O profissional deve selecionar a opção Formulário por agravos gerais e clicar em imprimir;
- A requisição deve ter todos os campos preenchidos e deve ser preenchida pelo profissional solicitante;
- Nome completo do paciente, data de nascimento, CNS e nome de um dos genitores são essenciais;
- Os campos 1, 5, 13, 21, 24, 39, 40, 41, 43 a 56 não são essenciais no que se refere a hanseníase;
- Caso não seja possível ter certeza do CEP da residência do paciente, pode ser informado o CEP da unidade de saúde;
- No campo 12 há 4 possibilidades de preenchimento:
  - Investigação – para casos novos, cuja notificação no SINAN RIO está qualificada como caso novo
  - Programa – para as altas por cura
  - Protocolo - para as diferenciações de intercorrências pós alta (reações hansênicas e/ou recidivas)
  - Campanha - para casos não descritos acima
- No campo 42 há 2 possibilidades de preenchimento:

- Diagnóstico – para casos novos, cuja notificação no SINAN RIO está qualificada como caso novo
- Controle – para todos os demais casos que não podem ser qualificados como novos. A notificação no SINAN RIO não está como caso novo. Incluem as altas, reações hansênicas e as recidivas;
- Os campos 57, 58 e 60 devem ser preenchidos com baciloscopia, raspado intradérmico e amostra única, respectivamente.
- O campo 59 não deve ser preenchido;
- Preencher os campos 63 e 64 com data e hora da coleta;
- O paciente deve ser orientado a dirigir-se ao profissional responsável pelo cadastro do exame no GAL;
- Para o cadastro da amostra, acessar novamente o sistema GAL pelo gal.riodejaneiro.sus.gov.br;
- Após fazer login, acessar o módulo Biologia médica. Logo após, clique em entrada e requisição. Clicar 2 vezes em incluir;
- Com isso, abrirá uma janela onde será possível digitar o CNES da unidade de saúde e o CNS do profissional de saúde – ao clicar na data de solicitação aparecerá os dados. Pode- se também digitar a unidade de saúde e clicar na lupa de busca, clicando sobre a unidade que irá aparecer;
- Digitar nome e registro do profissional solicitante;
- Com base na requisição de exames preenchida pelo profissional, preencha as informações no sistema:
  - Data da solicitação
  - Finalidade: Investigação
  - Descrição: Hanseníase
  - CNS do paciente, nome completo, data de nascimento, sexo, raça, nome da mãe e endereço com CEP (campos obrigatórios)
  - Informações clínicas: Agravo/doença - Hanseníase
  - Caso: diagnóstico
  - Nova amostra/Material biológico: Raspado intradérmico
  - Amostra: 1
  - Data da coleta – preencher com o dia em que ocorrerá a coleta do raspado

- Localização: não preencher
- Amostra: única – este único cadastro contempla os 4 sítios padronizados pelo Ministério da Saúde (LD, LE, CD e Lesão). Caso os sítios coletados sejam diferentes dessa recomendação, deve ser descrito e especificado quais os sítios coletados no campo observação. É também importante descrever o motivo de não seguir a coleta dos sítios padrão.

IN: in natura

- Medicamentos: não preencher

- Clicar em incluir - aparecerá a inclusão da amostra no quadro abaixo;
- Nova pesquisa: Hanseníase;
- Amostra - abrir a seta para inserir a amostra já cadastrada e incluir;
- No quadro a seguir aparece: hanseníase coloração de ZiehlNeelsen raspadointradérmico;
- Clicar em salvar no fim da página;
- Caso haja algum campo obrigatório não preenchido, o sistema irá alertar com a mensagem : "campos obrigatórios incompletos ou inválidos". Neste caso, basta procurar o(s) campo(s) marcados em vermelho, fazer a correção e salvar;

Encaminhamento para a rede laboratorial:

- Após isto a amostra deverá ser encaminhada para a rede, para que possa ser visualizada no momento do lançamento de resultados;
- Realizar o encaminhamento em Triagem no canto lateral esquerdo da tela;
- Na parte central da tela clicar em aprovar /descartar exames ou encaminhar exames para rede;
- Clicar no paciente para marcar;
- Clicar em Enc. Rede;
- O exame deverá ser impresso no sistema GAL pela unidade que coletou a amostra não havendo necessidade do paciente buscar o resultado na unidade realizadora da baciloscopia.

Cuidados na coleta para cadastro do exame no GAL

- Caso o médico não solicite a baciloscopia, o enfermeiro deve solicitar seguindo os mesmos procedimentos acima
- A coleta da amostra deve ser feita por profissional habilitado de acordo com o manual do Ministério da Saúde.
- A lâmina deve ser identificada com as iniciais do paciente, sua data de nascimento e o número CNS
- A amostra deve ser adequadamente acondicionada e encaminhada ao laboratório da área em até 24 horas, acompanhada da requisição e da guia de cadastro no GAL.

Fluxograma Baciloscopia

Cuidados

✔ A baciloscopia de raspado intradérmico é um indicador da SMS e seu monitoramento depende do seguimento rigoroso das orientações deste instrutivo, principalmente no que concerne ao preenchimento do campo 12 da requisição de exame

Elaborador

Viviani Christini da Silva Lima

Colaboradores

André Frederico Martins – Laboratório do Hospital Municipal Rocha Maia – CAP 2.1

Regina Lúcia da Silva da Silva Pereira – CMS Flávio Couto Vieira – CAP 3.3

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL – Versão 2.6.0 - Manual do Usuário – Módulo Administrador. Brasília. 2016.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade:

Transmissão e atualização dos dados de hanseníase gerados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

Executante: Técnicos apoiadores da Gerência da Área Técnica das Doenças Dermatológicas Prevalentes e das Linhas de Cuidado Dermatologia nas Divisões de Ações e Programas de Saúde.

Resultados esperados: Produção de informação sobre os casos notificados de hanseníase para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica, subsidiando o planejamento de ações e intervenções em cada Área de Planejamento.

Materiais necessários:

- SINAN-NET instalado no computador;
- Rede de internet disponível;
- Profissional capacitado

Principais atividades:

ACESSANDO O SINAN NET:

1 – Na Área de trabalho do computador, clicar no atalho/ Ícone SINAN NET:

2 – Na janela que abrirá, digitar nos campos:

"Usuário": Administrador

"Senha": login fornecido pela DVS

Clicar no botão confirmar ou apertar a tecla <Enter>

3 – Para realizar ATUALIZAÇÃO DOS DADOS de hanseníase que estão no SINAN NET:

A - Clicar em Notificação – Acompanhamento – Hanseníase

B - Após abrir a janela – Acompanhamento de hanseníase

Preencher os campos:

- UF;
- Município se atendimento atual;
- Nº da notificação atual

INSTITUTO GNOSIS

- Data da notificação atual
- Unidade de atendimento atual – colocar nesse campo o símbolo % e clicar em consulta, aparecerá a ficha de notificação solicitada.

C - Ao concluir a atualização, clicar no botão salvar.

D – Ao surgir a mensagem: gravação da notificação realizada com sucesso, clicar ok

E- Ao surgir a mensagem: Deseja incluir uma nova notificação? clicar Não

F- Clicar no botão Sair.

4 – Para realizar CONSULTA dos casos de hanseníase notificados pelas unidades de saúde:

a) Clicar no menu Consulta

b) Selecionar a opção "Notificações individuais"

c) Outras seleções: CAMPO: agravo/nº notificação (utilizar a variável mais adequada)

Critério de Seleção: Hanseníase – clicar em <Enter> após na lupa

Em Critérios de Seleção – clicar na variável escolhida e logo após consultar.

Obs: Para acessar os dados de investigação e/ou acompanhamento do caso, basta clicar sobre a paleta correspondente.

Cuidados:

5 - ROTINA DE DUPLICIDADE

Verificação e Procedimento diante de Duplo Registro

a) Clicar no botão <Duplicidade> ou no menu Duplicidade/Vinculação.

b) Manter a opção "Data" em período de notificação.

c) Digitar os campos:

- Data inicial: __/__/____, tecle <Enter>
- Data final: __/__/____, tecle <Enter>

d) Digitar no campo Agravo – Hanseníase

e) Clicar no botão <Consultar>

INSTITUTO GNOSIS

f) Acessa cada notificação correspondente ao duplo registro por transferência e verificar os dados da notificação/investigação que aparecerá na janela permitindo acesso aos comandos listar ou não listar.

O sistema seleciona notificações possivelmente duplicadas e a lista no relatório, utilizando como critério padrão os seguintes campos idênticos:

- Nome / sobrenome (último nome do paciente)
- Data de nascimento
- Sexo

- Para seleção de possiveis duplicidades, o sistema utiliza para a identificação do paciente além dessas variáveis, outras opções para seleção duplicidade. É possivel compor filtros utilizando um ou mais das seguintes variáveis:

- Nome do paciente (nome completo do paciente)
- Data de nascimento
- Idade
- Sexo
- Nome da mãe

- A Seleção do período deve ser:

- Agravo crônico: Hanseníase (no mínimo 5 anos).

Se o período não for indicado, toda base de dados será analisada.

De acordo com a duplicidade identificada é possivel adotar um das seguintes ações:

- Excluir: excluir da base de dados o registro selecionado.
- Não listar: o registro selecionado permanece na base de dados, apenas não é exibido no relatório de duplicidades. Só voltará a surgir caso seja notificado um novo registro com as mesmas variáveis de identificação.
- Vincular: o registro selecionado não será mais exibido na base de dados, permanecendo no banco apenas uma ficha de notificação (a mais antiga) e um acompanhamento (o mais recente). O sistema agrega as informações de duas notificações em uma única ficha mantendo as informações da primeira notificação

referente aos campos: notificação e investigação e da segunda ficha parte referente ao acompanhamento contemplando assim as informações da transferência e continuidade do tratamento. O número da notificação será o da primeira ficha e o número da notificação mais recente será excluído do sistema.
OBS: ficha de notificação é dividida em três partes: notificação, investigação e acompanhamento.

5.1 DUPLICIDADES DE REGISTROS

O duplo registro deverá sempre ser analisado as seguintes situações.

A) Durante o mesmo tratamento pela mesma unidade notificadora: Excluir a segunda ficha inserindo as informações mais recentes.

B) Durante o mesmo tratamento com unidades notificadoras diferentes: vincular as fichas na rotina de duplicidades lembrando que as fichas serão unificadas (A primeira parte da notificação inicial com a segunda parte da notificação mais recente)

A) Quando o mesmo paciente for notificado, durante o mesmo tratamento, mais de uma vez pela mesma unidade de saúde.

Procedimento – Deve-se complementar os dados da primeira notificação a partir da segunda ficha e excluir a segunda ficha de notificação.
OBS 1: O mesmo procedimento é utilizado para fichas notificadas no SINAN NET e no SINAN RIO .

OBS 2: Todas as fichas que são notificadas no SINAN Rio migram para o SINAN NET.
As fichas em duplicidades que foram notificadas no SINAN RIO e que precisem ser excluídas, este procedimento deverá ser realizado no SINAN NET.
A partir do relatório de duplicidade é possível acessar os dados da notificação/ investigação/ acompanhamento, permitindo realizar alterações.

6 - VINCULAÇÃO

É um procedimento que deve ser feito com muito critério e quando se tem certeza que os casos duplicados estão em situação de transferência. Caso feito incorretamente, para que se tenham novamente os dois registros no sistema é necessário: excluir o registro resultante da vinculação e redigitar os dois registros originais.

A – Em TRATAMENTOS DIFERENTES (recidiva e outros reingressos)

Procedimento: utilizar a opção "não listar" para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade até que surja uma nova notificação.
Ex.: Duplo registro por recidiva ou outros reingressos.

B – Homônimos

São registros que apresentam os mesmos dados, primeiro e último nomes dos pacientes, mesmas datas de nascimento e mesmo sexo e, no entanto, são pessoas diferentes.
Ex.: (Nome de mãe diferente, endereços diferentes, etc.)

Procedimento: utilizar a opção "não listar" para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade.

6.1 –ROTINA DE VINCULAÇÃO:

Deverá ser executada a rotina de vinculação dos registros por se tratar de uma transferência do local de tratamento. Para executar esta rotina proceda conforme orientado a seguir:

a) Clicar na paleta vinculação;

INSTITUTO GNOSIS

b) Clicar duas vezes sobre a primeira notificação nº 00000000. (Observe que o registro passou a constar em registros selecionados para duplicidade).

c) Clicar duas vezes sobre a segunda notficação nº 0000001. (Observe que o registro passou a constar em registro selecionado para duplicidade).

d) Clicar no botão <Vincular>

e) Ao surgir a mensagem "Confirma execução da Rotina Vinculação?"

f) Clicar em "Sim"

g) Ao surgir a mensagem "Registros Vinculados"

h) Clicar em "Ok".

6.2 – ROTINA DE NÃO LISTAR:

Proceda da seguinte forma:

a) Clicar no botão Duplicidade ou no menu Duplicidade/Vinculação

b) Manter a opção Data em Período de Notificação

c) Digitar nos campos:

d) Data Inicial XX/XX/XXXX, tecle Enter

e) Data Final XX/XX/XXXX, tecle Enter

f) Digitar no campo Agravo – Hanseníase

g) Clicar no botão Consultar

h) Clicar duas vezes sobre a notificação que corresponde ao duplo registro por homônimo – Ex: Antônio Ferreira da Silva

i) Observe que o registro passou a constar em Registros selecionados para Duplicidade.

j) Clicar no botão Não Listar

k) Ao surgir a mensagem: Confirma execução da rotina de Não Listar?

l) Clicar em Sim

m) Ao surgir a mensagem Rotina Executada!

n) Clicar em OK.

INSTITUTO GNOSIS

7 – ATUALIZAÇÃO DO BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE (BAH):

a) O envio do boletim para preenchimento nas Unidades de Saúde é fundamental para atualização das informações e posterior análise no banco de dados de Hanseníase.

b) A emissão, o envio e a digitação do Boletim de Acompanhamento no SINANNET são de responsabilidade do primeiro nível informatizado, referente à unidade de saúde atualmente responsável pelo tratamento do paciente.

c) O primeiro nível informatizado deve emitir o Boletim de Acompanhamento de Hanseníase, mensalmente e encaminhar as Unidades para complementação dos dados.

d) Para Hanseníase, esse relatório é emitido por Unidade de Saúde Atual e contem a relação de pacientes em tratamento (cujo campo "tipo de saída" está em branco)

e) Cabe à Cap/Daps a emissão do boletim de acompanhamento para os municípios não informatizados.

f) Após retornar das Unidades, deve ser feita uma análise crítica das informações preenchidas no boletim e as correções devem ser solicitadas de imediato à Unidade de Saúde.

g) A digitação dos dados (menu Notificação Individual) na tela de acompanhamento e o arquivamento dos boletins devem ser realizados no 1° nível informatizado.

7.1 – EMISSÃO O BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO de Hanseníase:

a) Selecionar no menu Relatórios, opção Específico

b) Selecionar Hanseníase

c) Selecionar o item Boletim de Acompanhamento

d) Em Nível de Seleção, selecionar Município de Atendimento Atual

e) Em UF, selecionar RJ

f) Em Município, selecionar Rio de Janeiro

Apenas casos com tipo de saída em branco serão listados.

g) Clicar OK

h) Clicar no botão Fechar para fechar o relatório

i) Clicar no botão Sair

Atenção! A atualização do boletim de acompanhamento de Hanseníase deverá ser feita somente no campo "Relatórios Específicos".

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíves Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação Unidade Técnica do SINAN. Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET para hanseníase Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase VERSÃO PRELIMINAR. Brasília. 2018.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Dispensação de medicamentos antirretrovirais (ARV)

Executante: Farmacêutico e técnicos de farmácia

Resultados esperados: Assegurar que os medicamentos sejam entregues ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas todas as informações adequadas para o seu uso.

Materiais necessários:

- Formulários de solicitação de medicamentos;
- Computador com acesso à internet;
- Acesso ao Sistema Operacional Logístico de Medicamentos (SICLOM);
- ARV em estoque.

Etapas do Processo:

- Leitura e avaliação dos dados contidos no Formulário de Solicitação de Medicamentos;
- Proceder a entrada de dados no SICLOM conforme a categoria do usuário SUS, sempre com o cuidado de anotar corretamente o lote e a data de validade dos medicamentos dispensados;
- Salvar a dispensação no SICLOM e observar se houve alguma crítica clínica pelo sistema. Em caso de crítica impeditiva de dispensação, o farmacêutico da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) deverá entrar em contato com o médico assistente e procurar esclarecer ao mesmo os motivos que levaram a impossibilidade de dispensação dos medicamentos. Caso a crítica não seja impeditiva, o farmacêutico deverá, em conjunto com o médico assistente, elucidar a melhor conduta a ser adotada;
- Separar os medicamentos antirretrovirais solicitados;
- Conferir todos os medicamentos dispensados em conjunto com o usuário e realizar as orientações, verificando previamente o que já foi informado pelo médico e prescritor, e o que o paciente já sabe:
  - Identificação dos medicamentos;
  - Posologia correta e adequação de horários à rotina do usuário;
  - Armazenamento, conservação e transporte dos medicamentos.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000234

Cuidados

- Os ARV só deverão ser dispensados mediante a apresentação do Formulário de Solicitação de Medicamentos, com todos os dados devidamente preenchidos conforme o tipo de dispensação. Pode-se dispensar os ARV em xerox de formulários, ou impressos, desde que o nome do médico e número do CRM estejam legíveis e com assinatura original.
- Prestar informações de forma clara, simples e abrangente, em função das necessidades de cada pessoa, de seu nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito. O usuário deve ser sensibilizado para uma adequada adesão à terapia.
- O módulo SICLOM Operacional permite a dispensa dos medicamentos ARV para os usuários de diversas categorias (gestantes, parturientes, recém-nascidos de mães HIV+, profilaxia pós-exposição-PEP e profilaxia pré-exposição-PrEP), e reconhece cada categoria de usuário SUS a fim de facilitar o gerenciamento das dispensas;
- A dispensa no SICLOM deverá ser feita no momento da dispensação. Caso não seja possível, a digitação deverá ser feita o mais breve possível. Nos casos em que não é possível consultar o SICLOM, a atenção sobre os esquemas e medicamentos dispensados deve ser redobrada, evitando a dispensação de esquemas que não são utilizados pelo usuário (troca de esquema, mudança de posologia, abandono de tratamento, por exemplo).

Notas

Formulários de solicitação de medicamentos disponíveis na plataforma SUBPAV:

1. Formulário de Solicitação de Medicamentos – Tratamento: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/INFEC_SEXUALMENTE/formulario_tarv.pdf
2. Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/INFEC_SEXUALMENTE/formulario_de_dispensacao_de_arv_profilaxia.pdf

INSTITUTO GNOSIS

Referências Bibliográficas

Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/AIDS. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Boas Práticas para unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://subpav.org/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos.

INSTITUTO GNOSIS

PROJETOS ESTRATÉGICOS

Atividade:

Acompanhar os usuários com perfil saúde dos programas Bolsa Família e Cartão Família Carioca, conforme preconizado portarias e decretos federais e municipais.

Executante: equipes de saúde da atenção primária

Resultados esperados

1. Acompanhar as condicionalidades de saúde de 85% das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e Programa Cartão Família Carioca.

São beneficiários do programa:

- Todas as famílias com renda mensal por pessoa de até R$89,00;
- Famílias com renda mensal por pessoa entre R$89,01 e R$178,00, desde que tenham crianças e adolescentes em sua composição;

2. Acesso ao Cadastro Único (CADÚnico) realizado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o ingresso não é contínuo, depende de quantas famílias foram atendidas no município em relação à estimativa de famílias pobres feita para cada localidade, além de ter que respeitar o limite orçamentário do governo federal.

Materiais necessários

Consultório, mesa, cadeira, maca, balança pediátrica digital, balança antropométrica, cadeiras, serviço de imunização, régua antropométrica, computadores ligados à internet, canetas e impressos padronizados pela rede municipal de saúde;

Atividade: Desenvolver ações de busca, encaminhamento e acompanhamento de saúde das famílias vulneráveis do território

Executante:

Visita domiciliar: ACS

Acompanhamento: Equipe/profissionais da UAPS

Monitoramento: Gestor da UAPS e Apoiador da CAP

Resultados esperados

Diminuir o risco familiar e a vulnerabilidade social para as famílias atendidas pelo programa. Oferecer atenção diferenciada às famílias selecionadas e inserir as mesmas nos serviços oferecidos pela Prefeitura.

Dar acesso às famílias selecionadas aos serviços básicos e essenciais de saúde.

Materiais necessários

- Recursos Humanos
- Formulários padronizados de encaminhamentos ao CRAS e CRE de referência.
- Computador com internet;

Principais atividades

- Realizar Visita Domiciliar para preenchimento e/ou atualização do cadastro da família na UAPS de referência;
- Orientar quanto ao funcionamento e importância de adesão ao Programa Território Social;
- Encaminhar a família ao CRAS de referência, através de formulário de encaminhamento padronizado;
- Caso haja criança fora da escola, encaminhar a CRE de referência através de formulário de encaminhamento padronizado;
- Caso a família não chegue ao CRAS após 15 dias da primeira visita, realizar nova visita domiciliar reiterando a importância do acompanhamento neste serviço e verificar se ocorreu alguma dificuldade;
- Garantir a família, acompanhamento e acesso aos serviços de saúde na UBS de referência;
- Realizar monitoramento das famílias selecionadas pelo programa;
- Reavaliar o risco social das famílias a cada seis meses, com as famílias sendo monitoradas por um período de pelo menos dois anos;
- Registrar as visitas e acompanhamentos no sistema de informação próprio do PTS.

Referências Bibliográficas

http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html

INSTITUTO GNOSIS

PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E ESTERILIZAÇÃO NA SAÚDE BUCAL

Atividade: Armazenamento de materiais esterilizados

Executante: Auxiliares e técnicos de enfermagem; Auxiliares e técnicos em saúde bucal.

Resultados esperados: Manter as condições adequadas para garantir a esterilidade dos artigos reprocessados no prazo de validade definido

Materiais necessários: Caixas plásticas com tampa, gavetas e armários com portas para a guarda de artigos esterilizados.

Principais atividades:

- Lavar as mãos antes e após procedimento, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Certificar se o local para armazenamento está devidamente limpo.
- Estocar os artigos esterilizados em local exclusivo e de acesso restrito. Quando não houver local exclusivo e de acesso restrito recomenda-se que os artigos esterilizados sejam estocados em recipientes plásticos com tampa, ou em armários com porta, destinados exclusivamente para essa finalidade, sem contato com material não estéril.
- Manusear os pacotes esterilizados o mínimo possível e com muito cuidado, pois a manutenção da esterilidade é evento dependente. Qualquer material cuja embalagem não esteja íntegra não está seguro para utilização e deverá ser reprocessado.
- Não encostar os pacotes esterilizados nas paredes dos armários.
- Armazenar os pacotes esterilizados por data de validade.
- Manter o armário limpo e organizado.
- Revisar semanalmente a validade da esterilidade e data limite para o uso expresso nas embalagens dos pacotes.

Cuidados:

- O local de armazenamento deve ser limpo e organizado semanalmente, sendo verificado sinais de infiltração, presença de insetos, retirando-se os pacotes

danificados, com sinais de umidade, prazo de validade da esterilização vencido etc. Artigos nessas condições devem ser reprocessados.

- Sugere-se que o enfermeiro responsável técnico após a realização dos procedimentos para validação de todo o processamento dos artigos, estabeleça o prazo de validade/data limite para o uso.
- Para materiais esterilizados em embalagem do tipo grau cirúrgico recomenda-se o prazo de 30 dias para as unidades básicas de saúde.

Ações em caso de não conformidade: Se detectar pacotes danificados, molhados ou manchados suspender imediatamente a utilização do mesmo.

Referências Bibliográficas

Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Procedimentos Operacionais Padrão. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2016.

Alfenas. Prefeitura Municipal de Alfenas. Secretaria Municipal de Saúde. Procedimento Operacional Padrão da Atenção Básica. Alfenas-MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

Kazuko Uchikawa, Graziano; Arlete Silva e Psaltikidis, Eliane Molina. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri, SP: Manole, 2011.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Ribeirão Preto-SP: Comissão de Controle de Infecção SMS-RP, 2009.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Instituto GNOSIS

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC N° 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a RDC N° 50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Portaria GM nº 1748 de 30/08/2011. Brasília: Ministério do Trabalho, 2011.

Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES Nº 1219 de 31/07/2015 - Estabelece normas técnicas para estabelecimentos assistenciais de saúde odontológicos. Rio de Janeiro: SES, 2015.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Protocolo de Processamento de Artigos e Superfícies nas Unidades de Saúde. Ribeirão Preto-SP: Comissão de Controle de Infecção SMS-RP, 2007.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Carregamento da Autoclave

Executante: Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico e/ou Auxiliar de Saúde Bucal

Resultados esperados: Assegurar a perfeita esterilização dos artigos por meio da adequada circulação do agente esterilizante (vapor saturado sob pressão) na câmara.

Materiais necessários

- Materiais e instrumentais embalados, identificados, com indicador químico externo (presente na embalagem ou fita crepe indicadora).

Principais atividades

- Lavar as mãos antes e após procedimento, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Selecionar o ciclo de esterilização de acordo com a carga de material a ser esterilizado e o tempo de acordo com manual do fabricante, podendo utilizar ciclos a 121°C, 127°C ou 134°C.
- Carregar a autoclave, não ultrapassando 80% da capacidade da câmara e sem encostar os pacotes nas paredes da mesma.
- Posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack e deixar um espaço mínimo de 2cm entre um pacote e outro.
- Artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo.
- Dispor os pacotes em pé, com o auxílio de um suporte, atentando para que, no caso de papel grau cirúrgico, a parte de papel dos pacotes esteja voltada para o plástico de outro pacote, e que não toquem no teto ou paredes da câmara interna.
- Após o término do ciclo de esterilização, deixar a porta da autoclave entreaberta para o término da secagem, por 30-60 minutos, ou de acordo com a recomendação do fabricante. Não remover o material da câmara antes da secagem para evitar condensação do material pelo choque térmico.

Cuidados:

- No carregamento, não ultrapassando 80% da capacidade da câmara e sem encostar os pacotes nas paredes da mesma.
- Não encostar os pacotes nas paredes e teto da câmara.
- Caixas metálicas só poderão ser empregadas caso sejam perfuradas

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.869 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000242

- Caixas metálicas não deverão ser empilhadas, mas dispostas longitudinalmente na câmara interna.

Ações em caso de não conformidade: Em caso do equipamento apresentar defeito ou mau funcionamento comunicar ao responsável do serviço de saúde. Toda a carga deverá ser reprocessada.

Referências

Alfenas. Prefeitura Municipal de Alfenas. Secretaria Municipal de Saúde. Procedimento Operacional Padrão da Atenção Básica. Alfenas-MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

Kazuko Uchikawa, Graziano; Arlete Silva e Psaltikidis, Eliane Molina. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri, SP: Manole, 2011.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Ribeirão Preto-SP: Comissão de Controle de Infecção SMS-RP, 2009.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC N° 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a RDC N° 50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

INSTITUTO GNOSIS

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Portaria GM nº 1748 de 30/08/2011. Brasília: Ministério do Trabalho, 2011.

Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES Nº 1219 de 31/07/2015 - Estabelece normas técnicas para estabelecimentos assistenciais de saúde odontológicos. Rio de Janeiro: SES, 2015.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Protocolo de Processamento de Artigos e Superfícies nas Unidades de Saúde. Ribeirão Preto-SP: Comissão de Controle de Infecção SMS-RP, 2007.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000244

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Esterilização dos artigos odontológicos.

Executante: Auxiliar de saúde bucal (ASB), técnico de saúde bucal (TSB) e auxiliar/técnico de enfermagem

Resultados esperados: Proceder a limpeza e esterilização de qualquer artigo utilizado durante o atendimento odontológico (instrumentais) de maneira criteriosa.

Materiais necessários

- Avental impermeável; máscaras; gorros; óculos de proteção; luvas de borracha e de látex; papel crepado; papel grau cirúrgico; fita teste para autoclave; indicador biológico; detergente enzimático; máquina seladora; caneta termossensível.

Principais atividades:

- Utilizar o equipamento de proteção individual (luvas de borrachas de cano longo, avental impermeável, óculos de proteção e máscaras). Recomenda-se o uso de sapatos fechados.
- Lavar as mãos antes e após procedimento, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Levar o material contaminado para o expurgo dentro de caixas plásticas fechadas e com identificação de material contaminado, imerso em detergente enzimático

(5 mL a cada litro de água) ou utilizar conforme as instruções do fabricante.

- Retirar o material da solução enzimática e proceder a limpeza mecânica com água e sabão neutro através de fricção, utilizando esponjas de dupla face e/ou escovas de cerdas macias, dispensando materiais abrasivos como palha de aço, sapólio e outros.
- Desconectar componentes dos artigos, sempre que possível.
- Observar atentamente após a limpeza do artigo, presença de qualquer sujidade, particularmente nas cremalheiras, reentrâncias, serrilhas e articulações.
- Secar o material com papel descartável. Depois de seco, embalar o material com papel crepado e lacrar com fita crepe. Pode-se utilizar também o papel grau cirúrgico e lacrar com selador. Utilizar também a fita teste para autoclave.

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-482

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000246

- Embalar os artigos individualmente (para cada atendimento), identificar o instrumental, colocar a data de esterilização e o nome do responsável pela embalagem.
- As brocas devem ser embaladas individualmente em papel crepado ou grau cirúrgico e levadas para autoclave.
- Identificar as embalagens com data de esterilização e data limite para uso com a caneta termossensível.
- Esterilizar algodão (pelotas e rolinhos) e gazes em quantidade suficiente para cada atendimento.
- Durante o carregamento da autoclave, acondicionar primeiramente os pacotes de maior tamanho seguidos pelos pacotes menores.
- Ocupar somente 80% da capacidade da câmara interna e não encostar os materiais nas laterais, no teto ou no fundo da câmara.
- Observar as especificações da autoclave e o tipo de material a ser esterilizado a fim de selecionar a temperatura e tempo adequado.
- Realizar o transporte de todo o material já esterilizado para armazenamento em recipientes fechados e com identificação de material estéril.
- Armazenar o material estéril em armários fechados, com prateleiras exclusivas para esta finalidade.

Cuidados:

- Esta lavagem deve ser feita na pia onde se lava o instrumental ou em outro local específico para este fim.
- Deve-se ter o cuidado de deixar espaços entre os pacotes para circulação do vapor de água na autoclave.
- O armazenamento deve ser de fácil limpeza e em local seco, arejado, livre de odores e umidade (jamais embaixo de pia com conexão de água e/ou esgoto) e evitar manipulação desnecessária dos pacotes para não comprometer a integridade dos mesmos. O tempo de validade do material esterilizado é de 7 a 15 dias corridos e ligado diretamente à integridade dos pacotes.
- A área de armazenagem e distribuição de artigos estéreis requer limpeza diária de prateleiras e pisos e limpeza semanal de teto, paredes. Desinfetar prateleiras com

álcool a 70% através de fricção por 10 segundos, tendo o cuidado para não molhar as embalagens de material estéril.

- Após a saída do artigo da área de armazenagem, a manutenção da técnica asséptica fica restrita às condições de abertura do pacote, bem como a técnica de utilização.
- Limpar a autoclave diariamente de acordo com as orientações do fabricante.
- Na impossibilidade de usar o indicador biológico na autoclave semanalmente, deve-se usar pelo menos uma vez por mês para comprovar que o processo de esterilização está sendo realmente eficiente. Os resultados dos testes biológicos devem ser arquivados.
- Na sala de esterilização onde há o processamento de artigos deve permitir a passagem dos artigos contaminados transformando-os em estéreis observando-se seu fluxo direcional.
- Não pode haver solução de descontinuidade no pacote de papel crepado.
- Na sala de expurgo não deve ter lixeira, o lixo deve ser dispensado nos consultórios.

OBS: Os profissionais de saúde que participam deste processo devem saber esclarecer sempre os métodos de esterilização utilizados.
Se possível, estes procedimentos devem ser registrados por escrito.
Ações em caso de não conformidade: Em qualquer sinal de defeito da autoclave, a esterilização deve ser invalidada e o defeito relatado à coordenação da unidade de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.
2. UNESP. Manual de Biossegurança Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. Comissão de Biossegurança. 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de riscos. Brasília, 2006.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Empacotamento e Acondicionamento dos Artigos para Esterilização em Autoclave

Executante: Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Resultados esperados: Manter a esterilidade, assegurando a existência de barreira física eficiente à penetração de microrganismos após a esterilização. Garantir a rastreabilidade.

Materiais necessários

- Campos de tecido; papel grau cirúrgico com filme de polipropileno e poliestireno; papel crepado e/ou SMS; fita crepe com indicador químico adequado à embalagem; indicador químico interno (teste multiparamétrico ou integrador); caneta; materiais a serem esterilizados; instrumentais; compressas de gazes, seladora.

Principais atividades

- Lavar as mãos antes e após procedimento, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Embalar em campos de tecido, papel grau cirúrgico com filme de polipropileno e poliestireno, papel crepado e/ou sms, os kits de instrumentos e materiais, respeitando a rotina de uso.
- Colocar o indicador multiparamétrico ou integrador em todos os pacotes ou pelo menos no interior dos pacotes mais críticos.

Obs. Remover o ar do interior dos pacotes antes da selagem e selar o papel grau cirúrgico, deixando uma borda de 2 cm em um dos lados da embalagem, de modo a facilitar a abertura asséptica do pacote.

- Embalar com campo de algodão, papel crepado ou sms.
- Tesoura e outros materiais articulados devem ser colocados abertos na embalagem para que o agente esterilizante atinja as áreas críticas do artigo.
- Identificar as embalagens com nome do artigo se necessário, data de esterilização, data limite para uso, número do lote e nome do funcionário.
- Nas embalagens de papel grau cirúrgico identificar na borda e nos campos, papel crepado ou sms utilize um pedaço de fita crepe.

Cuidados:

- Data limite de uso do produto esterilizado: prazo estabelecido, baseado em um plano de avaliação da integridade das embalagens, fundamentado na resistência das

INSTITUTO GNOSIS

embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado. Sugere-se a data de limite para uso do produto esterilizado de 7 a 15 dias.

- Rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico do processamento do produto para saúde e da sua utilização por meio de informações previamente registradas.

Ações em caso de não conformidade: No caso de mau manuseio ou técnica realizada rever conduta para obter um bom resultado.

Referências Bibliográficas

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização.KazukoUchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis.Barueri, SP:Manole, 2011.

Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Comissão de Controle de Infecção- SMS-RP. 2009

Práticas Recomendadas SOBECC, 5ª edição, 2009

embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), segurança da selagem e rotatividade do esloque armazenado. Sugere-se a data de limite para uso do produto esterilizado de 7 a 15 dias.

- Rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico do processamento do produto para saúde e da sua utilização por meio de informações previamente registradas.

Ações em caso de não conformidade: No caso de mau manuseio ou técnica realizada rever conduta para obter um bom resultado.

Referências Bibliográficas

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização.KazukoUchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis.Barueri, SP:Manole, 2011.

Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Comissão de Controle de Infecção- SMS-RP. 2009

Práticas Recomendadas SOBECC, 5ª edição, 2009

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Esterilização em Autoclave

Executante: Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico e/ou Auxiliar de Saúde Bucal

Resultados esperados: Promover a eliminação dos microorganismos viáveis a um nível de segurança.

Materiais necessários

- Água destilada; formulário para registro dos lotes de esterilização e resultados dos indicadores de qualidade; materiais embalados; máscara.

Principais atividades

- Fechar a porta da autoclave, após seu carregamento conforme orientação específica.
- Programar o ciclo de esterilização de acordo com o material a ser esterilizado (densidade – campos, caixas e superfície – pacotes pequenos com instrumentos) e iniciar o processo.
- Acompanhar, durante todo o ciclo, se possível, os dados do manômetro, manovacuômetro e termômetro, para verificar a ocorrência de irregularidades no processo.
- Depois de terminado o ciclo, aguardar a saída do vapor (manovacuômetro vai à zero).
- Após o término do ciclo de esterilização, deixar a porta da autoclave entreaberta para o término da secagem, por 30-60 minutos, ou de acordo com a recomendação do fabricante. Não remover o material da câmara antes da secagem para evitar condensação do material pelo choque térmico.
- Lavar as mãos antes e após procedimento, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Retirar os pacotes da câmara interna da autoclave utilizando-se luva térmica de cano longo.
- Verificar se todos os indicadores externos mudaram de coloração de modo uniforme e de acordo com o padrão definido pelo fabricante.
- Verificar se as embalagens estão íntegras e sem umidade em seu interior.
- Após o esfriamento do material, encaminhá-lo para armazenagem ou uso.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.859 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000251

- Anotar em formulário próprio, o conteúdo do lote, bem como a pressão, o tempo e a temperatura atingidos durante a esterilização.

Cuidados:

- Não retirar pacotes úmidos da autoclave, se os mesmos estão ficando úmidos, deve-se verificar se não está ocorrendo falha técnica ao carregar a autoclave (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos...), ou água destilada na autoclave em excesso entre outros, se a técnica estiver correta, chamar a manutenção para verificação da autoclave e reiniciar processo.
- Quando os pacotes críticos forem abertos retirar o indicador químico, analisar e registrar os resultados; evitar cargas mistas (campos e instrumental). Caso seja necessário, colocar os têxteis acima dos instrumentos.

Ações em caso de não conformidade: Qualquer sinal de defeito do equipamento ou mau funcionamento no processo de estilização, comunicar a coordenação da unidade, o material deverá ser reservado e reprocessado após a manutenção do equipamento.

Referências Bibliográficas

Alfenas. Prefeitura Municipal de Alfenas. Secretaria Municipal de Saúde. Procedimento Operacional Padrão da Atenção Básica. Alfenas-MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

Kazuko Uchikawa, Graziano; Arlete Silva e Psaltikidis, Eliane Molina. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri, SP: Manole, 2011. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Ribeirão Preto-SP: Comissão de Controle de Infecção SMS-RP, 2009.

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. – 5ª edição. São Paulo: SOBECC, 2009.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o

processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC N° 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a RDC N° 50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Portaria GM nº 1748 de 30/08/2011. Brasília: Ministério do Trabalho, 2011.

Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES N° 1219 de 31/07/2015 - Estabelece normas técnicas para estabelecimentos assistenciais de saúde odontológicos. Rio de Janeiro: SES, 2015.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP. Secretaria Municipal da Saúde. Comissão de Controle de Infecção. Protocolo de Processamento de Artigos e Superfícies nas Unidades de Saúde. Ribeirão Preto-SP: Comissão de Controle de Infecção SMS-RP, 2007.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Esterilização de Materiais

Executante: Técnico e/ou Auxiliares de Enfermagem e de Saúde Bucal.

Resultados esperados:

Padronizar condutas e estabelecer recomendações a fim de garantir a limpeza e esterilização dos materiais a serem utilizados nos diversos procedimentos desta unidade.

Definição de materiais:

- Materiais Críticos: materiais que tiveram contato com secreções e sangue devem passar pelo processo de esterilização;
- Semi-críticos: materiais que tiveram contato com pele e mucosa não integra devem passar por processo de desinfecção.
- Não-críticos: materiais que tiveram contato com pele íntegra devem passar pelo processo de limpeza.

Principais atividades:

Área de lavagem e descontaminação

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder à limpeza do material com a solução recomendada;
- Encaminhar o material para a área de preparo.

Área de preparo de materiais

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Organizar as bandejas, empacotar as bandejas e acondicioná-las em local próprio para serem esterilizadas;

- Preparar outros materiais, tais como gaze, pinças, roupas e quaisquer outros que não sejam organizados em bandejas e acondicioná-los em local próprio para serem esterilizados;
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

Área de armazenagem e distribuição de materiais esterilizados:

- Estocar o material esterilizado em local apropriado e identificado como MATERIAL ESTÉRIL;
- Disponibilizar o material para as salas, caso necessário;
- Registrar saída do material.

Cuidados:

- Executar o processo de esterilização na autoclave conforme as instruções do fabricante;
- Observar os cuidados necessários com o carregamento, cuidando para não superlotar o cesto, a fim de garantir um adequado processo de esterilização;
- Estar atento ao equipamento durante todo o ciclo de esterilização;
- Observar o correto manuseio do equipamento no momento da retirada do material estéril;
- Utilizar integrador químico em todas as bandejas e em todos os pacotes contendo pinças;
- Utilizar o indicador biológico no equipamento diariamente, a fim de validar o processo de esterilização.

Referências Bibliográficas

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Atividade: Limpeza em Autoclave

Executante: Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem e Saúde Bucal.

INSTITUTO GNOSIS

Resultados esperados: Manter em bom funcionamento e garantir maior vida útil.

Materiais necessários

- Compressas; água; detergente; vassoura própria e escova; roupa privativa; gorro; luvas de procedimento; avental plástico; máscara; óculos.

Principais atividades

- Lavar as mãos antes e após procedimento, e/ou higienizar com álcool 70%.
- Utilizar os EPI's.

Limpeza Diária:

- Abrir a porta das autoclaves e retirar os racks das mesmas.
- Embeber uma compressa em água, colocar a mesma na extremidade de uma vassoura própria para esse fim, que fica na sala das autoclaves, e passar por toda a câmara (paredes laterais, superior e inferior), molhando a compressa na água várias vezes, até que toda a autoclave tenha sido limpa, lembrando que se a autoclave estiver quente, a água irá evaporar.
- Retirar o ralo do dreno e lavá-lo com água, sabão e escova.

Limpeza Semanal:

- Retirar o trilho da autoclave (local onde corre o rack dentro da autoclave).
- Utilizar água e detergente neutro para limpeza. A limpeza deve ser realizada no período da manhã, antes do início do procedimento.

Cuidados:

- A autoclave deve estar fria e desligada.
- O responsável técnico durante a realização dos procedimentos da limpeza da autoclave deve estar utilizando os EPIS.
- A limpeza da autoclave deve ser de preferência semanal para melhor utilização e eficácia do equipamento.

Referências Bibliográficas

Prefeitura de Alferas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. KazukoUchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis.Barueri, SP:Manole, 2011.

INSTITUTO GNOSIS

Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Comissão de Controle de Infecção- SMS-RP. 2009

Práticas Recomendadas SOBECC, 5ª edição, 2009.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Limpeza da sala de esterilização

Executante: Técnico de enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal e/ou profissionais de limpeza do setor.

Resultados esperados: Realizar a limpeza e a higienização das superfícies.

Materiais necessários: Panos de limpeza; Sabão líquido; Álcool 70%; Recipiente para solução EPI (luvas, máscara, avental e óculos); Detergente.

Principais atividades:

- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção;
- Usar uniforme e o equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com as circunstâncias de risco.
- Limpar com movimentos únicos, do lugar mais limpo para o mais sujo as bancadas e superfícies, antes e depois do termino das atividades;
- Retirar os objetos de cima e, e remover a poeira da bancada com o pano úmido dobrado.
- Imergir o outro pano na solução detergente e retirar o excesso;
- Limpar a superfície, esfregando o pano dobrado com solução detergente; se necessário usar a escova;
- Retirar toda a solução detergente com pano umedecido em água limpa;
- Enxugar a bancada;
- Com um pano embebido em álcool 70% friccionar por 30 segundos as superfícies já limpas;
- Organizar o setor e recolher o material.

Cuidados:

- Lavar as mãos com água e sabão líquido e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por 30 segundos, antes e após as tarefas de limpeza.
- Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.
- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e descontaminação a ser executado.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.805 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000256

INSTITUTO GNOSIS

- Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas da Central de Material Esterilizado e Unidades de Saúde.
- Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.
- Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.
- Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.
- Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Normas para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, Brasília, 1994.144p.1-Arquitetura Hospitalar. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, Brasília, 1994.50p. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. COPAGRESS. Manual de Gerenciamento de Resíduos e Serviços de Saúde de Belo Horizonte – MG. 1999, 55p

Atividade: Limpeza dos Instrumentais e Materiais (Sala de Expurgo)

Executante: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

Resultados esperados: Manter os instrumentais e materiais livres de sujidades e evitar a proliferação de microorganismos, eliminando a matéria orgânica e microorganismos, controlando a formação de biofilme.

Materiais necessários

- Esponja macia; detergente enzimático; recipiente com tampa; escova com cerdas de nylon macias; lupa; luvas de borracha; botas de borracha; óculos; avental impermeável; gorro; máscara; pano limpo; água.

Principais atividades

- Lavar as mãos antes e após o procedimento e/ou higienizar com álcool 70%.
- Colocar touca, máscara, óculos, avental impermeável.
- Calçar as luvas e botas de borracha.
- Manter os artigos após o uso preferencialmente em recipientes com água tampados, evitando a desidratação da matéria orgânica.
- Preparar a solução de detergente enzimático, conforme orientação do fabricante.
- Retirar o instrumental da água, deixando escorrer o excesso.
- Retirar os artigos da água e proceder a limpeza manual com auxilio de esponjas, escovas e solução de detergente enzimático.
- Imergir os artigos em solução de detergente enzimático e mantê-los durante o tempo preconizado pelo fabricante.
- Enxaguar em água corrente.
- Secar os artigos com pano limpo e seco.
- Realizar a inspeção, com auxílio da lupa, de todo o material, instrumental e campos lavados verificando a qualidade da limpeza, reprocessar aqueles em que persistiu sujidade visivel.
- Separar os artigos que apresentarem alterações, ferrugem ou estejam danificados, encaminhando-os para manutenção e/ou descarte.

- Encaminhar os artigos que estiverem em boas condições de uso para a área de preparo e esterilização.
- Lavar as luvas antes de retirá-las.

Cuidados:

- A solução do detergente enzimático deverá ser preparada (diluída) no momento do uso e desprezada logo após a retirada dos artigos.

- A automação do processo de limpeza é essencial para garantir a eliminação de toda sujidade e biofilme.

Referências Bibliográficas

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. KazukoUchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis.Barueri, SP: Manole, 2011.

Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Comissão de Controle de Infecção- SMS-RP. 2009

Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

Práticas Recomendadas SOBECC, 5ª edição, 2009.

INSTITUTO GNOSIS

Atividade: Organização do Setor de Esterilização
Executante: Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB).

Resultados esperados: Organizar o processo de trabalho do pessoal da área de esterilização de materiais e instrumentais.

Materiais necessários

- Álcool a 70%; EPI'S (jaleco, touca e luvas de amianto); pano de limpeza; balde; água.

Principais atividades

- Lavar as mãos antes e após procedimento e/ou higienizar com álcool 70%.
- Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água.
- Passar álcool a 70% em toda a superfície dos móveis e bancadas.
- Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
- Complementar rótulo do material anotando a data da esterilização, validade, número do lote e identificação do profissional que validou.
- Montar a carga de acordo com as orientações básicas da autoclave.
- Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes.
- Observar o tamanho do pacote e adequá-lo ao tamanho do cesto.
- Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou na rack.
- Evitar que o material encoste-se às paredes da câmara.
- Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor.
- Posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack.
- Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo.
- Limpar autoclave, configurando a temperatura e tempo de esterilização de acordo com orientações básicas da autoclave.
- Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.599 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-010

000262

INSTITUTO GNOSIS

- Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material.
- Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-lo as salas responsáveis pela distribuição.
- Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades.

Cuidados:

- Manter a área limpa e organizada.
- Utilizar no máximo 80% da capacidade da autoclave.

Referências Bibliográficas

1. Prefeitura de Alfenas. Procedimento Operacional Padrão, 2013.

INSTITUTO GNOSIS

GESTÃO ADMINISTRATIVA

Estrutura administrativa

O Instituto Gnosis acredita que para se obter um serviço organizado exigirá uma estrutura administrativa eficiente que possibilitará: a elaboração de relatórios gerenciais, táticos e operacionais, a manutenção de um sistema de informação eficiente (possibilitando uma gestão adequada da informação), a distribuição de tarefas de acordo com o perfil técnico e a estruturação de manuais e normas de procedimentos, nos quais constem todas as atividades, forma de execução, instrumentos gerenciais, padronização de formulários, normas administrativas, com a explicitação de toda funcionalidade do serviço.

Descrevemos abaixo alguns setores administrativos:

Supply chain

O Instituto Gnosis tem como premissa a organização, sustentabilidade e fluxos continuos com objetivo a economicidade às aquisições. A comunicação sob um fluxograma redondo impede que a burocracia extrema e a falha na comunicação assumam um papel negativo no processo de supply chain.

O Instituto Gnosis prevê o cumprimento das demandas geradas pela SMS RJ, atendendo a expectativa e prazos dela;

Nesta ação, implementar e operacionalizar de acordo as Normas e Procedimentos de abastecimento e compras, que serão apresentadas nesta reunião;

Promover parceria e frequentes reuniões de Brainstorming entre os gestores da unidade e a equipe de abastecimento, para gerar credibilidade, melhorias e maior agilidade nos processos;

O processo de aquisição conclui com o recebimento dos materiais nas unidades. Faz parte das atividades do instituto o mecanismo de controle, no qual exige que todos os serviços contratados e materiais de consumo contenham o "atesto" do diretor/ gerente da unidade. No momento do atesto, o valor unitário de cada item/ insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada.

Demais detalhamentos referentes ao processo de aquisição estão detalhados no REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS, na sequência:

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da Saúde.

REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS

000265

2

REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS

Dispõe sobre os procedimentos internos necessários para aquisição de bens, contratações de serviços e obras para o desenvolvimento das atividades do Instituto Gnosis.

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. O presente Regulamento de Compras tem como objetivo estabelecer normas, rotinas e critérios para aquisição de bens, contratação de serviços e obras pelo Instituto Gnosis, doravante chamado simplesmente de "Organização Social".

Parágrafo Único. As normas dispostas neste Regulamento são de observância obrigatória para operações feitas mediante utilização de repasses, recursos e bens públicos no desenvolvimento de obrigações assumidas no Contrato de Gestão.

Art. 2º. Constituem objetivos fundamentais deste Regulamento:

I) Garantir a impessoalidade na seleção da melhor proposta;

II) Fornecer regras objetivas para escolha e contratação;

III) Promover a transparência na gestão da Organização Social;

IV) Buscar a eficiência, celeridade e economicidade;

Art. 3º. Nos procedimentos descritos neste regulamento serão observados, dentre outros, os princípios da boa-fé, isonomia, publicidade, dinamicidade, motivação das decisões, julgamento objetivo das propostas, moralidade, probidade, vinculação ao instrumento convocatório e prevalência do interesse público.

Art. 4º. É garantido, em qualquer caso deste Regulamento, o direito de revogar o procedimento de escolha, ou recusar-se em proceder na contratação com o vencedor, quando este, em contrato anterior com a Administração Pública ou com a própria Organização Social, se enquadrar em nas hipóteses abaixo:

I) Demonstrou falha ou má-qualidade na prestação do serviço;

II) Incapacidade técnica devidamente comprovada;

III) Estiver em período de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública;

IV) Sofreu penalidade de declaração de inidoneidade para licitar ou 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;

000266

Parágrafo Único. O disposto no caput artigo 4º não gera qualquer direito de indenização ao fornecedor excluído, devendo ser fundamentado pelo responsável do Departamento de Compras em relatório que será parte integrante do procedimento.

Art. 5º. Para fins deste Regulamento, considera-se:

I) Serviço - a prestação de atividade de qualquer natureza por pessoas físicas e/ou jurídicas, necessárias ao funcionamento da Organização Social e das obrigações assumidas no Contrato de Gestão;

II) Obra - todos os trabalhos de engenharia e arquitetura que resultem na criação, recuperação ou modificação de bem imóvel;

III) Compra - toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

IV) Contrato - documento que estabelece os direitos e obrigações entre as partes contratantes;
V) Elementos Técnicos - informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas, especificações e normas técnicas, padrões de qualidade, durabilidade e desempenho, marcas ou modelos de componentes e equipamento;

VI) Notória Especialização - profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente adequado à plena satisfação do objeto do contrato;

VII) Ato Convocatório - instrução contendo o objeto, as condições de participação na Seleção de Fornecedores e os critérios objetivos para o julgamento das propostas;

VIII) Seguro-Garantia – o seguro que garante o fiel cumprimento das obrigações assumidas por empresas nos certames regulados neste Regulamento;

IX) Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras;

X) Ata de Registro de Preços - documento vinculativo, obrigacional, com características de compromisso para futura contratação, onde se registram os preços, fornecedores e condições a serem praticadas, conforme as disposições contidas no instrumento convocatório e propostas apresentadas;

XI) Pregão Eletrônico – modalidade de escolha para aquisição de bens ou serviços cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos, por meio de especificações usuais no mercado, em portal eletrônico revestido de segurança e transparência aos participantes;

XII) Projeto básico – conjunto de elementos necessários e suficientes com nível de precisão adequado, para caracterizar a obra ou o complexo de obras, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, e que possibilite a avaliação

000267

do custo da obra e definição dos métodos e do prazo de execução;

XIII) Projeto executivo – conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;

XIV) Cronograma físico-financeiro – documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO

Seção I – Da Fase Interna

Art. 6º. O procedimento interno para aquisição de bens e contratação de obras ou serviços será iniciado com a abertura de termo formalizado e numerado, pelo Departamento de Compras, contendo:

I) Solicitação com a indicação de seu objeto;

II) Autorização da despesa pelo responsável;

III) Relatório do Departamento de Compras;

IV) Parecer do Departamento Jurídico;

Parágrafo único. Em todas as modalidades previstas nesse Regulamento, a empresa vencedora deve comprovar sua regularidade jurídico-fiscal para prestação do objeto contratado.

Art.7º. Quando for necessário, solicitação deverá conter elementos técnicos, projeto básico ou projeto executivo do objeto a ser contratado.

Art.8º. Considera-se autorizada a despesa com a manifestação positiva do Departamento Financeiro contendo indicação do valor estimado para a futura operação.

Art. 9º. O relatório que trata o Art. 6º, inciso III, deve ser aprovado pelo responsável do Departamento de Compras, indicando de maneira fundamentada:

I) Dispensa ou ilegibilidade de procedimento de escolha;

II) Ausente qualquer das hipóteses acima, deverá o responsável escolher o modelo de certame que melhor se coadune com o objeto, considerando os objetivos fundamentais e princípios norteadores deste Regulamento;

Art. 10. O procedimento de escolha poderá ser dispensado nos seguintes casos:

000268

I) Aquisição de bens ou contratação de serviços ou obras que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a R$ 4.000,00 (quatro mil reais), que deverão, necessariamente, ser adquiridas através de empresas mediante apresentação de Nota Fiscal;

II) Nos casos de grave perturbação da ordem, calamidade pública, epidemias ou alertas emitidos pela Agência Nacional de Saúde;

III) Quando a operação envolver concessionário de serviço público e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;

IV) Para aquisição de hortifrutigranjeiros e gêneros pereciveis, com base no preço do dia;

V) Quando as propostas de procedimentos anteriores tiverem consignado preços manifestamente superiores aos praticados no mercado;

VI) Para a compra de materiais, equipamentos ou gêneros padronizados, quando não for possível estabelecer critério objetivo para o julgamento das propostas;

VII) Na aquisição de componentes ou peças necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de vigência da garantia técnica, junto a fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição for indispensável para a vigência da garantia;

VIII) Para a locação de imóvel destinado ao serviço desenvolvido pela Organização Social, cujas características de instalação ou localização condicionem a sua escolha;

IX) Quando não acudirem interessados ao procedimento anterior, e esta não puder ser repetida sem prejuízo à Organização Social, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas;

X) Nos casos de emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ou a continuidade do serviço público gerido pela Organização Social.

Parágrafo único. É vedado o fracionamento do objeto com escopo de adequação na hipótese tratada no inciso I deste artigo.

Art.11. É inexigível certame quando houver inviabilidade de competição, em especial:

I) Para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;

II) Para a contratação de serviços técnicos, de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, tais como:

a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

000266

b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;

c) Assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras, jurídica ou tributárias;

d) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

e) Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

f) Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

III) Para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública;

IV) Para a obtenção de licenciamento de uso de software com o detentor de sua titularidade autoral, sem distribuidores, representantes comerciais, ou com um destes na hipótese de exclusividade, comprovada por documento hábil;

V) Para a formação de parcerias, convênios, consórcios e outras formas associativas, objetivando o melhor desempenho de atividades da Organização Social;

Art. 12. Nos casos em que o objeto não se adequar às hipóteses descritas nos artigos 10 e 11 deste Regulamento, será necessário que o Departamento de Compras especifique, fundamentadamente:

I) A espécie do Ato Convocatório para os interessados no certame, levando em conta as peculiaridades do caso e os interesses do Serviço Público prestado pela Organização Social;

II) Os critérios objetivos para o julgamento da melhor proposta;

III) A forma de julgamento.

Parágrafo único. A critério da Organização Social, procedimentos poderão ser suprimidos quando a urgência na contratação demandar maior celeridade, sempre de forma motivada e justificada.

Art. 13. O Parecer do Departamento Jurídico, conforme exigido pelo Art. 6º, inciso IV deste Regulamento, não terá caráter vinculante e deverá conter análise fundamentada dos aspectos procedimentais e legais da contratação.

Seção II – Da Fase Externa

Art. 14. O Departamento de Compras da Organização Social deverá escolher pela modalidade de convocação que melhor se adeque às particularidades do caso concreto, utilizando-se, por exemplo, do Pedido de Cotação, Edital de Convocação ou Ata para Registro de Preços.

Art. 15. O procedimento de Pedido de Cotação poderá ser adotado para aquisição de bens ou contratação de obras e serviços mediante solicitação direta de propostas, contendo detalhamento do objeto contratado, para 3 (três), ou mais, empresas especializadas, objetivando melhor economicidade à Organização

000270

Social.

Parágrafo único. Além dos termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas recebidas, entre outros, os seguintes aspectos: (i) Custos de transporte e seguro até o local da entrega; (ii) Forma de pagamento; (iii) Prazo de entrega; (iv) Custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade; (v) Durabilidade do produto; (vi) Credibilidade mercadológica da empresa proponente; (vii) Qualidade do produto; (viii) Assistência técnica e garantia.

Art. 16. A Organização Social poderá optar pela modalidade Edital de Convocação, que deverá ser integralmente publicado no seu sítio eletrônico, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias da data designada para entrega das propostas.

Parágrafo único. Com fito de aumentar a competitividade e buscar o maior número de interessados, poderá a Organização Social enviar o Edital de Convocação, ou apenas o respectivo Termo de Referência, por meio eletrônico, para as principais empresas do ramo com antecedência adequada.

Art. 17. São requisitos do Edital de Convocação:
I) O objeto devidamente detalhado, com o respectivo projeto, normas e elementos técnicos pertinentes;

II) Conter a disposição de que as regras deste Regulamento será parte integrante do procedimento;

III) A natureza e o valor da garantia de propostas, quando exigida;

IV) As condições para habilitação dos interessados, tais como as exigências necessárias de natureza técnica, jurídica e fiscal;

V) O critério objetivo para julgamento das propostas apresentadas;
VI) Prazo de validade das propostas dos interessados;

VII) Condições de envio das propostas;

VIII) A declaração de concordância com condições estabelecidas em contrato, cuja minuta acompanhará o edital;

IX) Previsão expressa que a Organização Social poderá revogar, por justo motivo, o procedimento de escolha, a qualquer tempo, antes da efetiva contratação, sem que disto resulte, para os participantes, direito a reclamação ou indenização;

X) Outras exigências que o Departamento de Compras julgar necessárias ao regular desenvolvimento do procedimento;

Art. 18. O resultado do certame será feito por Relatório do Departamento de Compras, devidamente fundamentado, narrando todos os aspectos importantes do procedimento e apresentando a classificação final e o respectivo vencedor.

000271

Art. 19. É garantido aos participantes do certame o direito de interpor recurso, no prazo de 3 (três) dias da publicação do resultado.

§ 1.º Será aberto igual prazo para os interessados apresentarem contrarrazões ao recurso.

§ 2.º A decisão final deverá ser publicada em até 5 dias no sítio da Organização Social.

Art. 20. A Organização Social poderá formar Ata de Registro de Preço, quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes para abastecimento regular.

Art. 21. O Procedimento de Registro de Preços poderá ser adotado nas seguintes hipóteses:

I) Quando, pelas características do bem ou serviço, houver necessidade de contratações frequentes;

II) Quando for conveniente a aquisição de bens com previsão de entregas parceladas ou contratação de serviços remunerados por unidade de medida ou em regime de tarefa;

III) Quando, pela natureza do objeto, não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela Organização Social.

Art. 22. Para formação da Ata de Registro de Preços será adotado, preferencialmente, o pregão e será precedida de ampla pesquisa de mercado, devendo conter no instrumento convocatório:

I) A especificação ou descrição do objeto, que explicitará o conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para a caracterização do bem ou serviço;

II) Estimativa de quantidades a serem adquiridas;

III) Condições quanto ao local, prazo de entrega, forma de pagamento, e nos casos de serviços, quando cabível, frequência, periodicidade, características do pessoal, materiais e equipamentos a serem utilizados, procedimentos, cuidados, deveres, disciplina e controles a serem adotados;

IV) Prazo de validade do registro de preço, que não poderá superar 12 (doze) meses, garantida renovação por igual período;

V) Penalidades por descumprimento das condições;

VI) Minuta da ata de registro de preços como anexo; e

VII) Realização periódica de pesquisa de mercado para comprovação de

000272

vantajosidade.

Art. 23. Desde que devidamente justificada a vantagem, a Organização Social poderá aderir a qualquer ata de registro de preços feita por Órgão Público integrante da Administração Pública.

Seção III – Da contratação de obras

Art. 24. Para a realização de obras deverão ser elaborados, previamente, os projetos básicos e executivos, bem como o cronograma físico –financeiro.

Art. 25. Na elaboração dos projetos básicos e executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos: segurança, funcionalidade e adequação, facilidade na execução, conservação e operação, acessibilidade, adoção das normas técnicas adequadas, avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.

Parágrafo único. O início da execução da obra contratada por intermédio deste regulamento, será obrigatoriamente precedido da conclusão e aprovação do parceiro público.

Art. 26. Poderá a Organização Social, para resguardar o interesse público da operação, exigir garantia financeiras do responsável pela execução da obra, tais como caução em dinheiro e seguro-garantia.

CAPÍTULO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27. Todos os procedimentos estipulados neste regulamento poderão ser suprimidos ou ampliados, sempre de forma motivada e com aprovação do Departamento Jurídico, objetivando melhor adequação às particularidades do caso e garantia do interesse público.

Art. 28. A disciplina estabelecida neste Regulamento poderá ser complementada por aditivos publicados no site da Organização Social, que será parte integrante deste.

Art. 29. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, nos termos expostos pelo Estatuto da Organização Social.

560273

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da Saúde.

INSTITUTO GNOSIS - Conhecimento em favor da Saúde

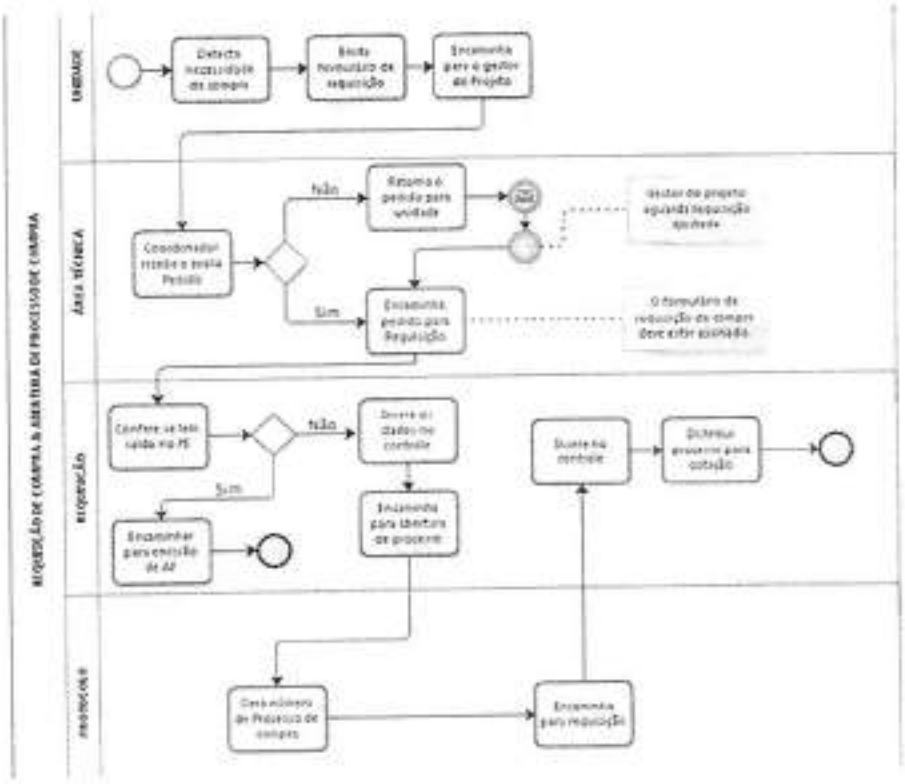
Avenida das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

(21) 2147-8191 / (21) 2148-1470 / (21) 2143-0230
contato@institutognosis.org.br

000274

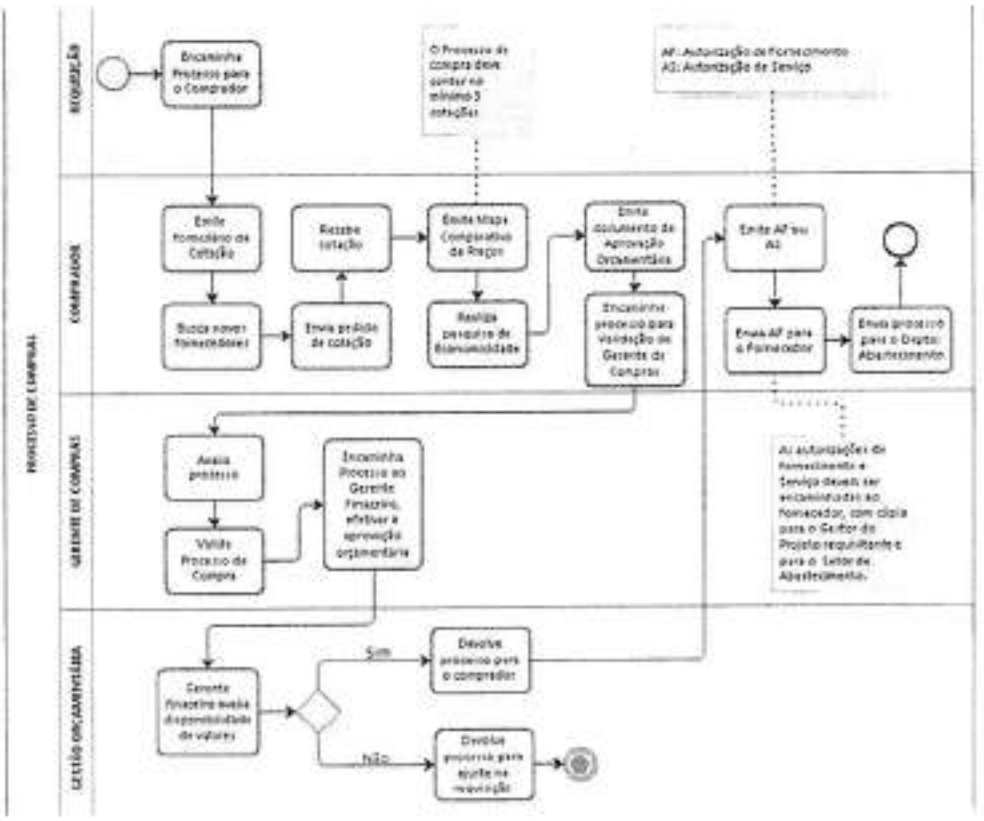
Fluxos:

Processo de Requisição de Compra:



INSTITUTO GNOSIS

Processo de Compra Direta



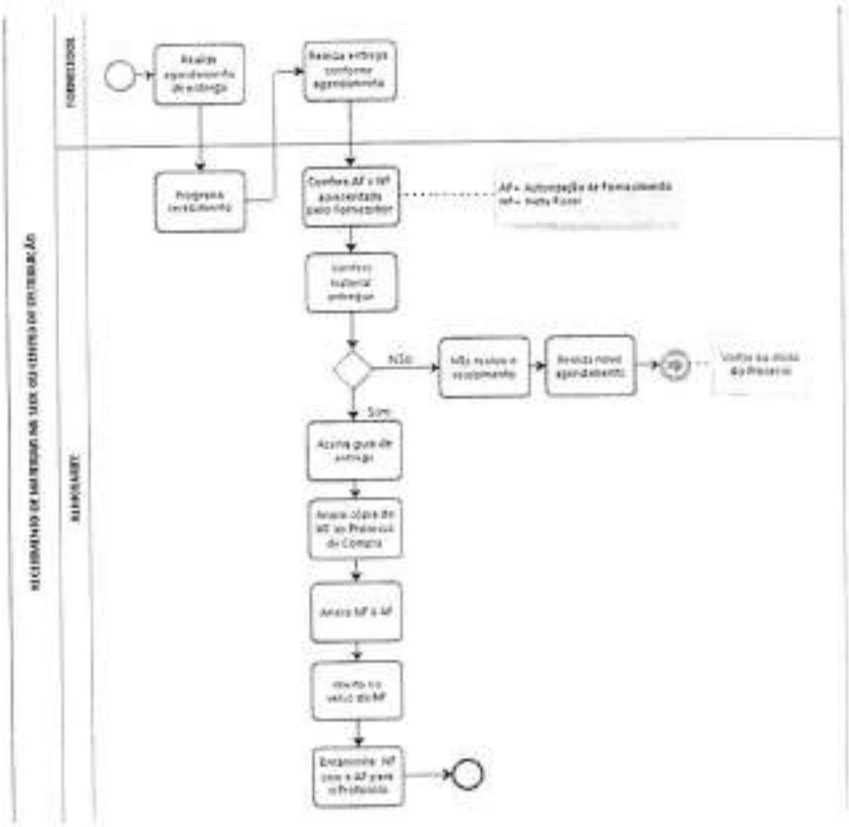
Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.585 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000276

INSTITUTO GNOSIS

Processo de Recebimento de Materiais no CD



OBS 1: Todas as notas fiscais terão o valor unitário de cada item/insumo/material de consumo ou permanente.
OBS 2: Todas as notas serão atestadas pelo Gestores.

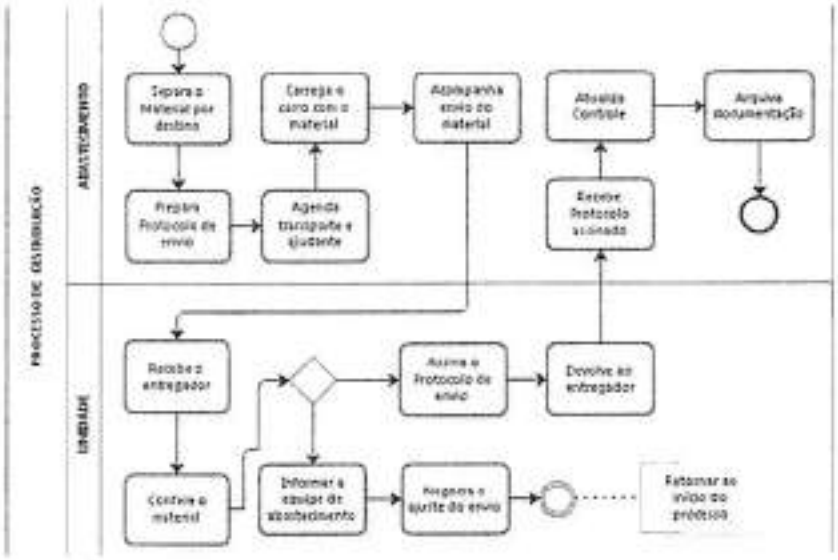
Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

060277

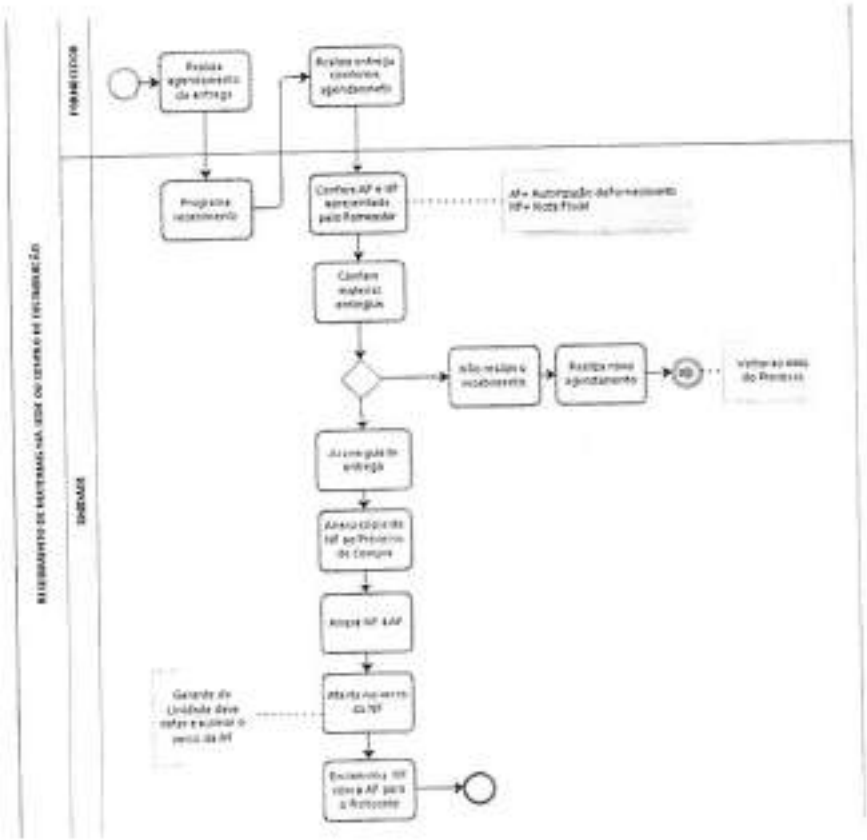
INSTITUTO GNOSIS

Processo de Distribuição



INSTITUTO GNOSIS

Processo de Recebimento de Materiais na Unidade



Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000279

INSTITUTO GNOSIS

AS ROTINAS E PROTOCOLOS REFERENTES A MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO HOSPITALARES

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de materiais e, excepcionalmente medicamentos, serão processos complexos que exigirão uma logística planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação. Neste contexto, cabe aprofundar os seguintes pressupostos:

Organização dos serviços da assistência farmacêutica na APS

O Instituto Gnosis tem como base da pirâmide organizacional o planejamento e o mesmo, garante o fluxo administrativo de abastecimento ótimo e evitando desperdício de dinheiro público, como por exemplo: vencimento de materiais e medicamentos.

O Instituto Gnosis identifica como fragilidade gerencial local e macro quando há necessidade de recolhimento e incineração de medicamentos e materiais vencidos nas unidades, sejam de APS, sejam de urgência e emergência. Para tanto adotamos as seguintes ações para evitar esta problemática:

- Capacitação e monitoramento do pedido mensal: a grade da Secretaria Municipal de Saúde deverá ser respeitada e somente solicitados os itens presentes nela. O gestor local encaminha mensalmente a planilha preenchida contemplada: materiais médico-cirúrgicos, odontológicos, expediente e saneantes. A equipe de apoio técnico, junto aos almoxarifes do Centro de Distribuição da OSS, deverá fiscalizar os pedidos e identificar possíveis faltas ou excessos;

- Arrumação e higienização e controle do estoque;

- Remanejamento de insumos e medicamentos entre unidades com prazo de validade exíguo;

- Educação Permanente voltada á valorização da Assistência Farmacêutica;

- Treinamento e capacitação de técnicos, oficiais e auxiliares de farmácia

INSTITUTO GNOSIS

O Instituto Gnosis tem como objetivo assegurar o acesso da população aos medicamentos com qualidade e uso racional além de todos os insumos necessários para terapia de prevenção, tratamento e cura previstos na carteira de serviços da Atenção Primária.

Carteira de Serviços da Atenção Farmacêutica na APS

- Assistência Farmacêutica Todas as unidades primárias de saúde devem apresentar um plano de uso racional de medicamentos que deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo da Assessoria de Assistência Farmacêutica.

- Todas as unidades de saúde devem dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.

- A dispensação de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita. A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade. Organização do Serviço 20 Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente técnico/ oficial de farmácia ou farmacêutico.
- Toda a relação de medicamentos disposta no REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) deve ser dispensada nas unidades primárias de saúde. Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, entre outras):

- Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar os pacientes com asma e DPOC, e o fornecimento da medicação deve ser vinculada a, pelo menos, uma consulta a cada 6 meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe;

- Mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe. Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina):

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.869 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

500_81

INSTITUTO GNOSIS

- As unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento, e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina;

- Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina.

- O fornecimento da insulina e demais insumos deve ser vinculado a, pelo menos, uma consulta a cada 3 meses com o médico da equipe, bem como com o enfermeiro da equipe;

- Mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;

- Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, fitas, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar. Medicamentos controlados (receituário azul e especial):

- Toda unidade primária de saúde deve ter disponível receituário azul, receituário especial e receituário tipo 'remédio em casa' para hipertensão e diabetes. A prescrição de medicamento controlado não é vedada ao médico de atenção primária, mas deve sempre seguir princípios de uso racional de medicamentos;

- Toda unidade primária de saúde deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando normativas vigentes. A organização do fluxo de distribuição da medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com a assistência farmacêutica da CAP e deve ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação. Organização do Serviço.

- Toda prescrição realizada fora da REMUME deve ser acompanhada de orientação ao paciente já que ele não encontrará esta medicação na farmácia da unidade, pois esta medicação não faz parte da Relação Municipal de Medicamentos. A validade da receita comum deve ser determinada pelo médico. Se a medicação for de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000282

para dispensação de até 12 meses para anticoncepcionais e até 6 meses para demais medicamentos. Para tanto, o médico deve prescrever na receita no campo "quantidade" a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO". Para efeitos de validade de receita simples, NENHUM anti-inflamatório, analgésico, antitérmico, antibiotico deve ser considerado como uso continuo.

- Deve ser garantido acesso universal durante todo horário de funcionamento da unidade. Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP e este deve consolidar as informações e comunicar a coordenação de assistência farmacêutica da CAP.

Necessidades Levantadas para Viabilidade de Processo de Trabalho

- Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas; Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;

- Gestão orientada para resultados, obedecendo aos critérios e indicadores de performance do contrato de gestão.

- Treinamento e capacitação contínuos visando a comunicação clara e eficaz com o usuário final do serviço;

- Estar em consonância com os pressupostos legais dos respectivos conselhos, normas sanitárias e certidões de "Nada Consta" em relação à multas e autuações;

- Computadores e conectividade com os sistemas de informações inerentes ao Software de medicamentos e suprimentos viáveis e oficiais com interface ao PEC ESUS e, quando necessário, PEP;

O Instituto Gnosis considera a Assistência Farmacêutica um dos pilares dentro da gestão de Unidades de Saúde da Família e CAPS, entendendo que não se desvincula e não trabalha de forma autônoma. Prezamos pelo desenvolvimento profissional e seu capital intelectual para além da dispensação e organização de estoque;

Sede
Edifício Flag a Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.809 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 206 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000283

INSTITUTO GNOSIS

São atribuições do farmacêutico da Estratégia de Saúde da Família vinculado ao Instituto Gnosis:

- Coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- Auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- Promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família; Selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/ Saúde da Família;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população; Subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;
- Elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- Intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida; Estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.885 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000284

profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica;

- Treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

Segue os Manuais de Normas e Procedimentos da Assistência Farmacêuticas:

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000285

INSTITUTO GNOSIS









Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000286

INSTITUTO GNOSIS





Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000287

INSTITUTO GNOSIS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
	FRACIONAMENTO DE COMPRIMIDOS	

FORMULÁRIO DE FRACIONAMENTO

Anexo I

MEDICAMENTO E MG	DATA	QUANT.	VALIDADE	LOTE	ASSINATURA

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000286

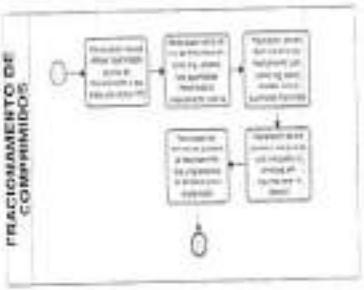
INSTITUTO GNOSIS

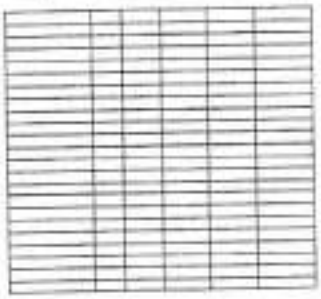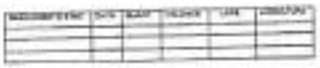












FORMULÁRIO DE FRACIONAMENTO



Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.899 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000289

INSTITUTO GNOSIS





Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 230 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000230

INSTITUTO GNOSIS



Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000231

INSTITUTO GNOSIS

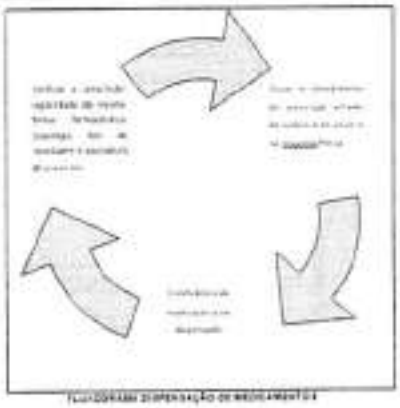


Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000292

INSTITUTO GNOSIS

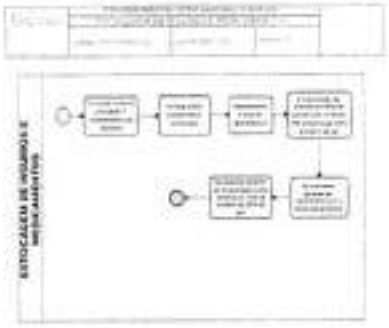






INSTITUTO GNOSIS





Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

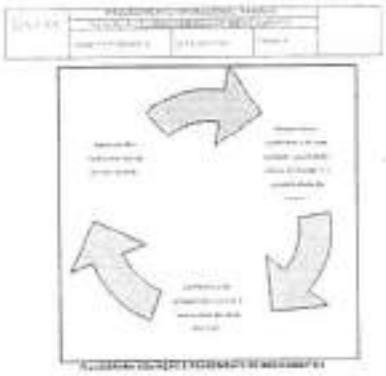
000294

INSTITUTO GNOSIS









Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000295

Documentação

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a Fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS Parceira e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

Gestão do Estoque

Estocar consistirá em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características específicas e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico-hospitalar, entre outros).

Para a estocagem adequada de diferentes tipos de produtos que serão armazenados deve-se dispor de área física, instalações apropriadas, equipamentos, acessórios, normas e procedimentos e pessoal treinado.

O serviço deverá dispor de áreas suficientes de armazenamento dos produtos que possibilitem o estoque ordenado dos diferentes tipos de medicamentos e materiais, assegurando as condições adequadas para a manutenção da sua integridade.

Dependendo dos tipos de produtos que serão armazenados e das condições de conservação exigidas deverá se dispor de áreas específicas para estocagem de produtos de controle especial, tais como: área para termolábeis, psicofármacos, imunobiológicos, inflamáveis (os de grande volume deverão ser armazenados em ambiente separado), material médico-hospitalar, produtos químicos e outros existentes.

As áreas de estocagem deverão estar bem sinalizadas, de forma que permitam sua fácil visualização. A circulação, nesta área, deverá ser restrita aos funcionários do setor. Será o local onde serão desenvolvidas todas as atividades operativas. Deverão estar localizadas, preferencialmente próximas à entrada, para melhor desenvolvimento das ações. Outras áreas importantes da estocagem de materiais e medicamentos:

- Área de recepção: local de recebimento e conferência de produtos. Obrigatoriamente deverá situar- se junto à porta principal e funcionar segundo normas e procedimentos escritos para recebimento de medicamentos;

- Área de expedição: local destinado à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos. Poderá estar ou não no mesmo espaço físico da recepção, porém, distintamente separadas, dependendo da dimensão da área física;

- Área para grandes volumes: local destinado ao armazenamento de soluções de grandes volumes, como soros, solução de Ringer Lactato, entre outras;

- Área para medicamentos de controle especial: local destinado à guarda e controle de medicamentos que exigem cuidados especiais. Em razão da especificidade e custos financeiros envolvidos, esses medicamentos não deverão ficar na área de estocagem geral. Na falta de espaço disponível, poderão ser guardados em armários. Os psicotrópicos e entorpecentes, por serem produtos sujeitos à legislação específica e causarem dependência física e/ou química, exigirão controle diferenciado, por meio de formulários próprios e prestação de contas aos órgãos fiscalizadores. O local deverá ser submetido ao controle exclusivo do farmacêutico que autorizará apenas o acesso de pessoas autorizadas;

- Área para termolábeis: local reservado aos medicamentos sensíveis à temperatura, sendo indispensável o controle ambiental nos locais de estocagem;

- Área para estocagem geral: local onde ficarão os medicamentos que não exigirão condições especiais, porém, deverá ser dispensado o mesmo conjunto de cuidados para a manutenção da estabilidade.

INSTITUTO GNOSIS

Condições para a Estocagem de Medicamentos

Para se realizar uma estocagem correta, legal e ótima, é necessário um conjunto de condições técnicas e procedimentos operacionais. Dentre eles, destacam-se:

- Áreas de armazenagem deverão ser livres de poeira, lixo, roedores e insetos. Os interiores deverão apresentar superfícies lisas, sem rachaduras, sem desprendimento de pó ou infiltrações nas paredes;

- Os medicamentos deverão ser ordenados de forma lógica, que permita fácil identificação dos produtos, por forma farmacêutica, em ordem alfabética por princípio ativo, da esquerda para a direita, rotulagem de frente para facilitar a visualização e rapidez na entrega;

- Deverá se manter distância entre os produtos e entre produtos e paredes, piso, teto e empilhamentos, a fim de facilitar a circulação interna de ar. Manter uma distância mínima de 50 cm da parede, solo, teto, e entre os produtos para evitar formação de zonas de calor. Não se deverá encostar medicamentos junto às paredes, ao teto, ou em contato com o chão, por causa da umidade;

- As caixas de medicamentos não deverão ficar próximas de condicionadores de ar, estufas, sobre geladeiras ou freezers;

- O manuseio inadequado dos medicamentos poderá afetar a sua integridade e estabilidade, por isso, não se deverá arremessar caixas, arrastar ou colocar muito peso sobre elas. Todos os funcionários, incluindo motoristas, deverão ser treinados quanto ao manuseio e transporte adequados dos medicamentos;

- Embalagens: os medicamentos deverão ser conservados nas embalagens originais. Além da proteção, isso facilitará a identificação e a verificação dos lotes e validades. Ao serem retirados da caixa, as embalagens deverão ser identificadas, conforme segue: (i) as caixas que forem abertas deverão ser sinalizadas, indicando a violação e a quantidade retirada e deverão ser lacradas posteriormente; (ii) os medicamentos, cujas embalagens estejam danificadas ou com suspeita de contaminação, deverão ser retirados dos estoques e mantidos, em área separada, até que as providências necessárias sejam tomadas. Deve-se seguir as recomendações do fabricante

em relação às condições de armazenamento – que figuram no rótulo – para conservação dos produtos: "temperatura ambiente controlada", "refrigerador" ou "temperatura ambiente". Na ausência de instruções específicas, o produto deverá ser armazenado em temperatura ambiente controlada;

- Validade: armazenar os produtos por ordem de prazo de validade - os que vão vencer primeiro deverão ser armazenados à esquerda e na frente. A observância dos prazos de validade deverá ser monitorada rigorosamente, para se evitar perdas. Os medicamentos deverão ser distribuídos por ordem cronológica de validade, sempre pela validade mais antiga; Empilhamento: (i) observar o empilhamento máximo permitido para o produto (ver recomendações do fabricante); (ii) as pilhas deverão obedecer às recomendações dos fabricantes, quanto ao limite de peso e resistência. Não ultrapassar cinco caixas e uma altura máxima de 2,5m para se evitar desabamentos e deformações por compressões; (iii) o empilhamento deverá se feito em sistema de amarração, mantendo espaços de circulação de ar e para se evitar desabamentos; Contato com o solo: o contato direto com o solo criará pontos de acúmulo indesejáveis de umidade que se depositarão nas embalagens e posteriormente poderão afetar o produto; Poeira: a poeira funcionará como elemento catalisador de umidade e corrosão.

- Inspeção sistemática: a inspeção nos estoques deverá ser uma prática de rotina para se identificar possíveis alterações nos produtos que possam comprometê-los ou oferecer risco às pessoas. Produtos rejeitados pela inspeção, suspeitos e/ou passíveis de análise, deverão ser armazenados na área de quarentena; Volume e peso do material: os itens mais volumosos e mais pesados deverão ficar próximos à área de saída, para facilitar a movimentação. Deverão ser colocados em estrados ou pallets (tipo especial de estrado);

- Rotatividade nos estoques: entre os itens de materiais mantidos em estoque, existem aqueles que têm maior movimentação, em virtude de sua utilização. Por isso, deve-se realizar periodicamente rodízio nos estoques para evitar seu envelhecimento, objetivando minimizar o número de viagens entre as áreas de estocagem e a expedição para otimizar o tempo despendido na expedição do material, com menor desgaste físico dos operadores; Medicamentos termolábeis: são medicamentos que necessitam de temperatura entre 18 e 22oC. Quando armazenados em locais quentes e sem ventilação estarão sujeitos a alterações em suas propriedades físico-químicas. Faz-se necessário a utilização de aparelhos condicionadores de ar que permitirão o

controle da temperatura ambiente; Medicamentos de controle especial: deve-se dispor de armário especial para a guarda dos produtos. O tamanho do armário dependerá do consumo e do estoque. Produtos diferentes: (i) não deverão ser armazenados no mesmo estrado para se evitar troca na entrega; e (ii) nas áreas de estocagem de medicamentos não poderão ser armazenados outros insumos, principalmente material de limpeza e de consumo; medicamentos deteriorados ou vencidos. Medicamentos interditados: deverão ser identificados nas embalagens e poderão ficar em áreas separadas, se houver espaço, ou na própria prateleira. De acordo com os procedimentos internos, encaminhá-los à Vigilância Sanitária local ou devolvê-los ao Laboratório, comunicando, imediatamente, as Unidades de Saúde para que suspendam o uso e demandem o seu recolhimento.

Conservação de Materiais, Insumos e Medicamentos

Conservar medicamentos será mantê-los em condições ambientais apropriadas para assegurar a estabilidade e a integridade durante seu período de vida útil. Para que os medicamentos sejam bem conservados, alguns procedimentos técnicos e administrativos deverão ser adotados.

a) Temperatura: é uma condição ambiental, diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações dos medicamentos. As elevadas temperaturas são contra-indicadas para medicamentos, pois poderão acelerar a indução de reações químicas e ocasionar decomposição dos produtos, alterando a sua eficácia.

Para o controle da temperatura será necessária a utilização de termômetros nas áreas de estocagem, com registros diários em mapa de controle, registro mensal consolidado, elaboração de relatórios, com gráficos demonstrativos para intervenção e correção de eventuais anormalidades.

Temperatura de conservação, segundo a Farmacopeia Americana (USP): (i) ambiente: temperatura entre 15o e 30oC, com controle mediante termostato – recomenda-se temperatura próxima a 20oC; (ii) quente: temperatura acima de 30oC; (iii) fria ou refrigerada: temperatura entre 2o e 8oC; (iv) local fresco: ambiente cuja

temperatura situa-se entre 8o e 15oC; (v) em congelador: temperatura entre 0o e -5oC. Para produtos que requerem baixa temperatura há necessidade de equipamentos de temperatura controlada entre 10o e 20oC.

Umidade: dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a umidade elevada poderá afetá-la, favorecendo o crescimento de fungos e bactérias, desencadeando algumas reações químicas. Os medicamentos armazenados em áreas úmidas poderão sofrer alterações na consistência, sabor, odor, cor e tempo de desintegração. Por isso, não deverão ser encostados em paredes, teto,

em contato direto com o chão, próximos a banheiros, áreas úmidas e com infiltrações. Produtos sensíveis à umidade devem ser conservados em frascos hermeticamente fechados ou conter substâncias dessecantes. Alguns produtos, em razão da elevada sensibilidade à umidade, trazem invólucros de sílica gel para a devida proteção. Orientar para que não sejam retirados das embalagens. A umidade relativa deverá se manter entre 40 e 70%. A medição será feita com higrômetro ou psicômetro.

Luminosidade: a incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, alterando sua estabilidade (óxido-redução). O local de estocagem deverá possuir iluminação natural adequada. No caso de iluminação artificial, recomendar-se-á a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria). Os efeitos da luminosidade dependerão da fonte de luz, intensidade e tempo de exposição. Para proteção dos medicamentos fotossensíveis, utilizam-se embalagens de cor âmbar e embalagem em blister de alumínio.

Ventilação: uma boa circulação interna de ar deverá ser mantida para conservação dos produtos. Elementos vazados nas janelas facilitarão a ventilação natural.

Equipamentos e acessórios: são dispositivos de ação mecânica, necessários à estocagem e movimentação dos produtos. Estrados/pallets são plataformas horizontais de tamanhos variados, fácil manuseio, movimentação e transporte, cuja finalidade será estocar produtos de grande volume. Recomenda-se o tamanho de 1m² para melhor adequação aos espaços. Quanto menor o estrado, será mais fácil manuseá-lo, limpá-lo e movimentá-lo. Não serão recomendados estrados de grandes dimensões ou fixos, porque dificultam os deslocamentos e, principalmente, a limpeza. Existem em diversos tipos (madeira, plástico, fibra, alumínio, borracha) de diversas dimensões e formas (retangular e quadrado). Sua utilização dependerá da necessidade do serviço e da área disponível para se evitar desperdícios de espaços, com quantidades desnecessárias. Estrados de madeira: a madeira é muito utilizada em razão da sua rigidez, resistência a choques, impactos e deformações, além do seu baixo custo e facilidade no manuseio. Porém, não é recomendável porque acumula muita poeira e absorve muita umidade, retendo água. Estrados de plásticos: são os estrados mais utilizados atualmente, pelo fato de serem menos propensos a danos físicos. Possibilitam fácil limpeza e manuseio, além da grande diversidade de cores, o que dá um layout diferente ao ambiente.

Na APS e CAPS, a aquisição dos medicamentos parte do princípio de uma gestão compartilhada na qual a contratante se responsabiliza pelo fornecimento dos medicamentos contemplados na REMUME. Porém, sob a ótica de parceria, o Instituto Gnosis poderá fornecer, para APS, os seguintes medicamentos:

Código SMA	Medicamentos	Unidade de Apresentação
6506300100	ACETAZOLAMIDA 250MG COMPRIMIDO	CMP
6505905574	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200MG	CMP
6506121701	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG CMP	CMP
6505600100	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO	CMP
6505901401	ÁCIDO FÓLICO SOL ORAL 02MG/ML MÍNIMO 30ML	FR
6505100905	ÁCIDO FOLÍNICO 15MG COMPRIMIDO	CMP
6505102905	ALBENDAZOL 40MG/ML SOL ORAL FR 10 ML	FR
6505102941	ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG COMPRIMIDO	CMP
6505200146	ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO	CMP
6505100132	AMIODARONA, CLORIDRATO DE COMPRIMIDO 200MG	CMP
6505851320	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500MG/125MG COMPRIMIDO	CMP
6505011200	AMOXICILINA + CLAVULANATO POTÁSSICO 50MG+12,5MG/ML SUSPENSÃO ORAL, FRASCO COM NO MÍNIMO 75ML	FR
6505011515	AMOXICILINA 500MG CAPSULA	CMP
6505605220	AMOXICILINA 50MG/ML PO PARA SUSPENSÃO ORAL FRASCO	FR
6505150101	ANLODIPINA, BESILATO 5 MG COMPRIMIDO	CMP
6505210010	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO	CMP

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 202 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000302

INSTITUTO GNOSIS

6505602A48	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO MINIMO DE 15ML	FR
6505211040	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	CMP
6505203040	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 50MCG/DOSE AEROSSOL BUCAL MINIMO 200 DOSES	FR
6505201094	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 250MCG/JATO AEROSOL FRASCO DOSADOR, 200 DOSES+ESPACADOR, SEM CFC	FR
6505200222	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO COM 50 MCG EM SPRAY NASAL MINIMO 200 DOSES, SEM CFC	FR
6505206016	BENZILPENICILINA G BENZATINA INJETAVEL PO LIOFILO 1.200.000UI FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 4ML	FR
6505600535	BENZILPENICILINA G BENZATINA INJETAVEL PO LIOFILO 600.000UI FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 4ML	FR
6505600369	BENZILPENICILINA PROCAINA 300.000UI + BENZILPENICILINA G POTASSICA 100.000UI INJETAVEL PO LIOFILO FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 4ML	FR
6505130696	BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML	FR
6505471734	CALCIO, CARBONATO 500MG COMPRIMIDO CALCIO ELEMENTAR	CMP
6505150202	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505210100	CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO	CMP
6505210111	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO	CMP
6505961067	CEFALEXINA 500MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP
6505960317	CEFALEXINA 50MG/ML PO PARA SUSPENSAO ORAL FRASCO MINIMO 60ML	FR
6505170216	CETOCONAZOL 2% CREME (20MG/G) BISNAGA 30G	BG
6505442098	CINARIZINA 75MG COMPRIMIDO	CMP
6505080601	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO 500MG COMPRIMIDO	CMP
6505610090	CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	CMP
6505061210	CLINDAMICINA, CLORIDRATO 300MG CAPSULA	CAP
6505100133	CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL NASAL MINIMO 10 ML	FR

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.869 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000303

INSTITUTO GNOSIS

65052706963	DEXAMETASONA 1MG/ML (0,1%) SOLUCAO OFTALMICA, FRASCO 5ML	FR
65054010307	DEXAMETASONA, ACETATO 0,1% (1MG/G) CREME BISNAGA 10G	BIS
65052930805	DEXAMETASONA, ACETATO 4MG COMPRIMIDO	CMP
65050500295	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML (0,04%) SOLUCAO ORAL FRASCO 100ML	FR
65050500125	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2MG COMPRIMIDO	CMP
65052704107	DEXTRANO + HIPROMELOSE	UN
65051600204	DICLOFENACO DE POTASSIO 50MG COMPRIMIDO	CMP
65052400302	DIGOXINA 0,05MG/ML ELIXIR PEDIATRICO FRASCO 60ML	FR
65052400403	DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO	CMP
65050110416	DIPIRONA 500MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MINIMO 10ML	FR
65050100372	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	CMP
65050818648	DOXICICLINA, CLORIDRATO 100MG COMPRIMIDO	CMP
65051503557	ENALAPRIL, MALEATO 10MG COMPRIMIDO	CMP
65050800981	ERITROMICINA, 50MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 50ML	FR
65050802100	ERITROMICINA, ESTOLATO 500MG COMPRIMIDO	CMP
65050810744	ESPIRAMICINA 1500UI (500MG) COMPRIMIDO	CMP
65053000271	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO	CMP
65053601304	ESTRIOL 1MG/G (0,1%) CREME GINECOLOGICO BISNAGA 50G + APLICADOR	BIS
65053601208	ESTROGENIOS CONJUGADOS 0,625MG COMPRIMIDO REVESTIDO	DRA
65052300904	FENOTEROL, BROMIDRATO 5MG/ML (0,5%) SOLUCAO PARA NEBULIZACAO FRASCO CONTA-GOTAS 20ML	FR
65050820707	FLUCONAZOL 150MG CÁPSULA	CMP

INSTITUTO GNOSIS

6505270068	GENTAMICINA, SULFATO COLÍRIO 5MG/ML FRASCO 5ML	FR
6505110112	GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO	CMP
6505110155	GLICLAZIDA 30MG LIBERACAO CONTROLADA	CMP
6505360306	GLYCINE MAX (SOJA)+LAVONAS-DE-SOJA) 71MG COMPRIMIDO	CMP
6505150501	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505300948	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505400171	HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSAO ORAL 60 A 62MG/ML FRASCO 100ML	FR
6505140469	HIOSCINA (N-BUTIL-ESCOPOLAMINA) 10MG COMPRIMIDO	CMP
6505160182	IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO PLASTICO/ALUMINIO	CMP
6000162581	IBUPROFENO SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML, MINIMO 20ML	FR
6505130892	INSULINA HUMANA NPH	AMP
6505130903	INSULINA HUMANA REGULAR	AMP
6505230169	IPRATROPIO 0,25MG/ML (0,25%) SOLUCAO PARA NEBULIZACAO FRASCO CONTA-GOTAS 20ML	FR
6505460163	ISOSSORBIDA, DINITRATO 5MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	CMP
6505460971	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20MG COMPRIMIDO	CMP
6505080304	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA	CAP
6505160347	IVERMECTINA 6MG COMP	CMP
6505160169	LEVODOPA + BENSERAZIDA 200 MG + 50MG COMP	CMP
6505160041	LEVODOPA + BENZERAZIDA 100 MG + 25MG COMP	CMP
6505160275	LEVODOPA 250MG + CARBIDOPA 25MG COMP	CMP
6505360708	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 150MCG + 30 MCG CARTELA COM 21 COMPRIMIDOS	CAR

INSTITUTO GNOSIS

6505302602	LEVOTIROXINA SODICA 100MCG COMPRIMIDO	CMP
6505302751	LEVOTIROXINA SODICA 25MCG COMPRIMIDO	CMP
6505400128	LOPERAMIDA 2MG COMP	CMP
6505201016	LORATADINA 10MG	CMP
6505501702	LORATADINA XAROPE 1MG/ML MINIMO 60ML	FR
6505100808	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG COMP	CMP
6505100330	MEBENDAZOL 20MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO MINIMO 30ML + DOSADOR	FR
6505501702	MEDROXIPROGESTERONA 150 MG/ML INJETÁVEL	AMP
6505101399	METFORMINA 500MG COMPRIMIDO	CMP
6505100710	METFORMINA 850MG COMPRIMIDO	CMP
6505100684	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO	CMP
6505100324	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG COMPRIMIDO	CMP
6505100243	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE, 4MG/ML (0,4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML	FR
6505100170	METRONIDAZOL 100MG/G (10%) GELEIA VAGINAL BISNAGA MINIMO 50G + 7 APLICADORES	BIS
6505100403	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO PLASTICA/ALUMINIO	CMP
6505100645	METRONIDAZOL 40MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 60ML + DOSADOR	FR
6505107009	MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G (2%) CREME VAGINAL BISNAGA 80G + 7 APLICADORES	BIS
6505100242	MICONAZOL, NITRATO DE 2% CREME, MÍNIMO 20G	BIS
6505203718	MIKANIA GLOMERATA (GUACO) XAROPE 0,25MG/ML FRASCO 120ML	FR
6505104093	NEOMICINA, SULFATO 5MG/G + BACITRACINA 250UI/G POMADA BISNAGA 10G	BIS
6505100653	NISTATINA 100.000UI/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 50ML + DOSADOR	FR
6505400158	NORESTISTERONA + ESTRADIOL 50 MG + 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL SERINGA 1ML	AMP

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000300

INSTITUTO GNOSIS

6505060207	NORETINDRONA (NORETISTERNA) 0,35MG COMPRIMIDO	CMP
6505057018	NORFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO	CMP
6505130578	OLEO MINERAL PURO FRASCO 100ML	FR
6505401306	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG	CAP
6505173455	OXIDO DE ZINCO 150MG/G + VITAMINA A 5000UI/G + VITAMINA D 300UI/G POMADA BISNAGA 45G	BIS
6505127512	PARACETAMOL 200MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MINIMO 15ML	FR
6505101344	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO	CMP
6505420851	PENTOXIFILINA 400MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP
6505304347	PERMETRINA LOÇÃO 5% FRASCO 60ML	FR
6505602903	PERMETRINA LOCAO 1% FRASCO 60ML	FR
6505302766	PIRIDOSTIGMINA, BROMETO 60MG COMPRIMIDO	CMP
6505617319	PIRIMETAMINA 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505201515	PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 60ML + DOSADOR	FR
6506200724	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO	CMP
6505200643	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO	CMP
6505050478	PROMETAZINA 25MG	CMP
6505700809	PROPAFENONA, CLORIDRATO 300MG COMPRIMIDO	CMP
6505302913	PROPILTIOURACIL 100MG COMPRIMIDO	CMP
6505210085	PROPRANOLOL 40MG COMPRIMIDO	CMP
6505402349	RANITIDINA, CLORIDRATO 150MG COMPRIMIDO	CMP
6505442028	RIFAMPICINA 2% (20MG/ML) SUSPENSÃO ORAL FRASCO MINIMO 50ML	FR
6505410099	SAIS PARA REIDRATACAO ORAL (FORMULA OMS) ENVELOPE 27,9G	ENV

INSTITUTO GNOSIS

6[illegible]	SALBUTAMOL 100MG DOSE AEROSOL FRASCO 200 DOSES SEM CFC	FR
6505110070[illegible]	SIMETICONA 75MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML	FR
6505500158	SINVASTATINA 20MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP
6505[illegible]6510	SULFADIAZINA 500MG COMPRIMIDO	CMP
6505402120[illegible]	SULFADIAZINA DE PRATA CREME 1% (10MG/G) BISNAGA 50G	BIS
6505080434[illegible]	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO	CMP
6505081800[illegible]	SULFAMETOXAZOL 40MG/ML + TRIMETOPRIMA 8 MLMG SUSPENSÃO ORAL FRASCO 50 ML	FR
6505080421	SULFATO FERROSO 40MG COMPRIMIDO (40MG DE FERRO ELEMENTAR)	CMP
6505080253	SULFATO FERROSO 25MG/ML DE FERRO ELEMENTAR SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 30ML	FR
6505231984	TEOFILINA 300MG CAPSULA LIBERACAO PROLONGADA	CMP
5505780807	TIABENDAZOL 500MG COMPRIMIDO	CMP
5505270209[illegible]	TIMOLOL MALEATO DE 5MG/ML (5%) SOLUCAO OFTALMICA FRASCO [illegible]ML	FR
6505080446[illegible]	VARFARINA SODICA 5MG COMPRIMIDO	CMP
6505070072[illegible]	VERAPAMIL CLORIDRATO 80MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP
6505472[illegible]273	VITAMINA B1 (TIAMINA) 300MG COMPRIMIDO	CMP
5505472[illegible]192	VITAMINA B6 (PIRIDOXINA) 40MG CAPSULA	CAP
6505100184[illegible]	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG COMPRIMIDO	CMP
6505100188[illegible]	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/5ML XAROPE	FR
6505100[illegible]192	ACIDO VALPROICO 500MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP
6505460014[illegible]	AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505190[illegible]308	ESPERIDENO 2MG COMPRIMIDO	CMP
6505100[illegible]190	CARBAMAZEPINA 200MG COMPRIMIDO	CMP

Sede
Edifício Rag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.859 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000306

INSTITUTO GNOSIS

6505191535	CARBAMAZEPINA 20MG/ML (2%) SUSPENSAO ORAL	FR
6505490255	CLOMIPRAMINA 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505100059	CLONAZEPAM 0,5MG COMPRIMIDO	CMP
6505190214	CLONAZEPAM 2,5MG/ML (0,25%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20ML	FR
6505190202	CLONAZEPAM 2MG COMPRIMIDO	CMP
6505380391	CLORPROMAZINA , CLORIDRATO 100MG COMPRIMIDO	CMP
6505380200	CLORPROMAZINA , CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505380472	CLORPROMAZINA , CLORIDRATO 40MG/ML (4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20ML	FR
6505030460	DIAZEPAM 10MG COMPRIMIDO	CMP
6505030297	DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO	CMP
6505100282	FENITOÍNA 100 MG COMPRIMIDO	CMP
6505100525	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO	CMP
6505100797	FENOBARBITAL 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20 ML	FR
6505480921	FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG CAPSULA GELATINOSA DURA	CAP
6505380634	HALOPERIDOL 1MG COMPRIMIDO	CMP
6505382335	HALOPERIDOL 2MG/ML (0,2%) SOLUÇÃO ORAL FRGC 20 ML	FR
6505380715	HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO	CMP
6505380987	HALOPERIDOL, DECANOATO SOLUCAO INJETAVEL 50MG/ML AMPOLA 1ML	AMP
6505480417	IMIPRAMINA, CLORIDRATO 25MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP
6505381282	LEVOMEPROMAZINA, CLORIDRATO 40MG/ML (4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MMMAD 20ML	FR
6505381058	LEVOMEPROMAZINA, MALEATO 100MG COMPRIMIDO	CMP
6505381100	LEVOMEPROMAZINA, MALEATO 25MG COMPRIMIDO	CMP
6505100676	LITIO, CARBONATO 300 MG COMPRIMIDO	CMP
6505481297	NORTRIPTILINA 25 MG CAPSULA	CMP
6505380420	RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO	CMP
6505382173	RISPERIDONA 3MG COMPRIMIDO	CMP
6505380900	TIORIDAZINA, CLORIDRATO 50MG COMPRIMIDO REVESTIDO	CMP

Fonte: https://subpav.org/SAP/NAF

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000309

INSTITUTO GNOSIS

Sistemas:

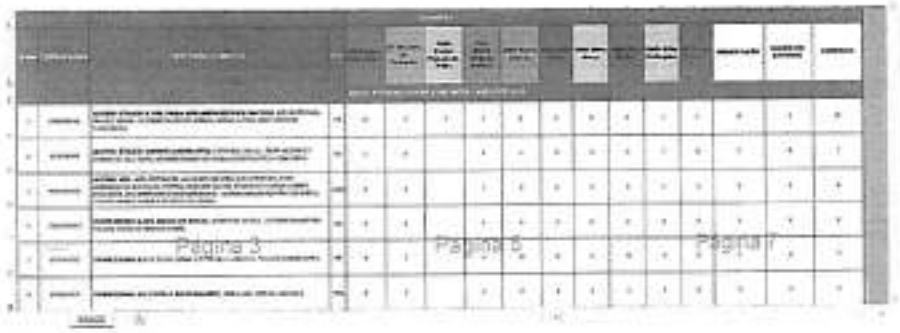
DispensaMed

O Instituto Gnosis irá utilizar o sistema padronizado para colocar em prática nos serviços de farmácia das unidades para controlar a dispensação dos medicamentos

O DispensaMed é um sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio para uso das unidades básicas da SMS/RJ para registro das informações de receita e medicamentos dispensados à população. O sistema também permite uma visão analítica aos gestores para tomada de decisão, através do TABNET. O DispensaMed é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as unidades de saúde que utilizam PEC.

SIGMA – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

O Instituto Gnosis irá manter em funcionamento o Sistema de Informações Gerenciais de Materiais (SIGMA), que tem como objetivo o controle de todos os bens adquiridos e estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais no Município de Rio de Janeiro tais como: materiais de consumo, medicamentos. A manutenção do cadastro de materiais e serviços.



Planilha controle SIGMA

INSTITUTO GNOSIS

Logistica e Expedição

São as etapas que acontecem os procedimentos que formalizam a saída dos produtos do centro de distribuição, transporte e sua entrega para o destino final. A distribuição visa suprir as necessidades das unidades de saúde seguindo um cronograma, evitando atrasos, burocracias excessivas e desabastecimento. Para tanto, faz-se necessário:

- Estabelecimento dos fluxos e cronogramas de distribuição e agendamento das datas de entrega;
- Distribuição da quantidade correta dos itens conforme as solicitações;
- Cumprimento dos prazos estabelecidos.

Durante a expedição são mantidos os registros quanto ao:

- Número da nota de simples remessa;
- Número do pedido;
- Volume da carga;
- Pedido por veículo;
- Placa e modelo do veículo;
- Motorista;
- Horário de entrada.

INSTITUTO GNOSIS

Controladoria

O setor de controladoria terá a função de planejar, organizar e supervisionar as atividades da controladoria geral, visando assegurar que todos os relatórios e registros sejam feitos de acordo com os princípios e normas contábeis e legislação pertinente, dentro dos prazos e das normas e procedimentos estabelecidos pela empresa.

Ações da área:

- Atuar com instruções, análise de desempenho, análise e proposta de ações para a equipe de gestão, contabilidade, gestão de liquidez de ativos de controle, finanças, planejamento e fiscais, governança corporativa, conformidade, a garantia, gestão de riscos, processo de análise de risco para projetos, redução de custos e melhorias contínuas na produtividade.

- Confeccionar análise de desempenho, análise e proposta de ações para a equipe de gestão, contabilidade, gestão de liquidez de ativos de controle, finanças, planejamento e fiscais, governança corporativa, conformidade, a garantia, gestão de riscos, processo de análise de risco para projetos, redução de custos e melhorias contínuas na produtividade.

- Detectar problemas, solucionar e promover a melhoria em todo o processo, cumprir o planejamento estratégico por meio da implementação do plano e da ação necessária ao alcance do objetivo traçado para a área.

- Supervisionar as atividades da controladoria, visando assegurar que todos os relatórios e registros contábeis e financeiros sejam feitos de acordo com os princípios e normas da legislação pertinente, dentro dos prazos e das normas e procedimentos estabelecidos pela empresa.

- Elaboração dos relatórios mensais (Custos, Orçamentos e Análise Gerencial), visando assegurar que os mesmos reflitam corretamente a situação econômico-financeira da empresa.
- Analisar as informações da controladoria e preparar relatórios (específicos e eventuais) contendo informações, explicações e/ou interpretações dos resultados e mutações ocorridos no período, visando subsidiar o processo decisório na empresa.

- Garantir a prestação de contas do contrato através da aplicação de normas de padronizadas no contrato e finanças públicas demonstrando com fidelidade as ações realizadas.

Gestão de Custos

A área de custos do Instituto tem como diretriz identificar, classificar e organizar os dados relacionados aos gastos de serviços e dos produtos, transformando essas informações em relatórios padronizados para auxiliar processos fiscais e tomadas de decisão dos gestores.

Ações da área:

- Elaborar orçamento, fazer levantamento quantitativos, contabilidade de custos, relatórios gerenciais e com a gestão de pessoas, elaborar pré-orçamentos para análise de viabilidade, atendendo às especificações de cada projeto.
- Sinalizar inconsistências e pontos de alerta nos projetos em questão, contribuir com a otimização de ferramentas internas, buscando precisão e agilidade nos trabalhos apresentados.
- Elaborar orçamentos base, atendendo às especificações dos projetos, acompanhar e assegurar o cumprimento de prazo no envio de relatório de atividade e prestação de contas, elaborar e acompanhar a elaboração de orçamento, relatório de atividade e prestação de contas.
- Realizar análise do gasto do projeto, elaborar e acompanhar a elaboração do orçamento, do relatório de atividade e da prestação de contas, documentar e sistematizar o resultado da atividade e preparar o relatório periódico de acompanhamento interno.

INSTITUTO GNOSIS

Contabilidade e Fiscal

As demonstrações contábeis serão elaboradas em conformidade com as práticas contábeis adotadas no Brasil as quais levam em consideração, as disposições contidas nas Leis nº 11.638/07 e 11.941/09 que alteraram artigos da Lei nº6.404/76 nas normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e nos pronunciamentos, nas orientações e nas interpretações emitidas pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC.
O Instituto GNOSIS manterá em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, documentos esses que estarão disponíveis aos órgãos fiscalizadores competentes. As informações fiscais e contábeis serão encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (OSINFO) através do endereço eletrônico http://osinfo.prefeitura.rio, mediante também Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro.
Como uma das ferramentas de gestão o Instituto GNOSIS adota protocolos para recebimento dos materiais de consumo e materiais permanentes, bem como da fiel execução dos contratos acessórios ao contrato de gestão. Esse protocolo consiste em verificar a documentação e certidões que acompanham a nota fiscal, conferindo se a prestação de serviços, ou entrega de material está de acordo com o contrato/pedido, observando se todas as informações estão de acordo, o atesto se dará através de carimbo, contendo data e assinatura do responsável pelo recebimento em local que não inviabilize a leitura dos dados do documento.
Todos os documentos fiscais serão emitidos em nome do Instituto GNOSIS e os originais ficarão à disposição dos órgãos fiscalizadores. As notas fiscais serão arquivadas devidamente quitadas contendo carimbo da Instituição, bem como data e assinatura do responsável administrativo da unidade.
Dispõe sobre a composição do Conselho Federal de Contabilidade e dá outras providências. Decreto-Lei no 1.040, de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre os Conselhos Federal e Regionais de Contabilidade. Lei no 5.730, de 08 de novembro de 1971. Altera o Decreto - Lei no 1.040/69.

Ações da área:

- Administrar os tributos da OSS;
- Registrar atos e fatos contábeis;
- Controlar o ativo permanente;
- Preparar obrigações acessórias, tais como: declarações acessórias ao fisco, órgãos competentes e contribuintes e administra o registro dos livros nos órgãos apropriados;

INSTITUTO GNOSIS

- Elaborar demonstrações contábeis;
- Prestar consultoria e informações gerenciais.

Referência:

ALMEIDA, H. M. de S; CUNHA, I. M; ROSENBERG, G. A aplicação estratégica do Modelo de Excelência em Gestão Pública na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. XIV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Salvador de Bahia, Brasil, 27 – 30, Out. 2009.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA. Documento de Referência - Cadernos GESPÚBLICA. Brasília, 2009

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA. Prêmio Nacional da Gestão Pública – PQGF. Documento de Referência. Brasília: MP, SEGES, 2009.

Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.885 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000315

COMISSÕES, COMITÊS E GRUPO DE TRABALHO

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial, descrevendo as comissões, os comitês e Grupos de trabalho.

Comissões e comitês

As comissões e núcleos serão organizadas de modo compartilhado entre todas as unidades da A.P 5.1 tendo em vista a possibilidade de construção coletiva e compartilhamento de práticas inovadoras e visam a qualidade da assistência prestada.

Segundo PRQS SGQ 006 Gestão das comissões, comitês, grupos de melhoria e documentação legal, padronizada pela gerência de qualidade, institui que é de responsabilidade do gerente técnico em uso de suas atribuições nomear formalmente os membros de todas as comissões, de acordo com legislações específicas. As nomeações serão formalizadas em formato de Termo de Constituição. Nestas deverão constar o nome dos membros, data de nomeação, devendo ser assinado pelo gerente técnico, no formulário padronizado ato de nomeação. Sempre que um membro for substituído, deverá ocorrer a nomeação formal pela Diretoria da instituição.

As comissões tem o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e aos processos de trabalho internos, são ferramentas que auxiliam na gestão, considerando as normas, diretrizes e legislações vigentes. As atividades servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a diretoria de atenção à saúde, o objetivo comum dessas comissões é a melhoria dos processos de trabalho, seja elaborando planos, ou implantando e fiscalizando ações, priorizando sempre a aplicação de boas práticas. As comissões são compostas por grupos de funcionários, conforme regulamentos e normas específicas, com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades.

INSTITUTO GNOSIS

Todas as Comissões devem possuir um Regimento Interno que estabeleça suas regras de funcionamento. Os regimentos devem contemplar composição, atribuições dos membros, diretrizes, periodicidade de reunião, baseados no requisito legal de referência e deverão ser revisados para adequação sempre que necessário.

Quando houver necessidade de revisão do conteúdo do Ato de nomeação o EGQ deve realizar um novo ato de nomeação conforme a nova resolução. Caso seja necessária a revisão do regimento interno ela deve ser feita pelo responsável da elaboração do mesmo, seguindo o PRQ 001 Controle de documentos e registros. A gerência técnica deverá realizar o acompanhamento destas Comissões para analisar a execução das atividades propostas.

Todas as Comissões devem elaborar cronograma, de acordo com a periodicidade definida no regimento interno, informando as datas previstas para realização das reuniões. As reuniões realizadas pelas Comissões deverão ser registradas em atas, cujo acesso será restrito aos membros da comissão e entregues na diretoria setor responsável pela guarda das pastas das comissões. As ações definidas nas reuniões das Comissões e Comitês deverão ser planejadas na própria ata (item Novas Pendências) ou com elaboração de Plano de Ação. As atas devem estar disponíveis nas pastas das Comissão, junto com as demais documentações.

A Diretoria técnica deve disponibilizar um local seguro para a guarda dos documentos das comissões. O acompanhamento da atualização dos documentos e registros será realizado pela Qualidade, bem como o acompanhamento das Nomeações e Regimentos na planilha "Controle Comissões e Comitês" e será preenchido semestralmente. O impacto e a efetividade relacionada à atuação das Comissões deverão ser verificados através dos registros aplicáveis aos processos. Se verificar que as Comissões não estão atuantes e desenvolvendo ações de acordo com seu propósito, deverá entrar em contato com os membros para análise das melhorias que podem ser implementadas.

As Comissões aplicáveis para as unidades de ESF Serão:

- Comissão de Prontuário Clínico
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Núcleo de Segurança do Paciente
- CIPA

Comissão de ética médica

A Comissão de Ética Médica por objetivo regulamentar as atividades do corpo clínico dentro dos parâmetros estabelecidos nas resoluções do Conselho Federal/Regional de Medicina e Código de Ética Médica. Tem função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

A Comissão de Ética Médica é constituída por médicos, sendo 1 presidente, 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos por maioria simples de votos em eleição direta e secreta, ou por assembleia do Corpo Clínico, com mandato de dois anos, podendo ser reeleitos.

Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho regional de Medicina imediatamente após o feito.

Se um membro da comissão deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.Os atos da Comissão relacionados com a fiscalização ou sindicâncias serão sigilosos, sob pena de serem considerados infração ética a sua

divulgação. Não deverão participar dos processos de sindicância, membros da Comissão envolvidos diretamente na questão.

Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

A escolha dos membros da Comissão será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõe o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina. A convocação da eleição será feita pelo gerente técnico nas ESF, por edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Os candidatos à Comissão deverão se inscrever individualmente, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana. Será designado uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética. A Comissão de ética Médica será composta pelos candidatos que obtiveram o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição. Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado Eleito o candidato que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

A apuração será realizada imediatamente após encerramento da votação, pela comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos interessados. O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

INSTITUTO GNOSIS

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 as eleições, e encaminhados em primeira instância à comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medina.

A Comissão de ética é vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação à instituição, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Competo à Comissão de Ética:

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à Lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não ocorridas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com suas obrigações;
- Colaborar com conselho Regional de Medina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atuam;
- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.559 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000320

- Encaminhar aos conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os Órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Compete aos membros da Comissão de ética:

- Eleger o presidente e secretário;
- Comparecer a todas as reuniões da Comissão de ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de ética Médica prevista nesta resolução;
- Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Compete ao presidente da Comissão Médica:

- Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- Convocar o secretário para substitui-lo em seus impedimentos ocasionais;
- Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética, sempre que necessário;
- Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- Colaborar com presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de ética Médica;
- Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de ética Médica;
- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à comissão de ética Médica;
- Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de ética Médica.

A Comissão se reúne mensalmente ou em caráter extraordinário, sempre que necessário. 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.

Será instaurada sindicância mediante:

- Denúncia, por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- Denuncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;
- Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- Solicitação de Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Aberta a sindicância, a Comissão de ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 15 (quinze) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Todos os documentos relacionados com os fatos quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outro as que possam colaborar no deslinde da questão, deverão se apensadas à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina. O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de ética Médica.

O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão. Finda a coleta de informações, a Comissão de ética Médica reunir-se – á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juizo. Caso necessário, a Comissão de ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente Tramitação. Em casos de menor gravidade e qual não tenham acarretado danos

INSTITUTO GNOSIS

para terceiros, a Comissão de ética Médica poderá procurar a conciliação entre partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina. Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata especifica. Não Havendo a conciliação a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

O Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros e só entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica. Caberá ao conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

COMISSÃO	ÉTICA MÉDICA
CONTEÚDO	A Comissão de Ética Médica é um órgão de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência. Seguindo as determinações da Resolução do CFM n.º 1.657/2002 e CFM nº 1.812/2007. Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
MEMBROS COMPONENTES	A Comissão será constituída por três membros efetivos, profissionais da equipe médica, com respectivos suplentes, eleitos por maioria simples de votos em eleição direta e secreta, ou por assembleia do Corpo Clínico. • Presidente • Secretário • Membros efetivo • Membro suplentes
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 10 dias do início do contrato.
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	A Comissão se reúne mensalmente ou em caráter extraordinário, sempre que necessário
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para condições de trabalho, liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento aos pacientes de acordo com os preceitos éticos e legais da profissão. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia e colaborar com o Conselho Regional de medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica.
CONTROLE	Na CEF o gerente técnico e a qualidade acompanharão o desenvolvimento das atividades da comissão verificando as ações desenvolvidas e impactos observados na Instituição. A Comissão de Ética Médica é constituída por médicos, sendo 1 presidente, 1 secretário e demais membros, num total de 4 efetivos e 4 suplentes, eleitos por maioria simples de votos em eleição direta e secreta, ou por assembleia do Corpo Clínico.

* Todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias devem ser registradas em ata, conforme modelo disponibilizado

3.2 Comissão de ética em enfermagem

A comissão de ética de enfermagem (CEE) representa o conselho regional de enfermagem nas instituições onde existe serviço de enfermagem, com função educativa e consultiva e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

A comissão deve estabelecer relação de autonomia e imparcialidade com as unidades de saúde, bem como resguardar o sigilo e discrição nos assuntos vinculados as condutas de caráter ético e disciplinar dos profissionais de

enfermagem. A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos da Resolução COFEN Nº 593/2018.

A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, técnicos de enfermagem. A CEE será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente. O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

As eleições para constituição da CEE deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro RT, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde. O Enfermeiro RT deverá constituir comissão eleitoral para encaminhamento do pleito.

Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 8º da Resolução. A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores. Na hipótese de ocorrência de fato grave que influencie o resultado da eleição, poderá o interessado recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem da respectiva jurisdição, a quem caberá decidir sobre a questão.

Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos. Cópia de todo processo eleitoral, capa a capa, deverá ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem apoio, suporte e orientações necessárias para a constituição e funcionamento das CEE, bem como a adoção de medidas necessárias para fazer cumprir a Resolução.

INSTITUTO GNOSIS

Atribuições específicas dos membros da CEE:

- Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
- Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;
- Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;
- Elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.
- Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;
- Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- Assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;
- Divulgar as atribuições da CEE.
- Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.
- Apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem.

COMISSÃO	ÉTICA DE ENFERMAGEM
CONTEÚDO	A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é um órgão representativo do conselho regional de enfermagem na instituição por possuir serviço de enfermagem, tem funções educativa, consultiva e de consultação, orientação e vigilância do exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem. Seguindo as determinações da Resolução do COFEN Nº 593/2018.
MEMBROS COMPONENTES	A CEE será constituída por três profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem), dentre os profissionais mais votados: • Presidente (cargo privativo de enfermeiro) • Secretário • Membro São critérios para integrar a comissão: ter vínculo empregatício com a instituição de saúde; situação cadastral e financeira regular junto ao Coren de sua jurisdição; não ter condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos; e não possuir anotações de penalidades junto ao empregador nos últimos 5 (cinco) anos.
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 30 dias do início do contrato.
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	Mensal*
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Divulgar, educar, discutir, orientar e fiscalizar questões relativas ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões, normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN, nas dependências da instituição. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à enfermagem e a projetos de pesquisa que envolvam os profissionais da enfermagem.
CONTROLE PELA DIREÇÃO MÉDICA	Na ESF a gerência técnica e a qualidade acompanharão o desenvolvimento das atividades da comissão juntamente com responsável técnico de enfermagem, verificando as ações desenvolvidas e impactos observados na instituição. Os gestores e a qualidade acompanharão o desenvolvimento das atividades da comissão juntamente com o responsável técnico de enfermagem, verificando as ações desenvolvidas e impactos observados na instituição.

3.3 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

A CIPA tem o papel de levar aos colaboradores o conhecimento e fiscalizar a NR 5, que tem enquanto objetivo à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, com objetivo de tornar compatível o trabalho com a preservação da integridade física e a saúde do trabalhador.

O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição. A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões

INSTITUTO GNOSIS

ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

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.

A CIPA terá por atribuição:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- 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;
- 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;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Funcionamento da CIPA

As reuniões ordinárias da CIPA devem ser realizadas mensalmente, em horário normal de trabalho. Cabe à comissão criar meios de comunicação entre os membros para divulgação das reuniões Reunião Ordinária e extraordinária quando houver. As reuniões extraordinárias devem ser realizadas sempre que ocorrer acidente grave, ainda que sem vítimas pessoais, no prazo máximo de 48 horas após a ocorrência do acidente. A Empresa deve promover para todos os membros da CIPA, titulares e suplentes, inclusive para o secretário e seu substituto, em horários de expediente normal de trabalho, curso sobre prevenção de acidentes do trabalho, com carga mínima de 20 horas, obedecendo ao currículo estabelecido no anexo 3 da NR.5. Todas as reuniões devem ser registradas em ata de reunião padronizada, contando o dia, mês, hora e local das reuniões, devidamente assinado em lista de presença por todos os membros participantes e arquivadas em pasta da Comissão.

INSTITUTO GNOSIS

COMISSÃO	INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES
CONTEÚDO	A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) atua em prol da prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e ainda, atua de modo auxiliar ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). É um órgão composto por representantes dos empregados e do empregador. Esta comissão fundamenta-se nas normativas da Norma Regulamentadora 5 (NR 5).
MEMBROS COMPONENTES	A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados. A comissão será composta por seis membros efetivos e 5 suplentes: • Presidente (indicado pelo empregador) • Vice - Presidente • Secretário • Vice - Secretário • Membros efetivos e suplentes Os representantes do empregador serão por ele designados, titulares e suplementes. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, os empregados da instituição.
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 30 dias do início do contrato.
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	Mensal
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Desenvolver ações para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a torna compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Objetivando identificar os riscos existentes e propor medidas corretivas que evitam ou reduzam o risco de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.
CONTROLE PELA DIREÇÃO MÉDICA	Direção Médica deverá acompanhar periodicamente as atividades que estão sendo implementadas na instituição por esta comissão, tendo como referência as atividades planejadas e desenvolvidas, bem como análise dos indicadores de acidentes e doenças decorrentes do trabalho registrados na instituição. Análise da ata das reuniões realizadas.

3.4 Núcleo de Segurança do Paciente

A comissão de segurança do paciente tem por objetivo instituir ações para promoção da segurança e qualidade da assistência do paciente, através da melhoria continua nos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, disseminação sistemática da cultura de segurança, articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Os membros do núcleo são nomeados pela direção da unidade, tendo mandato de 02 (dois) anos prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro.

É de competência do NSP:

- Promover ações para gestão de risco no serviço de saúde.
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde.
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos, procedimentos, utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.
- Elaborar, implantar, divulgar, manter atualizado e acompanhar as ações decorrentes do PSP.
- Implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
- Estabelecer barreiras para prevenção de incidentes.
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade no serviço de saúde.
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos.
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre os incidentes e eventos adversos.
- Notificar ao sistema nacional de vigilância os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos.
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

As reuniões serão registradas em ata, devendo constar o nome dos membros participantes e assinatura em lista de presença. O NSP deverá apresentar em cada mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano seguinte.

É de responsabilidade do NSP, atender as recomendações do plano nacional de segurança do paciente. O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NSP. A notificação dos eventos adversos, deverá ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15° (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
CONTEÚDO	O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a autoridade máxima da CAF. Este núcleo segue as premissas da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 e Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013.
MEMBROS COMPONENTES	O NSP será composto por: • Coordenador • Secretário • Membros Os representantes que compõem o núcleo são: • Administração • Serviço de enfermagem • Serviço médico • SESMT • Serviço de farmácia • Serviço de qualidade Outras lideranças podem ser incluídas como integrantes membros do NSP.
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 15 dias de início do contrato
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	Mensal, podendo ser convocada reunião extraordinária quando necessário
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, por meio de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais. Elaborar, implementar, monitorar e avaliar o Plano de Segurança do Paciente.
CONTROLE PELA DIREÇÃO MÉDICA	No ESF a gerência técnica deverá acompanhar periodicamente as atividades que estão sendo implementadas na instituição por esta comissão, tendo como referência a análise dos indicadores disponibilizados pela comissão. Análise da ata das reuniões realizadas.

INSTITUTO GNOSIS

A seguir, descrevemos as concepções e aspectos operacionais dos grupos de trabalho, definindo, objetivo para o primeiro ano, prazo de implantação, frequência de reunião e registra das atas e modo de monitoramento pela direção médica.

E um modelo de ata para registro da reunião e modelo de regimento interno para comissão ou núcleo, que tem como objetivo organizar e qualificar o processo de trabalho.

Grupos de Trabalho:

O Instituto Gnosis propõe o fomento e implementação dos seguintes Grupos de Trabalho Gerenciais, aqui denominados colegiados, formado por profissionais da gestão da OS, trabalhadores da atenção primária e gestores da CAP/SMS Rio:

- Vigilância à Saúde e Supervisão Clínica;
- Epidemiologia e Estatística.

Os grupos de trabalho descrito são de gestão da CAP junto a SMS, o Instituto Gnosis tem a participação quando necessária dos colegiados:

Colegiado de vigilância à saúde e supervisão clínica:

O Colegiado de Vigilância à Saúde/Supervisão clínica tem como fundamento o desenvolvimento de uma atividade ampla, complexa, com foco na educação e contínuo junto às Unidades/Equipes de Saúde e Caps.

Colegiado de epidemiologia e estatística:

O grupo de trabalho "Colegiado de Epidemiologia e Estatística" é responsável pela manipulação de bancos de dados, análise e disponibilização das informações em saúde, possibilitando a retroalimentação e divulgação de informações epidemiológicas, bem como por relatórios estratégicos e gerenciais para a tomada de decisão.

INSTITUTO GNOSIS

O instituto Gnosis irá implantar dois grupos de trabalho, são eles:

Grupo de trabalho de processamento e informação

O Instituto Gnosis vem estabelecendo um núcleo de trabalho responsável pela coordenação e controle da informação, visando o desenvolvimento da capacidade técnica para operacionalização dos Sistemas de Informação. O núcleo irá acompanhar as ações da tecnologia da informação, a alimentação e a manutenção de Sistemas, capacitando e apoiando os profissionais envolvidos com a produção e digitação dos dados, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, pactuando fluxos e periodicidades.

Grupo de trabalho de Análise crítica da área Técnica

A área técnica vem estabelecendo um grupo de trabalho para realizar a análise crítica dos dados e ações relacionadas ao projeto junto aos gestores das unidades. A produção de um processo educativo e sistemático deverá facilitar o planejamento e programação das ações de saúde, por meio da análise de indicadores, parâmetros e instrumentos

As ações da equipe técnica deverão contribuir para: elevar a capacidade resolutiva das Unidades/CAPS/e Equipes de Saúde, no escopo do desenvolvimento pleno de ações de à Saúde; realizar o acompanhamento, supervisão e avaliação das metas pactuadas, por intermédio da análise de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais pré-estabelecidos; realizar apoio institucional para problemas de ordem administrativa/estrutural; participar no processo de criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida; proporcionar às Unidades/equipes de Saúde o desenvolvimento de um trabalho pautado em princípios éticos; fornecer meios para utilização racional de recursos técnicos disponíveis; e apoiar as Unidades/Equipes de Saúde, a fim de garantir as mudanças do modelo de atenção à saúde.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000334

INSTITUTO GNOSIS

Dinâmica dos grupos de trabalho:

- Nomeação do Grupo de Trabalho, elaboração do cronograma de encontros;
- Realização de 1 (um) encontro por Mês,
- Realização de reuniões com produção de ata envolvendo os gestores técnicos, às equipes das Unidades de Saúde e se indicado a CAP;
- Divulgação das informações para as unidades.
- Realização de oficina de trabalho para a apresentação dos resultados obtidos no período.

GRUPO DE TRABALHO	Grupo de trabalho Grupo de trabalho de processamento e informação
CONTEÚDO	Estabelecer um núcleo de trabalho responsável pela coordenação e controle da informação, visando o desenvolvimento da capacidade técnica para operacionalização dos Sistemas de informação.
MEMBROS COMPONENTES	O GT será constituído por três membros efetivos, profissionais da equipe médica, com respectivos suplentes: • Presidente – Responsável TI • Secretário Equipe Técnica • Membro efetivo – Representante TI e Equipe Técnica
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 30 dias do início do contrato
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	Bimestral
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Estabelecer Metas eficientes para as atividades da TI.
CONTROLE PELA QUALIDADE	Acompanhará o desenvolvimento das atividades pelos indicadores verificando as ações desenvolvidas e impactos observados na instituição. Análise da ata das reuniões realizadas.

INSTITUTO GNOSIS

GRUPO DE TRABALHO	Grupo de trabalho de Análise crítica da área Técnica
CONTEÚDO	Estabelecer um grupo de trabalho para realizar a análise crítica dos dados e ações relacionadas ao projeto junto aos gestores das unidades.
MEMBROS COMPONENTES	O GT será constituído por três membros efetivos profissionais da equipe médica, com respectivos suplentes: • Presidente – Equipe Técnica • Secretário Equipe Técnica • Membro efetivo – Representante TI e Unidades
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 30 dias do início do contrato.
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	Mensal
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Estabelecer Metas eficientes para as atividades.
CONTROLE PELA QUALIDADE	Acompanhará o desenvolvimento das atividades pelos indicadores verificando as ações desenvolvidas e impactos observados na instituição. Análise da ata das reuniões realizadas.

INSTITUTO GNOSIS

Organização específica da Comissão de Prontuário Clínico: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, etc

Comissão de Prontuário Clínico

O Instituto Gnosis, a partir da Resolução Nº 1638/2002 do Concelho Federal de Medicina, estabelecerá na unidade a Comissão de Revisão de Prontuários, com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pelas equipes no âmbito da atenção à primária. Propomos qualificar essas práticas, com olhar crítico, a capacidade analítica e objetiva do trabalho.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução Nº 1.638/2002, o prontuário é definido como "documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário deverá ser organizado para prestar serviço ao usuário, às equipes, à SMS, à população e ao Instituto Gnosis, servindo como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística, sindicância, prova de que o usuário foi ou está sob tratamento adequado, investigação epidemiológica, processo ético e legal, comunicação entre os profissionais das equipes, defesa e acusação.

A avaliação da qualidade e da quantidade dos serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. Será fundamental, portanto, que nele estejam contidos todos os dados a respeito dos usuários dos serviços, assim como dos cuidados assistenciais a eles dedicados. A importância dos registros completos será fundamental, por exemplo, em casos de intercorrências que podem exigir intervenções de médicos de outras equipes, visto que estes só ficarão cientes da evolução dos problemas de saúde dos usuários a partir do exame do prontuário.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000337

INSTITUTO GNOSIS

O prontuário possibilitará para o usuário um atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados que já estarão registrados. O documento simplificará ou dispensará interrogatório e a solicitação dos exames complementares já realizados, com consequente redução de custos. Para o médico e outros profissionais das equipes será defesa legal, como prova documental em processos com tramitação nos Conselhos de Classe ou Tribunais de Justiça. Facilitará o trabalho na elaboração da diagnose e instituição do tratamento, e permitirá, em qualquer tempo, a realização de repetidas avaliações sobre o diagnóstico, o tratamento e os resultados obtidos. Dará, também, condições para que outro médico assuma o atendimento quando necessário. Possibilitará ao médico-legista a emissão de pareceres periciais com mais segurança. O adequado preenchimento fornecerá também dados estatísticos, possibilitará investigações epidemiológicas, possibilitará análise de casos, possibilitará realizar auditoria de protocolos, oferecerá dados para análise para diversos indicadores como os de mortalidade e agravos a saúde. É um importante instrumento de comunicação, visto que também tem o objetivo de permitir maior interação entre os profissionais que acompanham os usuários.

Não esquecendo que se referindo ao atendimento prestado, o prontuário é o documento de maior valor jurídico tanto para a defesa, quanto para a acusação. Constituirá defesa legal, pois permitirá demonstrar, ou não, o padrão do atendimento oferecido, a partir da análise dos resultados. O prontuário adequadamente preenchido também disporá de dados comprobatórios para as possíveis reivindicações dos usuários e, nas sindicâncias, para as apurações de fatos desencadeantes de processos. Será ferramenta essencial em sindicâncias administrativas, éticas, judiciais e processos nos Conselhos de Classe.

Algumas irregularidades no preenchimento do prontuário podem vir a gerar efeitos danosos para o usuário do Sistema de Saúde e para os profissionais de saúde. O não entendimento da letra dos profissionais nas prescrições, por exemplo, pode ensejar trocas de medicamentos, o que pode, até mesmo, ser fatal para o usuário. Outra situação grave se dá com a falta de detalhamentos objetivos nos prontuários, podendo gerar, em ocasiões específicas de reclamações e litígios, prolongadas atribulações judiciais contra o terapeuta. Além disso, tais atribulações poderão vir acompanhadas de grande

desgaste moral e de sofrimento psicológico para o profissional. Pesquisas e avaliações também poderão ser prejudicadas, por anotações ilegíveis ou de leitura penosa, assim como pela falta de organização das papeletas ou, ainda, omissão de fatos relevantes.

Em antecedência ao arquivamento dos documentos médicos nas Unidades de Saúde, serão efetuadas análises e revisões qualitativas e quantitativas, de forma amostral, visando à garantia da transparência e qualidade de todo o atendimento prestado. A revisão qualitativa contemplará itens obrigatórios quanto ao teor e à sua presença no prontuário. A revisão quantitativa avaliará o volume de informações, se o diagnóstico está bem fundamentado, se as prescrições e anotações sobre a evolução do estado clínico do usuário foram feitas corretamente, se há sequência lógica e contínua dos registros. A comissão dispõe de um Regimento Interno e realiza reuniões periódicas mensais nas unidades de saúde que são registradas em ata, onde são discutidas as análises provenientes das revisões dos prontuários, os indicadores de saúde e seus processos de trabalho.

Cabe à Comissão de Prontuários:

- Verificar a identificação do usuário: se consta o seu endereço e nome completo, data do nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, município e Estado de nascimento;
- Avaliar anamnese, exame físico, hipóteses de diagnose, resultados de exames complementares, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado, prescrições e sua frequência, registro de data e hora das anotações, legibilidade, assinatura, carimbo, número de inscrição no Conselho de Classe referente ao profissional que prestou serviços ao usuário;
- Verificar a legibilidade da letra dos profissionais nas anotações, assim como a assinatura e o respectivo número de registro no Órgão de Classe;
- Conferir, periodicamente, se os prontuários utilizados nas consultas foram preenchidos e se o número destes confere com o número das consultas agendadas;
- Orientar a ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;
- Verificar o padrão do atendimento ao usuário dos serviços e sugerir, se necessário, medidas para melhorá-lo;
- Apreciar os resultados das condutas terapêuticas;
- Orientar (e não fiscalizar) a atuação dos profissionais;
- Analisar os impressos e sugerir modificações para atualizá-los, adaptá-los e corrigi-los;

- Realizar estudos estatísticos e propor indicadores de resultados;
- Assegurar a responsabilidade do preenchimento do prontuário, por meio de capacitações e treinamentos específicos das Equipes, a guarda adequada, a confidencialidade, a manutenção e a disponibilidade dos prontuários em local de fácil acesso;
- Convocar profissionais componentes das Equipes para esclarecimentos sobre seus registros nos prontuários;
- Apresentar à CAP e à gerência de Contrato da OS relatório periódico (mensal) das supervisões, bem como assessorar ambas as coordenações nos assuntos afeitos aos prontuários;
- Atuar em comum acordo com a Comissão de Ética Médica;
- Analisar, avaliar e divulgar indicadores de atenção ao usuário;
- Buscar implementar melhorias na atenção, conforme os resultados.

A guarda do prontuário eletrônico e/ou físico será de responsabilidade da Unidade de Saúde que prestou o atendimento ao usuário. De acordo com a Resolução do CFM Nº.1.638/2002 será "norma legal que os documentos médicos em suporte de papel sejam arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente". Findo o prazo, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Resolução do CFM Nº. 1.639/2002; Parecer do CFM Nº. 23/2004), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético, microfilmado, ou por outras formas de registro que venham a surgir, para sua manutenção permanente.

Atendimentos domiciliares (Visitas Domiciliares das Equipes SF) deverão ter registros formais e deverão ser conservados, de acordo com a norma ético-legal, incluídos nos prontuários.

Não será concedido aos médicos ou outros profissionais das Equipes SF que atuam em Unidades de Saúde com arquivo coletivo, manterem as Fichas A e B e outros documentos do usuário em sua guarda. Tais documentos não necessariamente precisarão ser guardados no consultório do médico ou do(a) enfermeiro(a), mas, em local cujo acesso preserve o sigilo das informações neles contidas às pessoas não obrigadas a esse compromisso. No caso de perda ou extravio da Ficha, caberá ao responsável pela Unidade aplicar medidas existentes, do ponto de vista legal.

O médico ou outro profissional da Equipe SF não poderá, sem o consentimento do usuário, dar a conhecer a terceiros o conteúdo do prontuário

ou da ficha médica. Em casos de requisições, por parte da autoridade judiciária, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz (Resolução CFM Nº. 1.605/00). No prontuário do usuário estará toda a situação médica deste, cuja revelação poderia fazer com que ele (o usuário) sonegasse informações, o que poderia prejudicar o seu tratamento.

Qualquer informação (depoimento, cópia de documento, comunicação de crime e outros casos) só poderá ser prestada sempre em benefício do usuário, com a anuência deste e nunca em seu prejuízo. Entretanto, a obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não terá caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso. A revelação do segredo médico, em caso de investigação de possível abortamento criminoso, por exemplo, far-se-á necessária em termos, com ressalvas do interesse da usuária. A Unidade de Saúde porá a Ficha Clínica à disposição do perito médico, que não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial (Código de Ética Médica). A obrigação do sigilo profissional poderá ser dispensada em relação a médicos militares, médicos sanitaristas e peritos, em cumprimento de dever legal ou no exercício regular do direito (Código Penal, inciso III, artigo 18). O médico, injustamente acusado, poderá valer-se do prontuário como instrumento de defesa.

O sigilo deverá ser tratado com a maior delicadeza e só poderá ser rompido em casos muito especiais. Por exemplo, não se afigura viável que, apenas com o apoio da Legislação Civil, os herdeiros poderão obter cópia do prontuário do parente falecido. A quebra do sigilo profissional, depois da morte de um usuário dos serviços de saúde, afigura não um crime de revelação de segredo, mas, delito de violação de respeito aos mortos. Serão poucas as situações em que a revelação do segredo médico será permitida: crimes que não impliquem processo criminal contra o usuário; notificação compulsória de doenças transmissíveis; comunicação de morte materna; atuação do médico como perito judicial; declaração de nascimento e de óbito; comunicação de maus-tratos em menores; notificação de violência contra a mulher.

INSTITUTO GNOSIS

COMISSÃO	PRONTUÁRIOS CLÍNICOS
CONTEÚDO	É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição. Atua de acordo com a **Resolução Nº CFM 1.638, de 10 de julho de 2002.**
MEMBROS COMPONENTES	A comissão será composta por: • Médico com residência ou especialização em Medicina de Família e Comunidade: membro titular (Presidente) • Enfermeiro com especialização em Saúde da Família ou mais de cinco anos de experiência de trabalho na Estratégia Saúde da Família (membro titular) • Outro profissional de saúde (1 farmacêutico, 1 odontólogo, 1 técnico de Enfermagem) • Agente comunitário de Saúde • Administrativo
PRAZO DE IMPLANTAÇÃO	Até 15 dias do início do contrato.
FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES	Mensal
OBJETIVO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO	Desenvolver análise dos prontuários da instituição, visando observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel, a saber: identificação do paciente, descrição do exame físico, anamnese, exames complementares, evolução diária do paciente. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários.
CONTROLE PELA DIREÇÃO MÉDICA	A qualidade deverá acompanhar periodicamente as atividades que estão sendo implementadas na instituição por esta comissão, tendo como referência os indicadores fornecidos pela comissão e as ações educativas e corretivas realizadas, visando a melhora da qualidade da assistência. Análise da ata das reuniões realizadas. No ESF a garantia técnica e a qualidade deverão acompanhar periodicamente as atividades que estão sendo implementadas na instituição por esta comissão, tendo como referência os indicadores fornecidos pela comissão e as ações educativas e corretivas realizadas, visando a melhora da qualidade da assistência. Análise da ata das reuniões realizadas.

INSTITUTO GNOSIS

REFERÊNCIA

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

NR 05 – CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – Port.MTE 3.214/78

RDC n°.36, de 25 de julho de 2013.

RDC n°.63, de 25 de novembro de 2011, art.8°.

Portaria MS N°.1377 de 9 de julho de 2013.

Portaria MS N°.2095 de 24 de setembro de 2013.

NBR ISO 10002 – Gestão da Qualidade – Satisfação do Cliente – Diretrizes para o Tratamento de Reclamações nas Organizações.

Resolução SES nº 1250 de 04 de setembro de 2015 - Dispõe sobre a organização dos serviços de ouvidoria em unidade da estrutura da Secretária estadual de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology, 22(140), 1-55.

Sanches, C., Meireles, M., & Sordi, J. O. de (2011, agosto). Análise qualitativa por meio da lógica paraconsciente: método de interpretação e síntese de informação obtida por escalas likert. Anais do Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. João Pessoa, PB, Brasil, 3.

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitraitmultimethod matrix. Psychological Bulletin, 56(2), 81-105. doi: 10.1037/h0046016

NBR ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário.

NBR ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade.

Manual Brasileiro de Acreditação – MBA Versão 2014

COUTO, R.C. PEDROSA, T. M. G. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. 1ª. ed. Belo Horizonte. Editora IAG Saúde 2009.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000543

INSTITUTO GNOSIS

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.669 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000344

INSTITUTO GNOSIS	Regimento Interno	Padrão nº: REG 001	
		Estabelecido em: 00/00/0000 Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 1 de 6
Atividade: Regimento Interno – Comissão de Prontuário Responsável:			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
	01	Presidente da Comissão		Qualidade

Siglas e Definições

SIGLAS EM MAIÚSCULO – Descrição com primeira letra em maiúscula em Arial 12, das siglas e definições de conceitos presentes no texto para facilitar a compreensão e sintetizar conteúdo.

Abrangência

Arial 12. Informar neste espaço os setores/ áreas envolvidas com o referido conteúdo do documento.

Materiais

Diretrizes

Neste espaço é necessário descrever a que se propõe o referido documento.

- Arial 12 usando verbo no infinitivo em tópicos. Exemplo: garantir/ promover/ realizar.

Título I – Do objetivo

A criação da Comissão de Revisão de Prontuário tem como objetivo identificar e promover a qualidade dos registros assistenciais a partir das informações contidas no Prontuário de cada paciente e garantir um conjunto de documentação adequada. Como instrumento, atua na análise da organização, adequação e eficiência dos registros médicos realizados de modo a atender à Resolução 1638/2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM), quanto à qualidade do preenchimento do Prontuário Eletrônico.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade xxxxxx

009345

INSTITUTO GNOSIS	Regimento Interno	Padrão nº: REG 001	
		Estabelecido em: 00/00/0000 Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 2 de 6
Atividade: Regimento Interno – Comissão de Prontuário Responsável:			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
	01	Presidente da Comissão		Qualidade

Capitulo I – Da Organização da Comissão

A Comissão de Revisão de Prontuários é constituída por um médico como coordenador além de outros profissionais que poderão integrar a Comissão, de acordo com as necessidades.

A Comissão será nomeada pelo Duração XXX, com mandato de XXX anos, sendo permitida a recondução.

Os representantes propostos terão sua nomeação efetiva gestão com permissão de verificar todos os registros dos pacientes, com a finalidade única de desempenhar da maneira mais eficaz o seu trabalho.

Os membros da Comissão garantirão a privacidade e a confidencialidade das informações às quais terão acesso.

A Comissão irá se reunir XXXX e as reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário.

Será designado a cada reunião um relator para ata.

Capitulo II – Da Subordinação

A Comissão de Prontuário subordina-se diretamente à Gerência e atuará nos demais setores XXX como representante desta.

Capitulo III – Das Atribuições Gerais

A Comissão de Revisão de Prontuários compete:

A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade xxxxxx

000346

INSTITUTO GNOSIS	Regimento Interno	Padrão nº: REG 001	
		Estabelecido em: 00/00/0000 Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 3 de 6
Atividade: Regimento Interno – Comissão de Prontuário Responsável:			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
	01	Presidente da Comissão		Qualidade

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
d) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.
e) Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.
f) Assessorar a Gestão da Instituição em assuntos de sua competência.
g) Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
h) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
i) Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

É de responsabilidade do Gestor

1. Indicar os membros da Comissão;
2. Indicar o médico coordenador membro da Comissão;
3. Garantir e disponibilizar recursos necessários ao trabalho efetivo da Comissão;
4. Garantir a implementação de ações de melhoria propostas pela Comissão.

É de responsabilidade do Médico Coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários:

1. Estabelecer a pauta para discussão, conduzindo e coordenando as reuniões;
2. Encaminhar informações à Comissão de Ética Médica, quando necessário;

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade xxxxxxx

000347

INSTITUTO GNOSIS	Regimento Interno	Padrão nº: REG 001	
		Estabelecido em: 00/00/0000 Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 4 de 6

Atividade: Regimento Interno – Comissão de Prontuário
Responsável:

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
	01	Presidente da Comissão		Qualidade

3. Garantir a privacidade e a confidencialidade das informações;
4. Verificar e analisar as não conformidades dos registros do Corpo Clínico constantes no prontuário.

É de responsabilidade do representante do SAME (Serviço de Arquivo Médico):

1. Garantir a guarda segura do prontuário avaliando o fornecedor externo de arquivamento de documentos quanto á sua capacidade em garantir a segurança dos prontuários;
2. Garantir a privacidade e a confidencialidade das informações.

É de responsabilidade dos demais membros executar as atribuições gerais.

Capítulo IV – Da Composição

A composição da Comissão de Prontuário será a seguinte:

a) Conforme Planilha .

Título II – Do Funcionamento

Arial 12. Como se organiza a Comissão para realizar suas atividades (reuniões/ registros/ arquivamento de documentos/ identificações/ locais), informando sua periodicidade de reuniões.

Capítulo I – Do Planejamento

A Comissão de Prontuário deverá apresentar a cada mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano seguinte, a ser avaliado e aprovado pela Gestor XXXX.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade xxxxxx

000346

INSTITUTO GNOSIS	Regimento Interno	Padrão nº: REG 001	
		Estabelecido em: 00/00/0000 Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 5 de 6

Atividade: Regimento Interno – Comissão de Prontuário
Responsável:

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
	01	Presidente da Comissão		Qualidade

Capítulo II – Da Execução

Será realizada uma avaliação com uma amostra de 5% dos prontuários das altas ocorridas no período da reunião. Os critérios a serem avaliados serão os seguintes:

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);
Avaliação do paciente	Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
Evolução do paciente	Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
	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 obrigatórias a assinatura e o respectivo número do registro.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade xxxxxx

000349

INSTITUTO GNOSIS	Regimento Interno	Padrão nº: REG 001	
		Estabelecido em: 00/00/0000 Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 6 de 6

Atividade: Regimento Interno – Comissão de Prontuário
Responsável:

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
	01	Presidente da Comissão		Qualidade

Cabe a Comissão de Prontuário desenvolver relatório estratégico para ao gestor com as avaliações dos prontuários semestralmente.

Capítulo III – Das Disposições Gerais e Finais

A alteração total ou parcial deste Regimento dependerá de proposta devidamente escrita e fundamentada.

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

Os casos omissos serão analisados pela Instituição.

Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Registros

Arial 12 usando verbo no infinitivo em tópicos. Exemplo: garantir/ promover/ realizar.

Referências Bibliográficas

Copia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade xxxxxx

000350

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 005 Estabelecido em: 02/07/2014 Revisado em: 04/05/2020 Nº Revisão: 06	Página 1 de 8
Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal Responsável: Todos os Setores			

Siglas e Definições

Comissão: Conjunto de pessoas designadas por uma autoridade ou escolhidas por uma assembleia para estudar determinado assunto e dar pareceres.

Comitê: Conjunto de pessoas com poderes deliberativos ou executivos, ou seja, com força maior para tomar decisões em nome dos demais.

Abrangência

Todos os Setores

Diretrizes

1. **Comissões / Comitês:**

As Comissões/Comitês aplicáveis são:

Comissão	Legislação	Definição
Comissão de Revisão de Prontuários	Resolução CFM nº 1.638/2002	"Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde"
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Portaria MS 2.616 / 98	"[...] diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares."
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Resolução 426/98	Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comitê Transfusional	RDC Nº 57, de 16 de dez/2010	Determino o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais.
Comitê de Radioproteção	Portaria 453 de 01/06/1998	a)Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de

000351

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 006 Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020	
		Nº Revisão 05	Página 2 de 8

Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal

Responsável: Todos os Setores

		proteção radiológica. b) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.
Comissão de Ética Médica	Resolução CFM n.º 1.657/2002 e nº 1.812/2007	Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de perfuro cortantes	Norma Regulamentada NR - 5 do Ministério do Trabalho Portaria nº 1748 de 30 de agosto de 2011 Anexo III da NR nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)	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.
Comissão de Terapia Nutricional	Resolução - RDC nº 63, de 6 de julho de 2000	Grupo formal e obrigatoriamente constituído da pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico,podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.
Comissão de Revisão de Óbitos	Resolução CREMERJ nº 40/1992	Tem por finalidade a revisão de óbitos ocorridos na instituição.

000352

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 006	
		Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020	
		Nº Revisão: 05	Página 3 de 8

Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal

Responsável: Todos os Setores

Comissão de Apoio de Incentivo ao Aleitamento Materno	Não se aplica	Se destina em sua abrangência a criar estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 06 seis meses de idade e continuado até 02 (dois) anos de idade ou mais através da elaboração e divulgação de normas intra-hospitalares e informações prestadas às gestantes, puérperas e familiares sobre os benefícios da amamentação.
Núcleo de Segurança do Paciente	RDC 36/2013	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
Comissão de Ética de Enfermagem	Resolução COFEN 172 de 1994	Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

1.1 É de responsabilidade do Diretor Técnico em uso de suas atribuições nomear formalmente os membros de todas as comissões, de acordo com legislações específicas. As nomeações serão formalizadas em formato de Termo de Constituição. Nestas deverão constar o nome dos membros, data de nomeação, devendo ser assinado pelo Diretor Técnico, no formulário padronizado Ato de Nomeação. Sempre que um membro for substituído, deverá ocorrer a nomeação formal pela Diretoria da instituição.A Nível sede as comissões

1.2 Todas as Comissões/Comitês devem possuir um **Regimento Interno** (ANEXO 6 PRQ SGQ 006) que estabeleça suas regras de funcionamento. Os regimentos devem contemplar composição, atribuições dos membros, diretrizes, periodicidade de reunião, baseados no requisito legal da referência. Deverão ser revisados para adequação sempre que necessário.

1.3 Quando houver necessidade de revisão do conteúdo do Ato de nomeação o EGQ deve realizar um novo ato de nomeação conforme a nova resolução, seguindo as mesmas orientações descritas no 1.1. Caso seja necessária a revisão do regimento interno ela deve ser feita pelo responsável da elaboração do mesmo, seguindo o PRQ 001 Controle de documentos e registros.

000353

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 006 Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020	
		Nº Revisão: 05	Página 4 de 8
Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal **Responsável: Todos os Setores**			

1.4 A Diretoria Técnica deverá realizar o acompanhamento destas Comissões/Comitês para analisar a execução das atividades propostas

1.5 Todas as Comissões/Comitês devem elaborar cronograma, de acordo com a periodicidade definida no regimento interno, informando as datas previstas para realização das reuniões. Deverão publicá-los conforme orientações descritas no PRO 001, para que a Qualidade e os demais membros acompanhem a ocorrência das reuniões. Caso seja necessário alterar alguma data da realização das reuniões, o cronograma disponível no SigQuali e na pasta deve sempre ser atualizado.

1.6 As reuniões realizadas pelas Comissões/Comitês deverão ser registradas em atas e disponibilizadas no na rede, com o tipo de documento "Ata de Reunião", não controlado, cujo acesso será restrito aos membros da comissão e entregues na diretoria setor responsável pela guarda das pastas das comissões. As ações definidas nas reuniões das Comissões e Comitês deverão ser planejadas na própria ata (item Novas Pendências) ou com a utilização da ferramenta *Plano de Ação*. As atas devem estar disponíveis na pasta da Comissão / Comitê e ou no SigQuali, o prazo para disponibilização é de 12 dias.

1.7 A Diretoria técnica deve disponibilizar um local seguro para a guarda dos documentos das comissões. As pastas de comissões devem ficar na Diretoria da unidade.

1.8 O acompanhamento da atualização dos documentos e registros será realizado pela Qualidade, bem como o acompanhamento publicação das Nomeações e Regimentos conforme orientações descritas no PRO 001 e controle na planilha "Controle Comissões e Comitês" e será preenchido semestralmente.

1.9 Semestralmente é realizada auditoria para verificar a conformidade na atuação das comissões. (ANEXO 3 PRO SGQ 006 - Comissões e Documentação Legal - Check List de Auditoria de Comissões). O EGQ deve realizar o acompanhamento destas Comissões/Comitês para analisar a execução das atividades propostas (ANEXO 1 PRO SGQ 006- Comissões e Documentação Legal - Acompanhamento de Comissões). Deverá ocorrer semestralmente esse acompanhamento com dois follow up 02 meses depois. As não conformidades identificadas serão registradas através de Relatos de Não Conformidade através de e-mail. O impacto e a efetividade relacionada à atuação das Comissões deverão ser verificados através dos registros aplicáveis aos processos. Se verificar que as Comissões não estão atuantes e desenvolvendo ações de acordo com seu propósito, deverá entrar em contato com os membros para análise das melhorias que podem ser

000354

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 006 Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020 Nº Revisão: 05 Página 5 de 8
Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal Responsável: Todos os Setores		

implementadas. O EGQ deve realizar uma das auditorias do ano, na reunião da comissão conforme cronograma.

1.10 Os indicadores de comissões que devem ser mensurados mensalmente no sistema da qualidade são : Indicadores obrigatórios NSP e Taxa de óbito . Já os outros indicadores devem ser compilados e a analisados em Ata de reunião.

2 Grupos de Melhoria:

Os grupos de melhoria são estabelecidos para melhoria de processos. Tem por objetivo analisar e discutir mudanças necessárias na interação dos processos para alcançar os resultados esperados com qualidade e baixo custo.

Os grupos são estabelecidos de acordo com a necessidade de melhoria de processos, tendo como demanda a implantação de novas rotinas e fluxos, resolução de não conformidades reincidentes e demais melhorias identificadas como necessárias, a nomeação deve ser realizada em acordo do EGQ e diretoria.

2.1 Os grupos deverão definir periodicidade para realização das reuniões através da elaboração de cronogramas comunicando a todos os membros do grupo. Caso seja necessário alterar alguma data da realização das reuniões, comunicar com todos os membros do Grupo de Melhoria e atualizar o cronograma.

2.2 Os grupos de melhoria devem elaborar regimento interno com as atribuições do mesmo.

2.3 As ações propostas pelos grupos devem ser registradas em formulário padrão Ata de Reunião.

2.4 Todas as reuniões subsequentes devem ser iniciadas com a leitura das pendências geradas em reuniões anteriores e deve-se realizar e registrar o acompanhamento da situação de cada pendência.

2.5 Comunicar, através das atas, aos envolvidos nos setores que se interagem, todas as pendências levantadas e melhorias propostas nos processos, para alcançar os resultados propostos.

2.6 Para as pendências não concluídas deve-se dar a explicação do motivo que levou ao não cumprimento do prazo estabelecido e deve-se então definir nova data para solução da pendência.

2.7 Para as pendências concluídas, deve-se registrar no Campo "Relato da Reunião" o resultado alcançado, quando pertinente.

000355

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 008 Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020	
		Nº Revisão: 05	Página 6 de 8
Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal Responsável: Todos os Setores			

2.8 Quando houver algum motivo que impeça a realização da reunião conforme planejado, este deve ser registrado de maneira clara e objetiva em ata pelo responsável pelo Grupo e informado ao EGQ.

3 Controle de Documentação Legal:

3.1 Uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde, para seu funcionamento precisa atender a diversos requisitos de órgãos reguladores. Para evidenciar que se encontra regular e com as autorizações devidas para seu funcionamento precisa manter atualizados todos os documentos relacionados.

No. os documentos obrigatórios são os seguintes, podendo haver outros:

Documento
Alvará de Autorização Sanitária
Alvará de Construção
Alvara de Licença e Localização e Funcionamento
Anotação de Responsabilidade Técnica - Engenheiro - CREA
Certidão de Responsabilidade Técnica - CRT Enfermagem
Certidão de Responsabilidade Técnica - CRT Farmacêuticos
Certidão de Responsabilidade Técnica - CRT Médico
Certidão de Responsabilidade Técnica da equipe multidisciplinar
Certificado de Licença Ambiental
Certificado de Licença de Funcionamento - Farmácia
Laudo Técnico do Corpo de Bombeiros
PCI - Projeto de Combate à Incêndio
PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PGRSS - Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - Aprovação Vigilância Sanitária
PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
Regimento Interno do Corpo Clínico - Homologado no CRM

00356

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 000 Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020 Nº Revisão: 05	Página 7 de 8

Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal

Responsável: Todos os Setores

Registro da CIPA - Requerimento, Processo Eleitoral, Atas, Calendário Anual)
Registro do SESMT
Registros Profissionais: Técnicos e Engenheiro de Segurança
Termo de Homologação da Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica

3.2 Para controle e acompanhamento da documentação legal há uma planilha de monitoramento, que contempla:

- Data da última emissão
- Data do vencimento
- Nº do documento atual
- Setor responsável pela renovação
- Status e observações

O Setor Legalização de Documentos será responsável por verificar mensalmente a situação da documentação, verificando sempre os que irão vencer no mês seguinte. Deverá verificar junto ao setor responsável se há alguma dificuldade para a atualização e manter a diretoria ciente, se for detectados problemas que impeçam que o documento seja atualizado. A atualização da planilha de Documentação Legal da unidade deve ser controlada conforme a disponibilização dos documentos pelo setor de Legalização, que a disponibiliza via e ma il.

Os setores de referência, de acordo com cada tipo de documento (Legalização, CCIH, Financeiro e SESMT), serão responsáveis por verificarem a situação da documentação, verificando sempre os que irão vencer no mês seguinte. Deverão verificar junto ao setor responsável se há alguma dificuldade para a atualização e manter a Diretoria ciente, caso sejam detectados problemas que impeçam que o documento seja atualizado.

Registros

ANEXO 1 PRO EGQ 009 - Comissões e Documentação Legal - Acompanhamento de Comissões
ANEXO 2 PRO EGQ 009 - Comissões e Documentação Legal - Acompanhamento de Documentação Legal
ANEXO 3 PRO EGQ 009 - Comissões e Documentação Legal - Check List de Auditoria de Comissões

000357

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 006 Estabelecido em: 03/07/2014 Revisado em: 04/05/2020	
		Nº Revisão: 05	Página 8 de 8
Atividade: Gestão das Comissões,Comitês, Grupos de Melhoria e Documentação legal Responsável: Todos os Setores			

ANEXO 4 PRO EGQ 009 - Comissões e Documentação Legal – Resolução

ANEXO 5 PRO EGQ 009 - Comissões e Documentação Legal – Termo de Constituição da Comissão

ANEXO 6 PRO EGQ 009 - Comissões e Documentação Legal – Regimento Interno

Referências Bibliográficas

www.anvisa.gov.br/legis/portarias

069358

Instituto Gnosis			INSTITUTO GNOSIS
Título:			
Assunto:			
Instrutor:		Local:	
Data:	Hora:	Carga Horária:	

Nº	Nome	Cargo	Setor	Assinatura
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				

Proibido Reproduzir

000359

INSTITUTO GNOSIS	Ata de Reunião

Data:			Horário:		
Tipo de Reunião	Setorial	Grupo de Melhoria	☐ Comissão	☐ Clínica	☐ Diretoria
Entrada	☐ Indicador	☐ Planejamento	Melhoria	☐ RNC	☐ Outros
Índice de cumprimento de datas de atas anterior: (Total de tarefas cumpridas / total de tarefas programadas) x 100 = 0%.					

Verificação das Pendências Anteriores (Se Houver):				
O Que	Quem	Quando	Situação	Local Arquivamento das Evidências

PARTICIPANTES		
NOME	CARGO	SETOR

000360

INSTITUTO GNOSIS	Ata de Reunião

PAUTA		
RELATO DE REUNIÃO		
NOVAS PENDÊNCIAS		
O Que	Quem	Quando
RELATOR:		

Originou Plano de Ação: ■ Não ☒ Sim	Nº Do Plano de Ação: Pla-Setor-XXX
Setores a comunicar:	

000361

INSTITUTO GNOSIS

Outras iniciativas e Programas de Qualidade que o proponente já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação; neste caso deve apresentar um plano de organização especifico com definição de alcance, metodologia, tempos de implantação, orçamentos previstos etc;

As constantes e rápidas mudanças tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais vem demonstrando que é imprescindivel romper com as práticas gerenciais obsoletas e que melhorias contínuas são necessárias para atingir e assegurar um bom desempenho organizacional.

A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade é requerida pelo mercado, uma vez que um dos principais fatores de desempenho de uma organização é a qualidade de seus produtos e/ou serviços. O aumento das necessidades e expectativas do usuário é uma realidade mundial e vem sendo visto como prioridade nas organizações.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança da SMS, e também para o usuário, sendo, portanto, uma decisão estratégica da Organização Social. A NBR ISO 9001:2008 define Sistema de Gestão da Qualidade como "sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização, no que diz respeito à qualidade". O Sistema de Gestão da Qualidade é, portanto, concebido para satisfazer as necessidades gerenciais internas da organização, bem como para abranger os objetivos da qualidade. Sendo estas necessidades gerenciais e objetivos voltados para atender as expectativas e requisitos especificados pelo usuário e outras partes interessadas, a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade possibilitará a OSS um melhor conhecimento e gerenciamento dos seus processos internos e externos.

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000362

INSTITUTO GNOSIS

Entendendo que a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade, aliado ao envolvimento e comprometimento de todas as pessoas e a provisão adequada de todos os recursos necessários, é fundamental para o sucesso e permanência da empresa no mercado e para assegurar a satisfação dos usuários e beneficiar todas as partes interessadas.

OBJETIVOS GERAIS

Descrever o Sistema de Gestão da Qualidade estabelecido e mantido pela OSS bem como as diretrizes para a execução dos serviços prestados, com foco no usuário, buscando a melhoria contínua e a produção e divulgação de conhecimento científico.

O escopo das Unidades foi descrito no decorrer dos documentos. O Sistema de Gestão da Qualidade abrange todos os Serviços Prestados, que possui estrutura para atendimento de pronto atendimento, a saber:

Serviço de Atenção Primaria e CAPS.

INSTITUTO GNOSIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Requisitos Gerais

O Sistema de Gestão da Qualidade descrito na proposta e na sua documentação abrange todas as atividades relativas ao escopo de serviços de qualidade realizado nas Unidades geridas pela OSS, com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção e divulgação de conhecimento.

O Sistema foi desenvolvido de acordo com a Política da Qualidade e está adequado à realidade específica das Unidades de ESF e em conformidade com a NBR ISO 9001:2008 – "Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos" e "Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2010 e RDC nº 93, de 26 de Maio de 2006, da Organização Nacional de Acreditação – ONA".

A interpretação de cada Item e Requisito do Sistema de Gestão da Qualidade é definida neste Manual, em tópicos específicos, sendo o mesmo elaborado na sequência do referencial normativo NBR ISO 9001:2008, a fim de facilitar as ações de verificação de adequação e conformidade entre a norma e o Sistema, bem como entre o Sistema e o serviço prestado.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi criado para atingir os seguintes objetivos:

- Fornecer um controle de gerenciamento formalizado e aperfeiçoado da prestação dos serviços, num ambiente de mudança contínua;
- Aumentar, de modo mensurável, a qualidade do serviço prestado aos usuários e contribuir diretamente para a melhoria da eficácia e da produtividade;

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.859 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 300
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000364

- Melhorar continuamente a imagem da empresa no mercado, fornecendo evidências objetivas do compromisso e aperfeiçoamento contínuo da qualidade;
- Reforçar na cultura dos funcionários, a qualidade centrada no usuário e baseada numa determinação de executar serviços que atendam os requisitos do cliente de forma humanizada, segura e com excelência;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindo as melhores evidências científicas disponíveis;
- Criar e manter um ambiente de trabalho agradável e harmônico para todos os usuários, colaboradores e médicos da OSS.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi descrito levando em consideração a necessidade de:

Prestar atendimento com qualidade e eficiência aos usuários nas unidades de AP e CAPS;

Estabelecer métodos para assegurar a operação e controle dos processos levando-se em consideração a competência do seu pessoal;

Disponibilizar os recursos e informações necessárias para operação e monitoramento dos processos;

Implementar uma sistemática adequada para monitorar, medir e analisar os processos;

Implementar ações necessárias para atingir os resultados planejados e a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade.

INSTITUTO GNOSIS

Requisitos de documentação

Generalidades

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade das unidades consiste em:

- Declaração documentada da Política da Qualidade e seus objetivos;
- Manual da Qualidade;
- Procedimentos documentados do Sistema de Gestão da Qualidade conforme requeridos pela NBR ISO 9001:2008 e Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, e outros não requeridos pela norma, mas necessários para assegurar o planejamento, a operação e o controle eficaz do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Procedimentos da Qualidade, que descrevem de forma Sistêmica as atividades da qualidade;
- Procedimentos Sistêmicos, que descrevem o que, quem e como a atividade que envolve diversos setores é realizada;
- Procedimentos Operacionais Padrão específicos para as áreas assistenciais e administrativas, que contemplam as instruções de trabalho no seu nível mais simples ou detalhado, conforme requerido.

Manual da Qualidade

O Manual de Gestão da Qualidade é um documento que define o escopo para certificação da empresa por organismo competente, estabelece o Sistema de Gestão da Qualidade e sua conformidade com a NBR ISO 9001:2008 e

INSTITUTO GNOSIS

Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

Este documento faz referência a procedimentos operacionais padrão e procedimentos sistêmicos, bem como a interação entre os diversos processos que compõem o Sistema de Gestão da Qualidade.

Controle de Documentos

Os documentos do Sistema de Gestão de Qualidade, inclusive aqueles de origem externa, são controlados dentro de necessidades específicas. O controle de documentos da qualidade está definido na proposta conforme PRQ SGQ 001 - Controle de Documentos e Registros.

Este controle assegura que:

As emissões pertinentes de documentos apropriados estejam disponíveis em locais onde são executadas operações essenciais para o funcionamento efetivo do SGQ;

Documentos não válidos ou obsoletos são prontamente removidos de todos os pontos de emissão ou uso, de alguma forma, garantidos contra o uso não intencional;

Quaisquer documentos obsoletos retidos por motivos legais e/ou preservação do conhecimento sejam adequadamente identificados;

Os documentos obsoletos são retidos e devidamente identificados, se necessário for.

INSTITUTO GNOSIS

Controle de Registros

A OSS mantém registros da qualidade como evidência do desempenho dos processos e da conformidade dos serviços ou resultados, e para análise de possibilidades de melhoria do Sistema de Gestão de Qualidade.

O PRS SGQ 001 - Controle de Documentos e Registros define um documento chamado Matriz de Registros, no qual cada setor estabelece os controles necessários para identificação, armazenamento, indexação, proteção, recuperação, tempo de retenção e descarte dos registros.

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

Comprometimento da Direção

O comprometimento da Direção com o desenvolvimento e implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, está evidenciado nos processos implantados e no compromisso com a melhoria contínua de sua eficácia, traduzido desde o estabelecimento da Política da Qualidade, dos Objetivos da Qualidade mensuráveis, incluindo seu planejamento e a sistemática para a coleta e avaliação de indicadores; da disponibilização de recursos para a implementação do Sistema e os mecanismos criados para avaliação e análise crítica.

Entre outras evidências podemos destacar, através de comunicações internas veiculadas em que se pode perceber que todos os colaboradores se pautam pela importância de atender os requisitos dos usuários, assim como os requisitos legais, regulamentares e estatutários.

Foco no Usuário

Os requisitos dos usuários são determinados e acordados segundo o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco e os protocolos da SMS. Os usuários envolvidos no processo são: paciente/família, médicos, colaboradores e Secretaria Municipal.

Pesquisas periódicas de satisfação são realizadas como realimentação do sistema na averiguação da satisfação dos clientes, conforme item 5.D.

Política da Qualidade

A Política da Qualidade será estabelecida pela direção da empresa como diretriz de sistema e para expressar o propósito da organização na satisfação dos clientes e das partes interessadas.

A divulgação da política entre os diversos níveis da organização é realizada através de ações planejadas pela Diretoria e Gestores/Coordenadores. Estas ações incluem:

Treinamento introdutório;

Reuniões entre Diretoria, Coordenadores e Líderes Setoriais;

Reuniões líderes e liderados;

Reuniões extraordinárias, quando necessário.

INSTITUTO GNOSIS

Planejamento do Sistema de Gestão da Qualidade

O planejamento do SGQ foi estabelecido quando da elaboração deste Manual levando-se em consideração os requisitos citados Objetivos da Qualidade, desdobrado em Metas Setoriais e baseado nos Objetivos da Qualidade.

O Sistema de Gestão da Qualidade é analisado criticamente conforme segue:

Análise Crítica	
Responsável	
Periodicidade	
Resultado Operacional	
Coordenadores: setoriais, gerais e de clínicas	
Mensal	
Resultados estratégicos	
Coordenadores: setoriais, gerais e de clínicas	
Mensal	
Análise Crítica pela Direção	
Diretoria/ Gerentes /Coordenadores	
Semestral	

INSTITUTO GNOSIS

Generalidades

As informações obtidas sobre o desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade são analisadas pela Diretoria e Gestores em reuniões com periodicidade mínima semestral, para continua pertinência, adequação e eficácia.

Estas análises incluem também as avaliações sobre as oportunidades de melhorias, necessidades de mudanças, incluindo a Política da Qualidade e seus objetivos.

O documento que descreve as etapas do processo de análise crítica é o PRQ SGQ 002 – Análise de Dados

Entradas para a análise crítica

A análise crítica do Sistema de Gestão da Qualidade, pela direção, tem como entrada os seguintes itens:

- Resultados da auditoria;
- Realimentação de cliente;
- Desempenho de processo e conformidade de produto;
- Situação das ações preventivas e corretivas;
- Ações de acompanhamento sobre análises críticas anteriores pela direção;
- Mudanças que possam afetar o sistema de gestão da qualidade,
- Recomendações para melhoria.

INSTITUTO GNOSIS

Saidas da análise critica

- As saidas da análise crítica são expressas por decisões ou planos de ação relacionados a:
- Melhoria da eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade e de seus processos;
- Melhoria do produto em relação aos requisitos do cliente;
- Necessidade de recursos.

Projeto SGQ- 5S

O Sistema de Gestão da Qualidade com base no Programa 5S (SGQ: 5S) é um projeto com uma metodologia que alia a capacitação no Programa 5S com a integração da gestão da qualidade, motivação e integração de equipe aplicado de forma a cumprir o ciclo PDCA levando as empresas á inovação e melhoria continua em seus processos para o encantamento e a salisfação de seus clientes. O acompanhamento e avaliação do desempenho da Organização são feitos na base dos requisitos exigidos no Manual do Projeto SGQ:5S através dos ciclos de auditorias que se sustentam nos compromissos da Alta Direção e da força de trabalho conforme os desafios lançados pelos consultores para que a Organização possa ter uma visão ampliada de seu negócio.

A elaboração deste procedimento documentado tem como objetivo dar continuidade a cultura do SGQ:5S na unidade.

O Sistema de Gestão da Qualidade com base no Programa 5S (SGQ: 5S) é um projeto com uma metodologia que alia a capacitação no Programa 5S com a integração da gestão da qualidade, levando as empresas à inovação e melhoria continua em seus processos para o encantamento e a satisfação de seus clientes.

INSTITUTO GNOSIS

Objetivos

Estabelecer uma estratégia de implantação para um novo projeto de 5s na empresa, visando:

- Melhoria contínua na qualidade do ambiente para pacientes e colaboradores, e assim manter a cultura das práticas do 5s no dia a dia.
- Alinhar os interesses corporativos com as necessidades das pessoas e dos clientes;
- Promover a melhoria e inovação dos processos;
- Motivar os colaboradores na atuação de suas atividades e responsabilidades;
- Respeitar as legislações, normas, leis vigentes e o meio ambiente.

Etapas de acompanhamento do 5s nas Unidades:

Todo processo será composto de:

- Reuniões estratégicas periódicas com todos os responsáveis de setor.
- Realizações de rondas setoriais para analisar as abrangências relacionadas às conformidades exigidas nos 5S's.
- Levantamento de pendências, conforme check list padronizado pelo EGQ;
- Sensibilização dos colaboradores através de rondas setoriais e palestras;
- Treinamentos dos 5S's com os colaboradores que farão parte da equipe multiplicadora.
- Realização das sinalizações, com a entrega de relatórios para os setores.

INSTITUTO GNOSIS

Avaliações do Programa 5s

Normas

Será realizada rondas a cada 3 meses pelo setor de Qualidade, juntamente com a equipe interfixa, onde será gerado relatórios com as pendências encontradas nos setores e o mesmo será entregue através de e-mail para os responsáveis de cada setor.

As sinalizações serão feitas através de check list padronizado pela Qualidade.

A pontuação de cada relatório será realizada de acordo com os valores definidos pela Qualidade.

- 10 pontos – cada item do check list 100% cumprido.
- 05 pontos – Cada item do check list descumprido.
- 0 – Cada item do check list descumprido considerado falta grave.

OBS: Não conformidades que dependam de outros setores para serem solucionadas, mais que tiverem a solicitação do resolução comprovada através de e-mail de no mínimo 30 dias anterior ao dia da ronda. A pontuação será de 10 pontos, porém se não tiver evidências a pontuação será 0.

A cada final de ronda será enviado também por e-mail um relatório único com a pontuação de todos os setores para que os mesmos acompanhem seus desempenhos.

No mês de dezembro ocorrerá uma avaliação final para o encerramento do ciclo de rondas, e essa avaliação será realizada pela equipe da Qualidade, juntamente com a equipe interfixa.

Informações Importantes

- Os dispenses com papel toalha, álcool gel e sabonete liquido devem ser identificados para gerar a cultura da sistematização interna, visto que podem ser utilizados por várias pessoas;

- Todos os equipamentos/máquinas fixos precisam ser identificados (exemplo: compressor, gerador, motores/bombas, máquinas em geral, balanças, etc);

- Os equipamentos móveis precisam ter a identificação no local de guarda (exemplo: aparelhos de pressão e etc);

INSTITUTO GNOSIS

- Uma vez colocada a faixa amarela no piso para demarcar a localização de um equipamento, não é obrigatório colocar a etiqueta de identificação. Ou uma ou outra ou as duas se desejar;
- A identificação "documentos gerais" não é aceita quando existem vários documentos "soltos", um sobre o outro ou um ao lado do outro, a não ser que a gaveta ou prateleira estejam com as pastas sistematizadas e identificadas;
- A identificação "diversos" não é aceita em qualquer hipótese;
- Toda identificação/etiqueta deve seguir o padrão exigido na sistematização do Projeto SGQ:5S (capricho e zelo). Qualquer divergência desta exigência será considerada não conforme;
- Todos materiais, produtos e estoques gerais em prateleiras e no interior de armários devem ser identificados para eliminar as "flutuações" e criar a cultura de sistematização interna;
- As gavetas das mesas/bancadas precisam manter bom visual interno e com materiais/documentações identificadas. Para manter a sistematização, o usuário pode definir o método desejado, desde que atenda as exigências;
- Cabos elétricos, inclusive de computadores, devem apresentar excelente visual na sua sistematização. Caso contrário, será considerado não conforme em relação à exigência dos 5S`s;
- Cabos elétricos e extensões elétricas não podem ficar expostos no chão, inclusive dificultando a limpeza do ambiente e criando situações de riscos;
- Os produtos/medicamentos com ou sem o rompimento da embalagem primária, o prazo de validade será o determinado pelo fabricante conforme o uso;
- Prazo de validade de qualquer produto/medicamento que esteja vencido é considerado falta GRAVE em qualquer situação;
- A incoerência na identificação e considerada falta GRAVE em qualquer situação;
- O não atendimento às exigências de normas regulamentadoras/legislações é considerado não conformidade em qualquer hipótese;

Sede
Edifício Flag`s Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24930-000

000375

- Em relação aos serviços de saúde, o prazo máximo para estoque dos medicamentos já submetidos à preparação de dose unitária será determinado pelo fabricante ou respeitada a forma farmacêutica;
- Em relação aos serviços de saúde, as embalagens de papelão podem ser usadas desde que sejam secundárias no máximo, do próprio fornecedor e que mantenham bom visual exigidos na sistematização;
- Em relação aos serviços de saúde, embalagens de papelão reaproveitadas ou de outros fornecedores não podem ser utilizadas em hipótese nenhuma.

PMAQ- O Programa, criado em 2011, já está no seu 3º Ciclo e se encontra organizado em três fases: Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização. Além disso apresenta um eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, os quais compõem um ciclo continuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB).

O instituto irá trabalhar o PMAQ como reconhecimento do esforço das equipes e do gestor das unidades para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, o Instituto Gnosis irá buscar melhorias continuas e constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica, no contexto de implantação do SUS.

Segurança do Paciente

O tema "Segurança do Paciente" vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde sua criação, cooperando com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e

monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

NSP deve ser instituído nos serviços de saúde com o intuito ser uma instância responsável por apoiar a direção do serviço na condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

O NSP dave adotar os seguintes princípios e diretrizes:

• 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 dentro de seu âmbito de atuação.

O Instituto Gnosis irá implementar os cadernos de segurança de paciente (Compatíveis a AP) da Anvisa em todas as unidades da CAP e implementar um NSP central para tratar todos os eventos adversos e o Plano de Segurança do Paciente.

O desempenho dos serviços de saúde está intimamente ligado a qualidade da atenção, portanto, pensar em programas de qualidade, também é pensar em avaliação dos serviços. Este Plano tem por objetivo descrever o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) do Instituto GNOSIS, disponibilizando ferramentas facilitadoras para diagnóstico e planejamento de ações, identificando áreas críticas e apoiando os gerentes das unidades de saúde no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto na sua organização quanto na práticas, definindo diretrizes, estabelecendo responsabilidades e referenciando os procedimentos documentados estabelecidos para o desempenho efetivo dos serviços prestados.

Para a promoção da qualidade na atenção à saúde nas unidades de maneira sistemática e contínua, O Instituto GNOSIS adota, como referencias normativas para orientar os elementos do Sistema de Gestão da Qualidade, a ONA e NBR ISO 9001:2015 Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos, o

Programa Previne Brasil (2019) e ainda, algumas informações que eram aplicadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 3º Ciclo (2015), tendo em vista que este último foi descontinuado, porém algumas ferramentas propostas pelo PMAQ ainda podem ser úteis para avaliação da qualidade da assistência na atenção básica e melhoria contínua das atividades.

O Instituto GNOSIS também adota os requisitos regulamentares e estatutários especificados e aplicáveis aos serviços, em conformidade com a legislação vigente. No contexto deste projeto o Instituto GNOSIS destaca ainda como referência a Política Nacional de Atenção Primária em Saúde (2017) do Ministério da Saúde, os Procedimentos Operacionais Padrão e Manuais de Diretrizes Operacionais da SMS do Município do Rio de Janeiro, sendo norteadores para definir os processos de trabalho.

serviços da rede de atenção a saúde estão propostas no POP de referência e contra referência, no entanto o Instituto GNOSIS compromete-se em realizar alinhamentos com os pontos de atenção de acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Plano Municipal de Saúde.

Coletas de Dados

Para a coleta de dados serão utilizados os instrumentos qualiquantitativos propostos por sistemas e programas do Ministério da Saúde para a Atenção Primária á Saúde, como:

- Sistema E-Gestor Atenção Básica;
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica;
- Programa Previne Brasil;
- Prontuário Eletrônico do Paciente;

- Instrumento de autoavaliação (AMAQ) EAB/SB e NASF. Que se refere as equipes de atenção básica, equipes de saúde bucal e núcleos de apoio à saúde da família;
- Além do instrumento de pesquisa de satisfação do usuário.

Destaca-se o que o PMAQ foi descontinuado no ano de 2020, porém algumas ferramentas propostas pelo programa ainda podem ser úteis para avaliação da qualidade da assistência na atenção básica e melhoria continua das atividades.

O e-Gestor AB (Atenção Básica) é uma plataforma WEB que tem por objetivo centralizar os acessos e perfis dos sistemas da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como disponibilizar um espaço de informações próprias para os gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal permitindo organização e agilidade no acesso aos mesmos. Possui dois tipos de acesso:

- Acesso Público: disponíveis relatórios públicos e demais informações, sem a necessidade de usuário e senha.
- Acesso Restrito: disponíveis para diferentes sistemas da AB e acesso a relatórios específicos e com maior granularidade de informações, os gestores dos programas podem acessar utilizando seu usuário e senha, previamente cadastrados.

INSTITUTO GNOSIS



FIGURA: Sistemas e Programas integrados ao e-Gestor AB.

Legenda: Sistemas integrados ao e-Gestor AB: Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB), Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Bolsa Família (BFA), Sistema da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Sistema de Equipamentos para equipes de Saúde Bucal e Laboratório Regional de Prótese Dentária (ESB/LRPD), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema do programa de Suplementação de Vitamina A (VITAMINA A), Sistema de Adesão ao Programa Saúde na Hora (SAÚDE NA HORA), Credenciamento de equipe de Atenção Primária (EAP), Programa Informatiza APS (Informatiza APS), Programa de Formação Profissional para a APS (Formação Profissional APS) e Programa Previne APS (Previne APS).

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS APS, que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. Com o SISAB, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

O instrumento AMAQ foi construído considerando as seguintes diretrizes:

I. Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

II. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;

III. Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e

IV. Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade.

A partir desses elementos, o AMAQ foi organizado em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços, quanto os retrocessos.

A autoavaliação é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse coletivo gestor da mudança deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

INSTITUTO GNOSIS

Tempo de execução e proposta de periodicidade de coleta de dados e divulgação dos resultados.

Com relação ao tempo de execução, o SGQ será implantado a partir do primeiro dia do contrato de gestão e será mantido até o dia do encerramento do contrato de gestão do Instituto GNOSIS com a SMS do Município do Rio de Janeiro.

A colela de dados no tange as informações relacicnadas ao sistema e-Gestor AB e SISAB, acontecerá de modo continuo e sistemático, ocorrendo diariamente sempre que a unidade estiver em funcionamento e os sistemas de informeção da atenção básica forem alimentados com as informações diárias de atendimentos e ações realizadas pelas equipes.

A coleta de dados da pesquisa de satisfação dos usuários também ocorrerá de modo continuo sempre que a unidade estiver em funcionamento, ocorrendo de modo continuo.

Avaliação dos registros clinicos se dará de modo continuo e sistemático, pela Comissão de Prontuário Clínico.

O instrumento AMAQ poderá ser aplicado pela equipe uma vez a cada semestre, tendo como objetivo analisar criticamente todas as atividades desenvolvidas pelas equipes, buscando identificar oportunidades de melhorias, construindo planos de ação para os pontos identificados como prioridades pela equipe.

Todas as iniciativas acima fazem parte dos processos de auditoria interna.

A auditoria externa será realizada anualmente, ou ainda com frequência maior se o Instituto GNOSIS pela análise das auditorias internas identificar a necessidade de auditorias externas mais frequentes.

A análise dos resultados e divulgação dos mesmos será realizado de modo sistemático com frequência mensal. A divulgação será:

- na própria unidade em que a equipe atua, expondo os resultados na recepção em local visível à toda a população;
- nos conselho local de saúde e comitê gestor local;
- nas redes sociais da unidade
- por meio de relatórios para a CAP da A.P 5.1, SUBPAV, SMS.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000332

Tabela 2: Relatório de Auditoria

Nomenclatura	Graduação	Conceitos	Legenda
0 - Não executa o processo	Alto Risco	De 0,00 % a 50%	Vermelho
1 - Executa processo de forma insatisfatoria	Médio Risco	De 50,01% a 80%	Amarelo
3 - Executa processo de forma satisfatória	Baixo Risco	De 80,01% a 100%	Verde

Fonte: Gnosis

As visitas técnicas nas unidades de saúde da Atenção Primária são realizadas em conjunto com a área da Ouvidoria e Qualidade, em função da interface e relação instituída ao longo do tempo da Ouvidoria com as gerências das unidades e profissionais de saúde, visando à qualificação dos processos de trabalhos existentes. O orçamento para a execução do projeto está contemplado nos gastos com a gestão do TEIAS da OS.

Em anexo o caderno do Programa.

AMQ - AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) foi desenvolvida para oferecer, aos gestores municipais, ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). No modelo apresenta-se uma perspectiva de avaliação focada na percepção dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a preocupação em avaliar a qualidade dos serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos, em consequência da ampliação na oferta dos serviços de saúde e do aumento dos custos, com a incorporação de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das enfermidades (FRIAS et al., 2010).

A proposta da AMQ orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento do serviço de saúde, possibilitando a identificação dos estágios de desenvolvimento e de seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados. Orienta, ainda, a elaboração, de maneira estratégica, de planos de intervenção para a resolução dos problemas encontrados (Brasil, 2005). A proposta da AMQ é uma metodologia para a avaliação orientada por instrumentos dirigidos a atores e espaços específicos: gestores, coordenações, unidades de saúde e equipes. Ela situa a percepção dos diversos atores em uma perspectiva de autogestão e oferece instrumentos específicos para que os próprios atores envolvidos com a estratégia, em seus diferentes âmbitos, possam avaliá-la de maneira sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento contínuo do serviço de saúde. Outro aspecto positivo da AMQ é o fato de incorporar, na avaliação do processo, questões capazes de ponderar as diversas peculiaridades relacionadas às funções da atenção primária, tais como o primeiro contato, a acessibilidade, a coordenação do cuidado e as atividades de promoção e prevenção (Campos, 2005).

AMQ surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e qualidade, possibilitando assim aos atores envolvidos a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para a construção de uma melhor assistência para a população do lugar onde trabalha (BRASIL, 2005).

Demo (2000) explica a qualidade a partir das dimensões objetiva e subjetiva e afirma que os termos quantidade e qualidade não são dicotômicos, mas complementares. Ambos os planos – objetivo e subjetivo – correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos como o campo da saúde. Portanto, não se trata de excluir uma das dimensões ou de priorizar uma sobre a outra, mas de contribuir para uma concepção ampliada de avaliação (BOSI, UCHIMURA, 2007).

Avaliando a Melhoria da Qualidade na Atenção Primária à Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o acelerado crescimento da ESF e os investimentos recentes na sua expansão após 10 anos de implementação trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção,

INSTITUTO GNOSIS

operacionalização e sustentabilidade. Também demanda a constituição de espaço de atuação destinado a assegurar a qualidade do seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes. Para isso, requer a participação de todos os envolvidos na organização da estratégia, a fim de desenvolver metodologias e ferramentas para as ações de monitoramento, avaliação e qualificação das ações e dos serviços oferecidos, incluindo os aspectos organizativos e operacionais.
STARFIELD (2002) propôs um modelo para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde. Este considera a qualidade da atenção por meio de duas vertentes: a perspectiva clínica e a populacional. A partir da perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais sobre a saúde dos pacientes. Vista pela perspectiva populacional, a preocupação está centrada no impacto dos programas e sistemas de saúde na população e a redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais.

Uma vez definidos e demarcados os princípios que norteiam a qualidade, é necessária a busca de metodologias para se avaliar os serviços e Equipes envolvidas na Atenção Primária à Saúde.

A qualidade é uma estratégia difícil de ser definida. A avaliação em saúde tem um enfoque sistêmico, sendo visto através da avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados, e de cujas análises, simples e cruzadas, resulta a analise da qualidade dos serviços de saúda (HARTZ; SILVA, 2002). Como indicadores de qualidade dos serviços podemos citar, a efetividade, eficiência, eficácia, adequação, aceitação, continuidade, a acessibilidade, a segurança, a ética, equidade, entre outros (PRADE, 2004).
A avaliação é um processo contínuo, sistemático e complexo. Implica no julgamento de mérito ou valor, o qual é um aspecto de extrema relevância para qualquer instituição que pretenda otimizar seus resultados (TRENTINI; CORRADI, 2006).Um dos critérios utilizados é Donabedian, com foco na abordagem normativa e focado nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade.
Estabelecendo assim as estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade.
Nesse sentido, para a medida do nível de qualidade alcançado são comparadas e analisadas as informações, a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, a partir de critérios previamente estabelecidos. É importante frisar que, a partir dessa formulação inicial, o referido autor irá propor, posteriormente, uma importante ampliação dos critérios a serem utilizados, os quais ficaram conhecidos como "the seven pillars of quality", quais sejam: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A abordagem baseada no modelo sistêmico é observada nos aspectos de estrutura, processo e resultado.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000385

INSTITUTO GNOSIS

A AMQ da ESF oferece instrumentos específicos, possibilitando que os próprios atores envolvidos com a estratégia em seus diferentes âmbitos possam avaliá-la de maneira sistêmica integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial técnico e científico.

O objetivo geral deste programa é fomentar o Monitoramento e a Avaliação dos estágios de qualidade da estratégia saúde da família.

Objetivos específicos:

- Fomentar a avaliação dos estágios de qualidade da estratégia Saúde da Família;
- Disponibilizar ferramentas facilitadoras para diagnóstico e planejamento da intervenção;
- Identificar áreas críticas e apoiar gerentes das unidades de saúde no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas;
- Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria de qualidade da estratégia.

A partir disso pretende disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções, e impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas na ESF; verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes; identificar áreas críticas apoiando-as no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade (BRASIL, 2005).

As diretrizes da AMQ da ESF são: processo autoavaliativo; livre adesão pelos gestores municipais, que deverão sensibilizar e mobilizar coordenadores e equipes a participarem; ausência de incentivos ou sanções financeiras; utilização de aplicativo digital para alimentação de banco de dados e emissão de relatórios por internet; integração às atividades desenvolvidas no âmbito dos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.
Considerando os objetivos da proposta de avaliação da qualidade, como parte de uma iniciativa de qualificação que permitirá impulsionar o desenvolvimento da estratégia, entendesse que a sua implantação seja de interesse imediato do gestor local, já que tal iniciativa poderá fornecer informações de diversos aspectos para a melhoria da prestação de serviços na atenção básica (BRASIL, 2005).

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 230
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000386

INSTITUTO GNOSIS

Os colaboradores estarão envolvidos com o desenvolvimento do processo , à medida que estes são responsáveis pela concretização dos planos de ação a partir de suas práticas cotidianas nos serviços de saúde. As suas atitudes no processo de trabalho estão relacionadas aos conhecimentos disponíveis, às suas experiências prévias no contexto onde estão inseridos. Alguns desses aspectos serão abordados na avaliação da qualidade das equipes de saúde e permitirão reconhecer dificuldades e obstáculos para elaboração e desenvolvimento de planos de ação.

A AMAQ possui disponível um aplicativo online, na página do o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) para registro das informações. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados alcançados (BRASIL, 2013).

O processo se reinicia conforme indefinidamente em um círculo contínuo.

A avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento a priori, mas, uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio que norteia análises do tipo "autoavaliação". A avaliação não deve ser entendida com um fim em si.

Método de implantação:

Estrutura da AMAQ:

- Parte I - Equipe de Atenção Básica, com foco na Equipe de Atenção Básica;
- Parte II - Equipe de Saúde Bucal, com foco nas equipes de Saúde Bucal.

Os padrões da AMAQ agrupam-se em duas unidades de análise que consideram competências da gestão e da equipe.

A avaliação segue uma sequência cíclica composta pelas seguintes etapas:
(i) entendimento do papel e da missão do serviço no Sistema de Saúde;
(ii) Estabelecimento dos objetivos da avaliação;
(iii) Escolha dos aspectos ou dimensões que serão avaliadas;
(iv) Construção de critérios, padrões e indicadores;
(v) Desenho do estudo de avaliação;
(vi) Processo de avaliação;
(vii) Identificação dos problemas e falhas e propostas de mudanças;
(viii) Execução das ações de correção e reavaliação.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000387

O conjunto de padrões foi definido pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de Atenção Primária à Saúde.

Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade - AMAQ

A AMAQ compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, iniciativas do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde do Brasil, para cuidar da população no ambiente em que vive, no qual se insere o PMAQ, como uma das estratégias indutoras de qualidade pelo Ministério da Saúde. A AMAQ reafirma o compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade na APS (BRASIL, 2013). O instrumento é norteado pelos princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde no Brasil, partindo do pressuposto de que todos os gestores municipais e equipes de Atenção Primária à Saúde possam utilizá-lo. A AMAQ possui disponível um aplicativo online, na página do o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) para registro das informações. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados alcançados (BRASIL, 2013).

Parte I: Equipe de Atenção Básica

São quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica. As competências da gestão, da coordenação e das equipes de Atenção Primária à Saúde na AMAQ são traduzidas por meio de subdimensões.

Parte II: Equipe de Saúde Bucal

ão quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a Atenção
Primária à Saúde. As competências da gestão, coordenação e equipes de atenção básica a AMAQ são traduzidas por meio de subdimensões.

Na Parte 1 (Equipe de Atenção Básica) pode-se compreender que a AMAQ contempla 4 instrumentos, 02 destinados à gestão da Atenção Primária à Saúde e 02 destinados à equipes.

Instrumento 1: Gestão municipal, dirigido ao gestor municipal de saúde e sua equipe direta de trabalho. Instrumento
2: Gestão da APS, voltado aos coordenadores da Atenção Primária à Saúde (no caso do município do Rio de Janeiro, para os coordenadores das áreas de planejamento – CAP). Instrumento
3: Unidade Básica de Saúde, dirigido aos responsáveis pela gerência da unidade de APS. Instrumento
4: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, dirigido a todos os profissionais da equipe de APS.

Na Parte 2 (Equipe de Saúde Bucal), a AMAQ também contempla outros 4 instrumentos, 02 destinados à gestão da Atenção Primária à Saúde e 02 destinados à equipes.

Instrumento 1: Gestão municipal, dirigido ao gestor municipal de saúde e sua equipe direta de trabalho. Instrumento
2: Gestão de Saúde Bucal, voltado ao coordenador de Saúde Bucal (no caso do município do Rio de Janeiro, para os coordenadores das áreas de planejamento e responsáveis pela Saúde Bucal na CAP). Instrumento
3: Unidade Básica de Saúde/Consultório Odontológico, dirigido aos responsáveis pela gerência da unidade de APS. Instrumento
4: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal, dirigido aos profissionais da saúde bucal que atuam nas equipe de APS.

A parte I: Equipe de Atenção Básica está dividida em duas unidades de análise, Gestão e Equipe de atenção Básica. Dentro da unidade de análise Gestão estão as dimensões: Gestão Municipal e Gestão da Atenção Básica que se dividem em subdimensões.

As subdimensões da Gestão Municipal são:

A - Implantação e implementação da Atenção Básica no Município;
B - Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde;
C - Gestão do trabalho;
D - Participação, controle social e satisfação do usuário. Já as subdimensões da Gestão da Atenção Básica são:
E - Apoio institucional;
F - Educação permanente e G - Monitoramento e avaliação.

Na unidade de análise Equipe de Atenção Básica estão contidas as dimensões: Unidade Básica de Saúde e Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde. A primeira dimensão, Unidade Básica de Saúde, se desdobra em duas subdimensões de avaliação, são elas:

H – Infraestrutura e equipamentos
I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos.

A dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde se subdivide em 5 subdimensões:

J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica;
K – Organização do processo de trabalho;
L – Atenção integral à saúde;
M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário;
N – Programa Saúde Escola.

A parte II : Equipe de Saúde Bucal está estruturada em duas unidades de análise: Gestão e Equipe de saúde Bucal. A primeira, Gestão, possui duas dimensões, Gestão Municipal e Coordenação de Saúde Bucal.

A Gestão Municipal possui quatro subdimensões:

A – Implantação e Implementação da Saúde Bucal na Atenção Básica no Município;
B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal;
C – Gestão do Trabalho;
D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário. A Coordenação de Saúde Bucal tem como subdimensões,
E – Apoio Institucional;
F – Educação Permanente;
G – Gestão do Monitoramento e Avaliação.

A unidade de análise Equipe de Saúde Bucal tem como dimensões: a Unidade Básica de Saúde/Consultório Odontológico e a Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal. A primeira, Unidades Básica de Saúde/Consultório Odontológico, possui como subdimensões:

H – Infraestrutura e Equipamentos;
I – Insumos, Instrumentais e Medicamentos.

Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal se traduz nas subdimensões:

J – Educação permanente e qualificação das Equipes de Saúde Bucal;
K – Organização do Processo de Trabalho; L – Atenção Integral à Saúde Bucal
M –Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

A classificação do respondente para cada dimensão e subdimensão terá como resultado cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa categorização permite que as equipes identifiquem, com maior facilidade, os desafios ou problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e qualidade. Cada subdimensão representa um conjunto de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, avaliados segundo uma escala de 10 pontos.

Metodologia da AMAQ

A Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica está descrito no manual em anexo.

Padrões de qualidade

Na AMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2013).

INSTITUTO GNOSIS

O método de análise adotado na AMAQ permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois, nela, cada um é avaliado por si só. Essas escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões de maneira mais objetiva (BRASIL, 2013). Nesse sentido, ao utilizar a AMAQ, os respondentes devem considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada (BRASIL, 2013). Os momentos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, que consideram a pluralidade dos atores envolvidos, promovendo um espaço de construção de propostas e iniciativas para o aprimoramento dos serviços. Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e realidades locais.

Subdimensões por padrões de qualidade para a Parte I – Equipe de Atenção Básica

Subdimensão	NT Padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A- Implantação e implementação da Atenção Básica no Município	09	0	90
B- Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde	02	0	20
C- Gestão do trabalho	04	0	40
D- Participação, controle social e satisfação do usuário	04	0	40
E- Apoio institucional	02	0	20
F- Educação permanente	06	0	60
G- Monitoramento e avaliação	04	0	40
H- Infraestrutura e equipamentos	08	0	80
I- Insumos, imunobiológicos e medicamentos	08	0	80
J- Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica	02	0	20
K- Organização do processo de trabalho	14	0	140
L- Atenção integral à saúde	35	0	350
M- Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	04	0	40
N- Programa Saúde Escola	05	0	50

Fonte: AMAQ – AB.

Subdimensões por padrões de qualidade para a Parte II – Equipe de Saúde Bucal

Subdimensão	Nº Padrões	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
A – Implantação e Implementação da Saúde Bucal na Atenção Básica no Município	9	0	90
B – Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	4	0	40
C – Gestão do Trabalho	4	0	40
D – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	2	0	20
E – Apoio Institucional	2	0	20
F – Educação Permanente	6	0	60
G – Gestão do Monitoramento e Avaliação	4	0	40
H – Infraestrutura e Equipamentos	6	0	60
I – Insumos, Instrumentais e Medicamentos	6	0	60
J – Perfil da Equipe de Saúde Bucal	2	0	20
K – Organização do Processo de Trabalho	11	0	110
L – Atenção Integral à Saúde Bucal	6	0	60
M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	3	0	30
N- Programa Saúde Escola	05	0	50

Fonte: AMAQ – AB

A classificação da subdimensão quanto ao seu nível de qualidade é feita por meio do cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala definida. A escala utilizada distribui, de maneira percentual, os pontos das subdimensões em 5 categorias. Abaixo segue uma tabela que exemplifica a classificação de uma subdimensão que possui 9 padrões, totalizando 90 pontos possíveis de serem alcançados.

Percentual das subdimensões em categorias

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

A dimensão é classificada por média das avaliações de suas subdimensões resultando em pontuação que varia entre 1 e 5.
O valor de média tem pontos obtidos a partir da classificação das subdimensões que compõe uma dimensão resulta em um valor que será aplicado em escala categórica.

INSTITUTO GNOSIS

Tempo de execução e periodicidade

O instituto irá treinar, sensibilizar, orientar e capacitar os colaboradores das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal para a implantação e utilização do Projeto de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) em 100% das Equipes Saúde da Família da Área Programática .

No que se refere à periodicidade, ressalta-se que o Ministério da Saúde não define os períodos para a realização das autoavaliações da AMAQ. Porém destacamos que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços.

Sendo assim a Gnosis propõe a realização de os três autoavaliações AMAQ, com o intervalo de 12 meses com follw up de 6 meses.

Na implementação do ciclo da melhoria da qualidade:

Etapa I: adesão das equipes ao projeto AMAQ. Ações:Sensibilização, apresentação da AMAQ e capacitação das equipes/profissionais da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal. Depois de realizada a adesão e capacitadas as equipes de SF/SB, é realiza a 1ª autoavaliação.

Etapa II : São escolhidos alguns padrões que tiveram como resposta "muito insatisfatório" ou "insatisfatório" para planejar a melhoria da qualidade. Ações: Elaboradas as matrizes de intervenção e são construidos os planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para melhoria da organização e qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal. Etapa

Etapa III - Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.
Ações: Prazo: 6 a 12 meses dá-se início a 2ª autoavaliação. Caso seja constatado que com dois momentos avaliativos ainda permaneçam padrões com resultado "muito insatisfatório", "insatisfatório" ou "regular" será proposto e incentivado o 3º momento autoavaliativo da AMAQ. A seguir, demonstra-se o ciclo de melhoria da qualidade proposto pela OS no que se refere à utilização da AMAQ.

Provisão de Recursos

A Direção da está comprometida em proporcionar os recursos necessários para atingir os objetivos de satisfação dos clientes e atendimento de seus requisitos, através da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade.

O orçamento está previsto nos gastos da rubrica gestão do TEIAS da OS.

INSTITUTO GNOSIS

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

NBR ISO 10002 – Gestão da Qualidade – Satisfação do Cliente – Diretrizes para o Tratamento de Reclamações nas Organizações.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Resolução SES nº 1250 de 04 de setembro de 2015 - Dispõe sobre a organização dos serviços de ouvidoria em unidade da estrutura da Secretária estadual de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology, 22(140), 1-55.

Sanches, C., Meireles, M., & Sordi, J. O. de (2011, agosto). Análise qualitativa por meio da lógica paraconsciente: método de interpretação e síntese de informação obtida por escalas likert. Anais do Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, João Pessoa, PB, Brasil, 3.

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitraitmultimethod matrix. Psychological Bulletin, 56(2), 81-105. doi: 10.1037/h0046016

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

500396

INSTITUTO GNOSIS

COSTA, Elisa Maria Amorim. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. HARTZ, Zulmira Maria de Araujo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NBR ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário.

NBR ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade.

Manual Brasileiro de Acreditação – MBA Versão 2014

COUTO, R.C; PEDROSA, T, M, G. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. 1ª. ed. Belo Horizonte. Editora IAG Saúde 2009.

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 1 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Siglas e Definições

Documento: é o meio no qual a informação está contida;

Registro: Tipo de documento que apresenta resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas (NBR ISO 9000);

Ata da Análise Crítica da Alta Direção – ACAD

Ata de Nomeação - ATN

Cadeia Cliente Fornecedor – CCF

Critérios de uso seguro - CRI

Descrição de Cargos e Competências – DCC

Escritório de Gestão da Qualidade - EGQ

Levantamento de Necessidades de Treinamento – LNT

Linha de Cuidados - LC

Lista de Legislações – LEG

Lista de Mestra de Documentos Externos – LMDE

Manual da Qualidade - MAQ

Mapa de Processo – MAP

Matriz de Registro – MTR

Matriz de Risco – MRC

Organograma - ORG

Planejamento Estratégico - PE

Plano de Proteção Radiológica – PPR

Plano de Segurança do Paciente - PSP

Políticas Institucionais - POL

Procedimento da Qualidade – PRQ

Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH

Procedimento Operacional Padrão – POP

Procedimento Sistêmico – PRS

Protocolo Clínico – PC

Protocolo Multidisciplinar – PMD

Protocolo Núcleo Segurança do Paciente - PNSP

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000398

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 2 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA
Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS
Relatório de Gestão Prêmio Qualidade Rio – RPQRio
Regimento Interno – RI
SGQ – Sistema de gestão da qualidade
SIPOC - Ferramenta para mapear processo

Abrangência

Todos os setores da Sede e unidade do Instituto Gnosis

Materiais

- Computador

Diretrizes

A elaboração deste Procedimento documentado tem como objetivo estabelecer uma rotina para controlar todos os documentos, registros e dados pertencentes ao Sistema de Gestão da Qualidade, de modo a assegurar que:

- Os documentos passem por aprovação, quanto à sua adequação, antes da disponibilização;
- Sejam analisados criticamente (verificados), atualizados e reprovados, quando necessário;
- Alterações e a situação da revisão atual dos documentos sejam identificadas;
- Assegurar que as versões atualizadas de documentos estejam disponíveis em todos locais, onde são executadas as operações mencionadas para o funcionamento efetivo do sistema de gestão da qualidade, através da intranet, rede ou em meio físico por cópia controlada;
- Assegurar que os documentos não válidos e/ou obsoletos, não estejam disponíveis para consulta, evitando-se dessa forma o uso indevido de informações;
- Aumentar o nível de organização de documentos eletrônicos e impressos, viabilizando um acesso rápido, fácil, seguro dos documentos e dados da instituição;
- A redução na circulação de documentos e registros em papel;
- Padronizar quais os registros que serão disponíveis em rede para os setores;
- Estabelecer fluxo de aprovação e disponibilização dos documentos;
- Agilizar o processo de elaboração e revisão de documentos;

1 Controle de Documentos

1.1 Documentos Internos

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000335

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 3 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

São documentos controlados do Sistema de Gestão da Qualidade:

1. Ata da Análise Crítica da Alta Direção – ACAD
2. Cadeia Cliente Fornecedor – CCF
3. Descrição de Cargos e Competências – DCC
4. Lista de Legislações – LEG
5. Lista de Mestra de Documentos Externos – LMDE
6. Manual da Qualidade - MAQ
7. Mapa de Processo – MAP
8. Matriz de Registro – MTR
9. Matriz de Risco – MRC
10. Planejamento Estratégico - PE
11. Políticas Institucionais - POL
12. Procedimento da Qualidade – PRQ
13. Regimento Interno – RI
14. Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH
15. Linha de Cuidados - LC
16. Procedimento Operacional Padrão – POP
17. Procedimento Sistêmico – PRS
18. Protocolo Clínico – PC
19. Protocolo Multidisciplinar – PMD
20. Protocolo Núcleo Segurança do Paciente – PNSP
21. SIPOC - Ferramenta de mapa de processo

1.1.1 Elaboração e Aprovação

a) A elaboração dos documentos do SGQ é da responsabilidade dos setores, podendo ser realizada por todo o corpo funcional utilizando modelos padronizados.

b). Recomenda-se o uso de linguagem simples, de fácil entendimento, com frases curtas e palavras de sentido preciso.

c). Os documentos do Sistema de Gestão da Qualidade, depois de elaborados, são analisados criticamente (verificados) e aprovados, sendo identificados os responsáveis por cada etapa no controle histórico que ocorre via

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000108

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 4 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/08/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

tabela na primeira folha do documento.

d) Aprovação do documento não deve ser realizada por quem os elaborou.

e) Os documentos da qualidade devem seguir o seguinte padrão: Arial 10, tabela e planilhas Arial 9. Os procedimentos devem ser elaborados e digitados em folha formato A4 (21,0 cm x 29,7 cm) com margens de 2,0 cm, fonte Arial, tamanho 10, na cor preta, espaçamento entre as linhas de 1,5 justificado. O espaçamento entre parágrafos. Cabeçalho, rodapé e títulos devem estar com fonte Arial, tamanho 10, no formato negrito.

f) A aprovação deve ser feita via e-mail, incluindo a assinatura eletrônica padronizada.

g) O fluxo de aprovação será garantido pela assinatura e a comprovação via e-mail;

h) A emissão e aprovação devem ser feitas em campo padronizado seguindo a tabela abaixo:

Documento	Emissão	Aprovação Simples	Aprovação Final
Ata da Análise Crítica da Alta Direção	EGQ	NA	Diretoria Geral
Ato de Nomeação	Presidente /secretário	NA	Diretoria Técnica
Cadeia Cliente Fornecedor	EGQ	NA	Gerente Qualidade
Descrição de Cargos e Competências	Recursos Humanos	NA	Gerente de gestão de pessoas
Levantamento de Necessidades de Treinamento	Setor do processo	NA	Recursos Humanos
Linha de Cuidados	Gerente multidisciplinar	Setores Envolvidos	Diretor Técnico
Lista de Legislações	EGQ	NA	Direção técnica
Lista de Mestra de Documentos Externos	EGQ	NA	EGQ
Manual da Qualidade	EGQ	NA	Gerente Qualidade

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 5 de 13

Atividade: Controle de documentos e registros

Responsável: Todos os setores

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Mapa de Processo (SIPOC)	EGQ	NA	Gerente Qualidade
Matriz de Registro	Setor do processo	NA	Gerente do processo
Matriz de Risco	Setor do processo	NA	Gerente do processo
Planejamento Estratégico	EGQ	NA	Diretoria Geral
Plano de Segurança do Paciente	Secretária da comissão NSP	NA	Presidente do NSP
Políticas Institucionais	Setor responsável pela elaboração na OSS	NA	Gerente do processo
Políticas e documentos COMAN	Presidente da Comissão	NA	Direção Técnica
Procedimento da Qualidade	PRQ na unidade: EGQ da unidade PRQ OSS: Gerência de Qualidade	NA	Gerência da Qualidade Chefia imediata
Procedimento Operacional Padrão	Chefia processo	POP's que necessitam de aprovação simples da pela CCIH	Gerente do processo
Procedimento Sistêmico	Setor do processo	Prss que necessitam de aprovação simples da pela CCIH	Gerente do processo
Programa de Controle de Infecção Hospitalar	CCIH	NA	Diretor Geral
Protocolo Clínico	Coordenador da Especialidade	NA	Diretor Técnico
Protocolo Multidisciplinar	Coordenador da Especialidade	NA	Diretor Técnico

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 6 de 11
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Protocolo Núcleo Segurança do Paciente	Responsável do processo	NA	Presidente da comissão NSP
Regimento Interno (Comissões)	Secretário da Comissão	NA	Presidente da Comissão
Regimento Interno (Unidade)	Secretário da Comissão de novos colaboradores	Gerente institucional	Direção geral

O prazo para aprovação final dos documentos é de 15 dias úteis após a emissão do documento.

1.1.2 Publicação

Após todo o fluxo de aprovação citado na tabela acima por email, o EGQ será o responsável pela impressão do documento ou disponibilidade no local padronizado na unidade, em até 15 dias úteis após liberação final do documento.

Os locais padronizados para disponibilização dos documentos são: Intranet,Rede,E-book, Site (Documentos institucionais) e Meio físico.

1.1.3 Revisão

A revisão de um documento da qualidade ou de um modelo de registro será efetuada com o objetivo de adequar o documento ou registro à realidade da empresa e/ou propor melhorias no processo abordado.

A revisão dos documentos pode-se dar das seguintes formas:

- Houver necessidade de alteração em anexos ou conteúdo;
- Forem detectadas oportunidades de melhoria de resultados em processo de auditoria ou outro meio;
- Houver alterações nos processos e atividades;
- Quando a última revisão tenha sido realizada em até **15 meses** dos documentos do sistema de gestão da qualidade;

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000403

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 7 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Casos especiais:

- Levantamento das necessidades de Treinamento: Quando a última revisão tenha sido realizada em até **06 meses** dos documentos do sistema de gestão da qualidade;
- Matriz de risco: Quando a última revisão tenha sido realizada em até **06 meses** dos documentos do sistema de gestão da qualidade;
- Linha de Cuidados, Regimento Interno, PGRSS, Protocolos Clínicos: Quando a última revisão tenha sido realizada em até **24 meses** dos documentos do sistema de gestão da qualidade.
- Para os setores onde há legislação específica, que trate do tempo para revisão dos seus documentos, deve ser respeitado o prazo nela estabelecido.

Após disponibilizar o documento o setor de qualidade deverá preencher a planilha de controle de documentos 001 para acompanhamento dos mesmos.

As últimas alterações são destacadas em vermelho nos documentos de maneira a facilitar a visualização das mudanças.

Fluxo de Documentos			
Emissão ❶	Aprovação Simples ❷	Aprovação Final ❸	Publicação ❹
Responsável pela elaboração do documento.	**Por Email** Responsável pela a aprovação simples ou final (verificação) do documento conforme o fluxo.	Aprovação final deverá ser realizada de acordo com o nível hierárquico do setor.	A publicação deverá ser feita pela qualidade na área disponível.

1.1.4. Indexação

a) A indexação do documento é de responsabilidade do emissor do documento e deve obedece à seguinte regra:

Sigla do documento + sigla do setor + número sequencial do documento + título do documento

OBS: Todos os documentos emitidos devem ser indexados conforme exemplo abaixo, apenas a primeira letra deve ser maiúscula e em caso de houver siglas no nome do documento.

Ex: PRQ EGQ 001 Controle de documentos e registros

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

500402

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 6 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

b) A indexação do Procedimento Sistêmico (PRS) é de responsabilidade da Qualidade e, portanto, o emissor do documento deverá previamente solicitar ao Escritório de gestão da Qualidade por e-mail a indexação, informando o título do documento. A indexação dos procedimentos sistêmicos deverá seguir a seguinte regra:

Hospitais:

1- **Procedimentos sistêmicos assistenciais:**

Sigla do documento + sigla do ENF + número sequencial do documento (fornecido pela qualidade) + título do documento

OBS: Todos os documentos emitidos devem ser indexados conforme exemplo abaixo, apenas a primeira letra deve ser maiúscula e em caso de houver siglas no nome do documento.

Ex: PRS ENF 001 Controle de documentos e registros

2- **Procedimentos sistêmicos administrativos e multidisciplinares:**

Sigla do documento + sigla da unidade + número sequencial do documento (fornecido pela qualidade) + título do documento

OBS: Todos os documentos emitidos devem ser indexados conforme exemplo abaixo, apenas a primeira letra deve ser maiúscula e em caso de houver siglas no nome do documento.

Ex: PRS sigla hospital 001 Controle de documentos e registros

1.1.5. Documentos obsoletos e cancelados

Ao se tornarem obsoletos os documentos devem ser retirados dos locais de uso. São considerados obsoletos os documentos cancelados por não serem mais aplicáveis, cópias controladas em meio físico de documento cancelados e versões anteriores às revisões.

A partir do instante em que uma alteração é publicada, as versões anteriores tornam-se obsoletas e ficam disponíveis em nuvem apenas para o EGQ, por período indeterminado.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000405

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRO EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 9 de 13

Atividade: Controle de documentos e registros

Responsável: Todos os setores

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

O controle de cancelamento deverá ocorrer da seguinte forma:

- O cancelamento em meio intranet ou rede de um documento pode ser proposto por cada coordenador de setor. Devendo ser feito via qualidade. Somente a qualidade poderá fazer cancelamento de documentos.
- Documentos em meio físico - Após a solicitação de cancelamento pelo coordenador de cada setor ou, através do e-mail, o EGQ, verificará se há cópias controladas disponibilizadas em meio físico, se sim, estas devem ser recolhidas e destruídas.
- O setor que cancelar um documento deve informar, através de e-mail, aos setores que utilizam este documento que o mesmo foi cancelado.
- A indexação de um documento cancelado não poderá ser utilizada na elaboração de um novo documento.

2 - Listas mestra de documentos

2.1. Lista mestra de documentos internos

Os documentos do Sistema de Gestão da qualidade estão listados na lista mestra sistêmica de documentos interno, gerada, atualizada, automaticamente pelo EGQ. Os que se encontram em meio físico, como cópia controlada, tem sua distribuição registrada e controlada pela lista mestra sistêmica elaborada e atualizada de copias pelo EGQ a fim de evitar o uso de documentos não válidos e/ou obsoletos.

Todas as listas de documentos deverão conter coluna com informações referente a impressão.

2.2. Lista mestra de documentos externo

Documentos de origem externa (tais como legislações: normas técnicas, portarias) são mantidos atualizados pelos setores e disponíveis da intranet e rede em tipo de documento da qualidade.
Os demais documentos de origem externa estão listados na lista mestra de documentos externos, lista essa que é elaborada de forma sistêmica e disponível na intranet e rede em tipo de documento da qualidade.
A análise e atualização são realizadas pelos coordenadores setoriais e encaminhadas ao EGQ para que possa ser publicado em tipo de documento: "Lista Mestra de Documentos Externos".

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000496

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 10 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

É responsabilidade de cada setor acompanhar as revisões e cancelamentos dos seus documentos externos atualizarem a lista mestra de documentos externos e encaminhar ao EGQ para que possa ser emitida e publicada novamente.

2.3. Lista mestra de documentos terceiros

- Documentos controlados de terceiros são disponibilizados impressos, caso o terceiro possua sistema de gestão da qualidade próprio, ou intranet ou rede os documentos serão disponibilizados no software do setor.
- O padrão utilizado é de responsabilidade da empresa terceirizada, podendo estes optar pela utilização dos modelos utilizados pela instituição.
- Todos os documentos impressos dos setores terceiros deverão constar na lista mestra sistêmica de documentos terceiros e seguir o que preconiza no item 3 "Controle de documentos".

3 - Controle de Documentos

- Os documentos do Sistema de Gestão da Qualidade que se encontram em meio eletrônico, podem ser acessados por todos os colaboradores nos computadores da instituição através da intranet e a rede, o meio de acesso será divulgado pelo EGQ.
- Não será permitida a cópia dos documentos do SGQ, pelos colaboradores. Os setores que necessitarem de ter os documentos em meio físico para operacionalizar as suas atividades devem solicitar cópia controlada ao EGQ.
- As cópias controladas serão identificadas por carimbo contendo: Nome do Hospital, Qualidade, SGQ, abaixo do carimbo irá constar a data de impressão, número da cópia e toda cópia será assinada por um representante da qualidade.
- Todos as folhas dos documentos devem conter no rodapé a seguinte frase:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000407

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 11 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Caroline Benedicto		

4 - Controles de Registros

Registros são evidências objetivas de realização das atividades descritas nos documentos.

Para controlar os registros gerados nos processos, foi definido o documento "Matriz de Registros". Neste documento está definida as formas de:

Registro: nome do registro conforme formulário utilizado

Periodicidade: identificar a periodicidade para elaboração do registro (diária, semanal, mensal, anual, semestral ou eventual)

Responsável pelo Arquivamento: quem é responsável por arquivar o registro (cargo)

Responsável pela coleta: quem é responsável por coletar o registro (cargo)

Local de coleta: onde é coletado o registro (local, circunstância)

Local de armazenamento: Local onde deverá ser armazenado o registro durante o período de retenção.

Acesso: Conforme legenda disponível no formulário

Tempo de retenção no setor: definição de tempo em que é armazenado o registro no setor

Tempo de retenção final: definição de tempo em que deverá ser guardado o registro, de acordo com o fim a que se destina e baseado em portarias, normas técnicas e resoluções

Descarte: modo como o registro deve ser descartado

Documento de referência: POP, PRS, manual ou outros documentos ao qual o registro está vinculado

Validação: comprovação, através do fornecimento de evidência objetiva, para que os requisitos para uma aplicação ou uso específico foram atendidos

Os registros da qualidade devem ser preenchidos de forma legível e armazenados em condições adequadas a fim de prevenir danos, deterioração e perda, podendo ser recuperados a qualquer tempo (conforme definido na matriz de registros em "Tempo de Retenção" e "Descarte").

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000408

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 12 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Registros também são realizados nos diversos softwares disponíveis na instituição e devem ser listados. Os registros gerados pelas atividades da qualidade são controlados pelo EGQ.

A matriz de registros de cada setor está disponível na intranet ou rede em pasta Documentos da qualidade. Os setores são responsáveis por manter a matriz de registros atualizada. O EGQ deve ter um controle dos formulários utilizados na unidade conforme Lista de registros.

Os formulários são revisados sempre que necessário e são citados nos procedimentos como registro. A referência do procedimento no qual o formulário ou registro está inserido encontra-se na matriz de registros no campo "documentos de referência", de forma a garantir rastreabilidade. Os registros que compõem o prontuário são identificados na matriz de registro como prontuário

Os registros devem ser mantidos legíveis, não sendo permitido rasuras. Quando houver necessidade de alteração em registros, esta deve ser justificada, colocando-se a informação correta, com assinatura e data de quem a realizou no pé da página ou outro local mais adequado no próprio formulário.

Rascunhos podem ser utilizados para impressão de arquivos de circulação interna desde que não possuam informações confidenciais da empresa ou dados de pacientes.

Para evitar-se o uso de formulários obsoletos o responsável pelo registro deve utilizar sempre aquele disponível.

Registros

Referências Bibliográficas

1. NBR ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário.
2. NBR ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade.
3. Manual Brasileiro de Acreditação – MBA Versão 2014
4. COUTO, R.C; PEDROSA, T. M, G. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. 1ª. ed. Belo Horizonte. Editora IAG Saúde 2009.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

000409

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ EGQ 001	
		Nº Revisão: 01	Página 13 de 13
Atividade: Controle de documentos e registros Responsável: Todos os setores			

Controle Histórico					
			Elaboração	Aprovação	Publicação
04/06/2020	26/02/2021	02	Carolina Benedicto		

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Instituto Gnosis

030410

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 003 Estabelecido em: 16/12/2013 Revisado em: 20/03/2017 Nº Revisão: 04 | Página 1 de 6

Atividade: Controle de produto não conforme

Responsável: Todos os Setores

Siglas e Definições

Requisito: necessidade ou expectativa que é expressa, geralmente de forma implícita ou obrigatória (NBR ISO 9000).

Não-conformidade: não atendimento a um requisito (NBR ISO 9000).

Não Conformidade: a não conformidade consiste em não atender ao princípio do padrão, comprometendo assim a coerência e o funcionamento do sistema, constatada durante a avaliação (NA 1 – Manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2010).

Conformidade: atendimento a um requisito (NBR ISO 9000).

Ação preventiva: ação para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade ou outra situação potencialmente indesejável (NBR ISO 9000)

Ação corretiva: ação para eliminar a causa de uma não-conformidade identificada ou outra situação indesejável. (NBR ISO 9000)

Correção: ação para eliminar uma não-conformidade identificada (NBR ISO 9000)

Abrangência

Todos os setores entre eles os terceiros, da Sede e Unidades geridas pelo Instituto Gnosis

Materiais

- Computador

Diretrizes

O gerenciamento adequado das não conformidades é uma questão crucial para a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade. Uma eventual ocorrência de não conformidade é um fator intrínseco a qualquer processo, bem como de qualquer sistema de gestão.

00041

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 003 Estabelecido em: 18/12/2013 Revisado em: 20/03/2017 Nº Revisão: 04 | Página 2 de 6

Atividade: Controle de produto não conforme

Responsável: Todos os Setores

O gerenciamento das não conformidades envolve uma série de atividades, tais como:

- Detectar não conformidade
- Registro da RNC
- Análise da situação
- Tomada de decisão
- Reinspeção ou avaliação da eficácia

Conforme o impacto da não conformidade deve haver uma investigação e geração de ações corretivas ou preventivas com acompanhamento da eficácia até o encerramento final.

A parametrização do módulo RNC deve seguir o padrão da empresa.

1- Detecção da Não Conformidade

1.1 - Todas as vezes que um requisito (legal, técnico, de processo) for descumprido está estabelecida uma NÃO CONFORMIDADE. E, portanto, passível da abertura de um RELATO DE NÃO CONFORMIDADE.

1.2 Uma não conformidade pode ser identificada em diversas situações, sendo as principais:

- auditoria interna
- auditoria externa
- durante inspeção de recebimento de produto ou serviço
- durante o uso do produto ou serviço
- manifestação de cliente externo
- manifestação de cliente interno
- vistoria da vigilância sanitária
- durante visita técnica da SCIH
- durante visita técnica do SESMT
- prazo estabelecido descumprido

000412

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 003 Estabelecido em: 18/12/2013 Revisado em: 20/03/2017 Nº Revisão: 04 | Página 3 de 6

Atividade: Controle de produto não conforme

Responsável: Todos os Setores

2- Relato de Não Conformidade

2.1 Identificada a não conformidade, a mesma deve ser relatada em no Máximo 10 dias após o ocorrido. No caso da origem ser auditoria, não conformidade externa ou visita técnica o prazo passa para 1 mês. A descrição deve ser de forma clara, contemplando as não-conformidades (fato) e as evidências objetivas que as suportam.

2.2 Para o registro do RNC deverá ser encaminhada por e-mail com cópia para Qualidade..

3- Análise prévia

A análise prévia é realizada pela Qualidade, através de auditoria interna, em até 10 dias úteis após a abertura da NC.

Na análise prévia é avaliado:

- Se a data de abertura é superior ou igual ao prazo estipulado em relação a data de ocorrência;
- Se o fato configura uma NC;
- Se a descrição do relato está claro contendo fato, evidência objetiva e o requisito normativo;
- Se o setor de origem está correto.

4- Resposta da não conformidade pelo setor de origem:

Após análise prévia pelo SGQ, automaticamente o setor de origem irá receber e-mail, informando que há um relato de não conformidade em aberto para que seja analisado.

O setor de origem tem até 10 dias úteis após a análise prévia para analisar a NC.

Ao analisar a NC o setor de origem deverá preencher os seguintes campos:

000413

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 003	
		Estabelecido em: 18/12/2013 Revisado em: 20/03/2017	
		Nº Revisão: 04	Página 4 de 6
Atividade: Controle de produto não conforme **Responsável: Todos os Setores**			

- Analisar a NC e selecionar se procede ou não procede
- Causa raiz: Selecionar causa raiz da NC de acordo com a metodologia 6m: medida, mão de obra, máquina, meio ambiente, método, material.
- Plano de ação: Associar plano de ação correspondente a RNC
- Análise/justificativa: Redigir descritivamente a análise crítica correspondente e descrever: a análise da causa e a ação corretiva que será proposta para que o fato não ocorra novamente, podendo ser uma ação pontual corretiva ou abertura de um plano de ação corretivo.
- Anexar todas as evidências das ações executadas;

5- Análise resposta do setor origem

A análise resposta do setor origam é realizado pelo SGQ, através de e-mail, em até 10 dias úteis após a resposta do setor de origem.

Na análise de resposta é avaliado:

- Se a análise do setor de origem identifica a causa raiz
- Se as ações sugeridas são efetivas;
- Se foi associado plano de ação de ação corretivo

Após e-mail relatando que tem resposta de RNC para análise, o SGQ deverá avaliar se a análise e ação procedem: se a análise crítica identifica a causa raiz e se as ações sugeridas de controle da ocorrência são eficazes;

Identificar se devem ser registradas as ações em Planos de Ação, caso esses não tenham sido sugeridos pelo setor de origem;

Após a análise da resposta pelo SGQ, o setor relator irá receber um e-mail informando que a RNC foi finalizada.

000414

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 003 Estabelecido em: 18/12/2013 Revisado em: 20/03/2017 Nº Revisão: 04 | Página 5 de 6
Atividade: Controle de produto não conforme **Responsável: Todos os Setores**		

7- Análise de eficácia de relato de NC

O setor relator deve realizar análise da NC aberta no módulo Relato de não conformidade.

A análise da ação deve ser realizada após ação finalizada pelo setor de origem com um prazo máximo de 03 meses.

O setor relator pode vincular um ou mais relatos de não conformidades à análise de eficácia.

No campo de análise o setor relator descrever de que forma a ação proposta foi eficaz ou não. Se a NC conformidade aconteceu novamente e qual foi o impacto da ação junto ao setor.

6- Gerenciamento dos Relatos de Não Conformidade:

O setor da Qualidade deverá realizar o gerenciamento dos Relatos de Não Conformidade, utilizando o Anexo I "Gerenciamento dos Relatos de Não Conformidade".

7- Relatório trimestral de Análise crítica:

Trimestralmente o EGQ deve realizar a análise de eficácia do PRQ 003. Conforme modelo padronizado a coordenação de qualidade deve analisar os dados quantitativos de utilização da ferramenta do produto não conforme, planilha de gerenciamento de relatos de não conformidade e com isso encontrar as causas e sugerir ações para as mesmas. Anexo II - Relatório trimestral de análise crítica

Registros

000415

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 003 Estabelecido em: 18/12/2013 Revisado em: 20/03/2017 Nº Revisão: 04 | Página 8 de 8
Atividade: Controle de produto não conforme **Responsável: Todos os Setores**		

Anexo I Gerenciamento dos Relatos de Não Conformidade

Anexo II Relatório trimestral de análise crítica

Referências Bibliográficas

1. NBR ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário.
2. NBR ISO 9001:2008 - Sistemas de Gestão da Qualidade.
3. Manual Brasileiro de Acreditação – MBA Versão 2010
4. COUTO, R.C; PEDROSA, T, M, G. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. 1ª. ed. Belo Horizonte. Editora IAG Saúde 2009.

0004160

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 009 Estabelecido em: 17/04/2014 Revisado em: 04/08/2017 Nº Revisão: 03 | Página 1 de 3
Atividade: Gestão de Mudanças Responsável: Todos os Setores		

Siglas e Definições

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

EGQ – Escritório de gestão em qualidade

ACAD - Análise Crítica da Alta Direção

Abrangência

Todos os setores das Unidades geridas pelo Instituto Gnosis

Diretrizes

1. Definição de Mudanças

Todas as decisões necessárias nos setores das Unidades geridas pelo Instituto Gnosis e que envolvam processos diversos que possam impactar na interação entre setores e no atendimento ao cliente externo, devem ser definidas e analisadas pelos responsáveis dos setores envolvidos. Os principais processos em que mudanças possam impactar envolvem as instalações físicas (obras novas, obras de ampliação, obras de reforma, obras inacabadas, obra de recuperação), aquisição de equipamentos, mudança ou novo sistema de informação, introdução de novos processos. O responsável por identificação da mudança deverá convocar os envolvidos para realizar a Análise de Mudanças que possam afetar o sistema de gestão da qualidade (SGQ).

2. Análise de Mudanças que possam afetar o SGQ

2.1 A Análise dos riscos relacionados à mudança prevista deve ser realizada antes do início da mesma. Deverão participar os responsáveis e as coordenações de alta direção dos processos envolvidos. A análise deverá identificaros seguintes itens, que deverão ser registrados no formulário padronizado (Anexo I):

- Modificação Proposta – Preencher com a situação que irá ocasionar mudanças (Obras, Aquisições, Processos, etc)

0004

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 009 Estabelecido em: 17/04/2014 Revisado em: 04/05/2017 Nº Revisão: 03 | Página 2 de 3
Atividade: Gestão de Mudanças Responsável: Todos os Setores		

- Análise situacional – descrição da necessidade da mudança; benefícios que trará para os usuários; risco positivo; risco negativo; tempo previsto para início e término;
- Setores Responsáveis pela Mudança
- Setores Envolvidos
- Partes interessadas no impacto da Mudança – Todos os setores envolvidos em que o processo será impactado pela mudança
- Impacto da Mudança – descrever o impacto da modificação
- Falha Potencial - A maneira como uma falha pode ocorrer
- Medidas preventivas do Risco - nova rotina estabelecida, plano de ação relacionado, mudança de fluxos, etc.
- Medidas de Contingência - Ações a serem tomadas caso haja exposição ao evento (impacto ou dano).
- Monitoramento – Indicador ou Registroque monitora o risco, nesse tópico pode ocorrer que a observação que será feita junto a mudança será por pouco tempo neste caso não é necessário monitoramento.
- Setor que Monitora o Risco

2.2 Após a análise deverá ser realizado acompanhamento pela qualidade junto com os setores envolvido, executando as ações necessárias (podem ser elaborados planos de ação para as medidas preventivas e de contingência)

2.3 Ao final de cada semestre, todas as análises relacionadas a mudanças serão entrada na Análise Crítica da Alta direção (ACAD), para verificação da efetividade das ações propostas.

Registros

Anexo I - Análise de Mudanças que possam afetar o SGQ

Referências Bibliográficas

Não se aplica.

000418

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 009 Estabelecido em: 17/04/2014 Revisado em: 04/05/2017 Nº Revisão: 03 | Página 3 de 3
Atividade: Gestão de Mudanças Responsável: Todos os Setores		

000419

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 1 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

Siglas e Definições

SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade
NA: Não se aplica
RD: Representante da Direção

Abrangência

Todos os setores das Unidades geridas pelo Instituo Gnosis

Diretrizes

A elaboração deste Procedimento documentado tem como objetivo apresentar:

1 Implantação do Projeto SGQ:5S

O Sistema de Gestão da Qualidade com base no Programa 5S (SGQ: 5S) é um projeto com uma metodologia que alia a capacitação no Programa 5S com a integração da gestão da qualidade, motivação e integração de equipe aplicado de forma a cumprir o ciclo PDCA levando as empresas à inovação e melhoria contínua em seus processos para o encantamento e a satisfação de seus clientes. O acompanhamento e avaliação do desempenho da Organização são feitos na base dos requisitos exigidos no Manual do Projeto SGQ:5S através dos ciclos de auditorias que se sustentam nos compromissos da Alta Direção e da força de trabalho conforme os desafios lançados pelos consultores para que a Organização posse ter uma visão ampliada de seu negócio.

1.1 Seus Objetivos

- Incentivar a Alta Direção para a visão de futuro como uma Organização sustentável;
- Focalizar a estratégia totalmente alinhada à Gestão Integrada de Qualidade;
- Interagir a responsabilidade socioambiental, segurança e saúde ocupacional;

000420

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRC SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 2 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

- Combater toda espécie de desperdícios e aumentar a produtividade;
- Alinhar os interesses corporativos com as necessidades das pessoas e dos clientes;
- Promover a melhoria e inovação dos processos;
- Melhorar o ambiente de trabalho nos aspectos físico e moral;
- Motivar os colaboradores na atuação de suas atividades e responsabilidades;
- Respeitar as legislações, normas, leis vigentes e o meio ambiente.

1.2 Os 5 "S"

1.2.1 Seletividade

Este senso orienta no sentido de separar os recursos disponíveis de acordo com a freqüência de uso, ou seja, conforme o grau de importância que cada um tenha para a realização de suas tarefas.

A prática da seletividade resulta nas seguintes vantagens:

- Liberação de espaço e melhor organização;
- Racionalização do uso de materiais e de equipamentos;
- Menos armários, arquivos, estantes, papéis, ferramentas e outros itens em excesso;
- Diminuição de custos, redução do desperdício;
- Local de trabalho mais saudável e apresentável.
- Os layout's aplicados nas salas, oficinas, almoxarifados, vestiários, banheiros, refeitórios, áreas internas e externas precisam ser adequadas, produtivas e nunca devem oferecer riscos às pessoas e à estrutura predial.
- Os materiais utilizados na administração, copas, refeitórios, almoxarifados, farmácias, depósitos e limpeza devem ficar definidos, controlados e seletivos.

Para o cumprimento da Seletividade cada setor deve:

- Separar os materiais úteis dos inúteis;
- Verificar se não existe excesso de materiais/ equipamentos no seu setor e colocar à disposição, pois outros setores podem está precisando do mesmo;
- Materiais, equipamentos ou estrutura física danificada deverão ser comunicados a manutenção por meio de ordem de serviço para o reparo o mais breve possível e assim torna-lo útil.

1.2.2 Sistematização

Permite alocar os recursos disponíveis de forma sistêmica, estabelecendo um sistema de comunicação visual que permita rápido acesso aos mesmos.

000421

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 3 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

A aplicação da sistematização permitirá obter vários benefícios, entre eles:

- Redução de tempo e de custos;
- Melhor controle de estoques e de documentos;
- Utilização racional do espaço;
- Administração do tempo;
- Conforto para quem trabalha;
- Redução do risco de acidentes.

Para o cumprimento da Sistematização cada setor deve:

- Estabelecer um local para cada material e equipamento; objetos utilizados frequentemente deverão ficar mais próximos dos colaboradores, caso ao contrário deve ser armazenado em um local mais afastado, para que não prejudique as tarefas rotineiras.
- Identificar os materiais e equipamentos, com etiquetas padronizadas pela unidade sempre contendo o logo. Deve-se tomar cuidado com os exageros de identificações. Exemplo: Monitor, teclado, mouse. Identificar é importante para que cada coisa tenha seu lugar, portanto se for material ou equipamento que flutua, este deve ser identificado. Mas, se for objeto fixo não há necessidade.
- As etiquetas deverão ser trocadas periodicamente, sempre que estiverem desgastadas, manchadas ou má fixação, retirando o resíduo de cola para posteriormente inserir a etiqueta nova.

1.2.3 Sem Sujeira

O senso de sem sujeira indica que os próprios usuários devem cuidar dos recursos disponíveis de forma que eles estejam sempre em boas condições de uso. A prática deste senso de limpeza permite obter os seguintes resultados positivos:

- Melhor disposição para o trabalho;
- Motivação para a produtividade;
- Valorização da imagem da empresa;
- Conquista de clientes;
- Melhor apresentação dos produtos e de serviços.

000422

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 4 de 5
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

- A equipe deve ter atitude rigorosa para manter os equipamentos limpos.

Para o cumprimento do requisito Sem Sujeira cada setor deve:

- Realizar uma conscientização coletiva dos colaboradores sobre a importância de manter o ambiente limpo e em ótimas condições operacionais. Lembrando sempre que "Melhor que limpar é não sujar".
- Ter um bom relacionamento com a equipe de higienização, mantendo uma boa interação e solicitando o suporte sempre que necessário.
- Neste requisito é importante a conscientização de todos os colaboradores quanto a limpeza e conservação das áreas comuns:
  - Refeitórios e copas: Não deixar resíduos de comidas, identificar os alimentos que serão acondicionados na geladeira com data e nome, se utilizar micro-ondas limpa-lo sempre após o uso, guardar os alimentos nos locais próprios e sempre identificados.
  - Estar e vestiários: Não acondicionar alimentos nestes locais, para evitar a proliferação de insetos. Guardar os objetos em lugares apropriados, não os deixar flutuando.
  - Banheiros: Sempre após o uso, dar descargas; utilizar o papel toalha racionalmente, evite deixar os ralos abertos.

1.2.4 Saúde

A aplicação do senso de saúde no modelo de qualidade 5S reflete diretamente em:

- Redução de gastos com doenças e acidentes;
- Crescimento da auto-estima e cuidados com a saúde;
- Diminuição dos riscos de contaminação;
- Reflexos positivos nos hábitos de higiene pessoal;
- Condições propícias à produtividade;
- Procurar manter atualizados os PCMSO (NR 7) e PPRA (NR 9).

Para o cumprimento do requisito Saúde cada colaborador deve:

- Não fumar no ambiente de trabalho;
- Realizar ginástica laboral sempre que possível;
- Utilizar o EPI e EPC conforme área de atuação;

000423

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 5 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

- Participar dos eventos promovidos pelo SESMT e CIPA

1.2.5 Socialização

Para o sucesso deste senso é necessário que as pessoas estejam comprometidas com o cumprimento rigoroso dos padrões éticos, morais e técnicos e com a melhoria contínua a nível pessoal e organizacional.

A prática deste senso implica rapidamente nos seguintes benefícios à empresa:

- Melhoria das relações humanas no trabalho, resultando na cultura do respeito e da ética interna;
- Manutenção de padrões mais elevados de qualidade com conseqüente satisfação dos clientes;
- Melhoria da imagem da empresa;

Para o cumprimento do requisito Socialização cada colaborador deve:

- Manter o seu posto de trabalho sempre organizado;
- Utilizar uniforme e crachá;
- Tratar as pessoas com cordialidade;
- Não utilizar adornos;
- Manter os cabelos, se longos, presos, unhas aparadas;
- Estar comprometido com os programas de gestão da qualidade e normas institucionais.

1.3 Etapas da Implantação

Todo processo de implantação é composto de :

- Reuniões estratégicas com a e todos os gerentes/coordenadores para ser planejada a implantação do projeto, detalhe por detalhe.
- Elaboração da tabela setorial da unidade, definindo as responsabilidades e ações processuais dos 5S's.
- Realizações de visitas técnicas setoriais para analisar as abrangências relacionadas às conformidades exigidas nos 5S's.(Levantamento de pendências)
- Levantamento de pendências, conforme lista dos setores padronizados da unidade;
- Sensibilização da Direção, RD e equipe qualidade e colaboradores, através de palestras e

060424

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 6 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

visitas técnicas;

- Treinamentos dos 5S´s com o corpo de liderança e colaboradores que farão parte da equipe multiplicadora (interfixa).
- Entrega dos relatórios de pendências e o seu gerenciamento;
- Realização das sinalizações, ferramenta para dar diretrizes as unidades para poder mobilizar as equipes, setor por setor, ao processo de melhorias e para buscar os resultados desejados em relação aos 5S´s e à qualidade.
- Realização do curso básico para compor auditores internos dos 5S´s e uma preparação para as equipes se prepararem para os ciclos de auditorias

2.2 Informações Importantes

- Os dispensers com papel toalha, álcool gel e sabonete líquido **devem** ser identificados para gerar a cultura de sistematização interna, visto que podem ser utilizados por várias pessoas;
  - Todos os equipamentos/máquinas fixos precisam ser identificados (exemplo: compressor, gerador, motores/bombas, máquinas em geral, balanças, etc);

- Os equipamentos móveis precisam ter a identificação no local de guarda (exemplo: aparelhos de pressão, suportes de soros, máquina de soldar etc);

- Uma vez colocada a faixa amarela no piso para demarcar a localização de um equipamento, não é obrigatório colocar a etiqueta de identificação. Ou uma ou outra ou as duas se desejar;

- A identificação "documentos gerais" não é aceita quando existem vários documentos "soltos", um sobre o outro ou um ao lado do outro, a não ser que a gaveta ou prateleira estejam com as pastas sistematizadas e identificadas;

- A identificação "diversos" não é aceito em qualquer hipótese;

- Toda identificação/etiqueta **deve** seguir o padrão exigido na sistematização do Projeto SGQ:5S (capricho e zelo). Qualquer divergência desta exigência será considerada não conforme;

- Todos materiais, produtos e estoques gerais em prateleiras e no interior de armários **devem** ser identificados para eliminar as "flutuações" e criar a cultura de sistematização interna;

- As fitas coloridas em prateleiras e/ou interior de armários para separarem em boxes é definido pelo usuário;

06-0425

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRO SGO 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 7 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

- As gavetas das mesas/bancadas precisam manter bom visual interno e com materiais/documentações identificadas. Para manter a sistematização, o usuário pode definir o método desejado, desde que atenda as exigências;
- Cabos elétricos, inclusive de computadores, devem apresentar excelente visual na sua sistematização. Caso contrário, será considerado não conforme em relação à exigência dos 5S's;
- Cabos elétricos e extensões elétricas não podem ficar expostos no chão, inclusive dificultando a limpeza do ambiente e criando situações de riscos;
- Os produtos/medicamentos com ou sem o rompimento da embalagem primária, o prazo de validade será o determinado pelo fabricante conforme o uso;
- Prazo de validade de qualquer produto/medicamento que esteja vencido é considerado falta **GRAVE** em qualquer situação;
- A incoerência na identificação é considerada falta **GRAVE** em qualquer situação;
- O não atendimento às exigências de normas regulamentadoras/legislações é considerado não conformidade em qualquer hipótese;
- Em relação aos serviços de saúde, o prazo máximo para estoque dos medicamentos já submetidos à preparação de dose unitária será determinado pelo fabricante ou respeitada a forma farmacêutica;
- Em relação aos serviços de saúde, as embalagens de papelão podem ser usadas desde que sejam secundárias no máximo, do próprio fornecedor e que mantenham bom visual exigidos na sistematização;
- Em relação aos serviços de saúde, embalagens de papelão reaproveitadas ou de outros fornecedores não podem ser utilizadas em hipótese nenhuma.

3. Sistema de gestão x ferramenta 5s

Todas as divulgações de treinamento, palestras, visitas, orientações de cuidados, agradecimento deve seguir o modelo padronizado da empresa.

Todos os relatórios de auditoria devem ser encaminhados pelo módulo RNC do software de qualidade, caso a unidade não utilize ainda a ferramenta, o relatório deve ser entregue em mão com o livro de protocolo como evidência.

000426

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da qualidade	Padrão nº: PRQ SGQ 011 Estabelecido em: 05/01/2016 Revisado em: 04/05/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 8 de 8
Atividade: Ferramenta 5S Responsável: Todos os Setores			

O EGQ deve utilizar os modelos de check list para visitas técnicas e o relatório de pendências para realização das auditorias internas das equipe interfixa.

As auditorias internas devem acontecer conforme o PRQ de auditorias, 01 por ano com follow up 6 meses após.

Os setores que apresentarem um resultado ruim durante as auditorias da empresa devem ser acompanhados com maior atenção pela equipe da qualidade e interfixa.

A equipe da qualidade e interfixa devem treinar as novas lideranças das unidades, nas normas do programa.

Durante a integração a equipe da qualidade deve apresentar a ferramenta 5s para os novos colaboradores.

A equipe interfixa deve ser trabalhada como grupo de melhoria conforme o PRQ de comissões e comitês.

A equipe da qualidade deve analisar o indicador – Índice de pontuação na certificação do programa 5S periodicidade semestral.

Registros

Check list de auditoria;

Cartaz de treinamento, palestra, orientações.

Referências Bibliográficas

1. NBR ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e vocabulário.
2. NBR ISO 9001:2008 - Sistemas de Gestão da Qualidade.
3. Manual Brasileiro de Acreditação – MBA Versão 2010
4. COUTO, R.C: PEDROSA, T, M, G. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. 1ª. ed. Belo Horizonte. Editora IAG Saúde 2009.

960427

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 08/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 1 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

Siglas e Definições

Satisfação do Cliente – Percepção do cliente do grau em que os seus requisitos foram atendidos

Cliente – Organização ou pessoa que recebe um produto/serviço

Cliente externo - Clientes externos são aqueles que não pertencem à organização (Pacientes, Familiares, Comunidade, Colaboradores).

Reclamação – Expressão de insatisfação feita a uma organização, relativa a seus produtos, ao próprio processo de tratamento de reclamações, para a qual explicitamente ou implicitamente espera-se resposta ou resolução.

Retorno – Opiniões, comentários e expressões de interesse sobre produtos ou processos de tratamento de reclamações.

Tarefas

Este procedimento tem por objetivo padronizar a forma de monitoramento da satisfação dos clientes externos, que é uma das mensurações do desempenho do Sistema de Gestão da Qualidade das unidades gerenciadas pelo Instituto Gnosis

1. **Satisfação do cliente externo (pacientes /acompanhantes /família):**
   A Organização mantém um sistema de pesquisa com objetivo de monitorar a satisfação dos clientes quanto á sua percepção sobre a atenção aos seus requisitos. São realizadas pesquisas com os clientes externos (paciente/familia) durante seu atendimento na unidade através de questionário específico, coletado sempre de forma passiva, como meio de incentivo em declarar sua percepção quanto aos serviços prestados.

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PROS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 06/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 2 de 6
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

1.1 A "Pesquisa de Satisfação do Cliente Externo" considera as particularidades de cada setor produtivo onde são prestados serviços diretamente ao cliente externo (Paciente / Família), considerando:

- Confiabilidade: Habilidade de realizar o serviço prometido de maneira correta e precisa;
- Presteza: Disposição para ajudar o cliente e fornecer um serviço pontual;
- Segurança: Conhecimento e cortesia e habilidade para transmitir responsabilidade e segurança;
- Empatia: Cuidado, atenção individualizada fornecida ao cliente;
- Tangibilidade: Aparência física das instalações, higienização e limpeza do ambiente.

O escritório de gestão da qualidade tem como finalidade orientar e estimular a alta direção e coordenações, para que esses estimulem os colaboradores na coleta da pesquisa pela unidade.

A pesquisa de satisfação do cliente externo é aplicada com base em amostragem da população atendida no mês anterior, definir a amostra significa que através da mesma será possível fazer afirmações sobre o universo da pesquisa. No entanto, sabemos que nenhum processo amostral é isento de erros e, por isso, nunca reproduz exatamente as proporções da população. Para prevenir erros, a atividade mais importante da amostragem concentra-se no processo de seleção do conjunto de indivíduos da população que fará parte da amostra.

Para a amostragem da prestação de contas o cálculo deve ser feito pela população predominante. EX: Maternidade: Número de internações no período,

A equipe da qualidade deve estratificar o cálculo de amostragem setorialmente, conforme os setores críticos da unidade. O cálculo deve ser aplicado conforme o tamanho da subpopulação de cada setor.

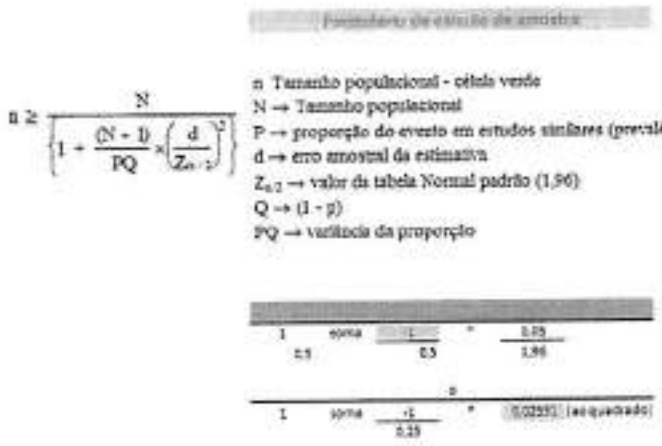
080429

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PROS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 06/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 3 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

EX: Ambulatório – Nº de atendimentos ambulatoriais - Por especialidade.

Urgência e emergência - Nº de pacientes em observação – Sala Amarela.

O valor deve ser calculado todo primeiro dia útil de cada mês. É utilizada uma planilha estatística específica.



Anexo 1 – Planilha de amostragem

A pesquisa é preenchida em formulário padrão cujo responsável por sua aplicação é toda a unidade: equipe assistencial, apoio, médica e administrativa. A mesma deve ser aplicada em todos os setores da unidade, conforme priorização a ser definida junto a alta direção da unidade, principalmente:

000430

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 06/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 4 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

- Nos Hospitais: Ambulatório, Centro cirúrgico, Recepção, Unidades de Internação, UTI's e UI's.



000401

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PROS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 06/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 5 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

Anexo 3 Modelo da pesquisa hospitais

1.2 **Compilação dos dados:**

A taxa de satisfação do cliente externo é compilada a partir da soma das *respostas "Excelente/Bom"*. Semanalmente, o assistente administrativo realiza a compilação da pesquisa em planilha padronizada pela gerência de qualidade

A taxa gerada com a Satisfação do Cliente Externo deve ser compilada da seguinte forma:

1.2. A Prestação de contas:

A pergunta utilizada para a compilação do dado da prestação de contas é:
"Qual a sua opnião, para o atendimento geral do Hospital? Excelente / Bom / Regular / Ruim"

Após a compilação os dados devem ser repassados para a alta até o 5° dia útil de cada mês.

1.2. B Analise da unidade:

A pesquisa deve ser compilada através da planilha padronizada. A pesquisa contempla os itens para avaliação da satisfação aos requisitos conforme o modelo de pesquisa.

Para os hospitais:

Através da compilação dos dados da pesquisa de satisfação do cliente externo coletamos dados para o lançamento e análise dos indicadores distribuídos entre as gerências do Hospital

000432

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQS SGQ 016	
		Estabelecido em: 15/05/2016	
		Revisado em: 06/03/2017	
		Nº Revisão: 01	Página 6 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo			
Responsável: Todos os Setores			

(Administrativa, Apoio, Enfermagem e Clínica), desdobrados entre a alta direção, conforme organograma. Sendo eles:

- Coordenação Administrativa: Pesquisa de satisfação do cliente externo ((Numerador: Número de usuários satisfeitos (considerar excelente/ bom) - somente requisitos avaliados do "Atendimento da Recepção, Tempo de espera" – pergunta 02 e pesquisa da pergunta 09 item Serviço de Imagem - Denominador: Total de usuários - somente pesquisas que tenham respondido os requisitos avaliados do Atendimento da Recepção, Tempo de espera" - Cálculo: Numerador dividido pelo denominador multiplicado por 100).
- Gerência de Enfermagem: Pesquisa de satisfação do cliente externo ((Numerador: Número de usuários satisfeitos (considerar excelente/ bom) - somente requisitos avaliados do "Atendimento da Enfermagem" – perguntas 05 e 09 contemplando as pesquisas da equipe enfermagem e multidisciplinar - Denominador: Total de usuários - somente pesquisas que tenham respondido os requisitos avaliados do " Atendimento da Enfermagem " - Cálculo: Numerador dividido pelo denominador multiplicado por 100). Resultado da satisfação da equipe multidisciplinar.
- Diretor Clínico: Pesquisa de satisfação do cliente externo (Numerador: Número de usuários satisfeitos (considerar excelente/ bom) - somente requisitos avaliados do "Corpo Clínico e Tempo de espera" – perguntas 03 e 04 - Denominador: Total de usuários - somente pesquisas que tenham respondido os requisitos avaliados do "Corpo Clínico e Tempo de espera" - Cálculo: Numerador dividido pelo denominador multiplicado por 100).
- Coordenação de Apoio: Pesquisa de satisfação do cliente externo ((Numerador: Número de usuários satisfeitos (considerar excelente /bom) - somente requisitos avaliados do "Alimentação, Serviço de Higiene e limpeza e Qualidade da roupa de cama" – perguntas 06,07 e 08 e pesquisa da pergunta 09 item Laboratório - Denominador: Total de usuários - somente pesquisas que tenham respondido os requisitos avaliados do "Alimentação,

000433

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PROS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 06/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 7 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

Serviço de Higiene e limpeza e Qualidade da roupa de cama" - Cálculo: Numerador dividido pelo denominador multiplicado por 100).
Resultado da satisfação do Laboratório.

- EGQ - Pesquisa de satisfação do cliente externo global (Numerador: Somatório das respostas excelente e bom na pergunta de "atendimento geral" – pergunta 10 "Qual a sua opnião, para o atendimento geral do Hospital? Excelente / Bom / Regular / Ruim" - Denominador: Total de itens respondidos na pesquisa - Cálculo: Dividir o numerador pelo denominador e multiplicar por 100).

O escritório de gestão da qualidade não se opõe ao desdobramento da pesquisa de forma setorial ou por tipo de paciente, caso seja do interesse da unidade;

2.1.D Gestão à vista:

Os dados devem ser disponibilizados mensalmente no quadro de gestão à vista da unidade.

Registros

- Pesquisa de Satisfação do Cliente Externo – Paciente/Familia

- Análise Crítica dos Indicadores

- Prestação de contas

Bibliográfica Referência

000434

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento da Qualidade	Padrão nº: PRQS SGQ 016 Estabelecido em: 15/05/2016 Revisado em: 06/03/2017 Nº Revisão: 01 | Página 8 de 8
Atividade: Medição e monitoramento da satisfação do cliente externo Responsável: Todos os Setores		

NBR ISO 10002 – Gestão da Qualidade – Satisfação do Cliente – Diretrizes para o Tratamento de Reclamações nas Organizações.

Resolução SES nº 1250 de 04 de setembro de 2015 - Dispõe sobre a organização dos serviços de ouvidoria em unidade da estrutura da Secretária estadual de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

Rios, Izabel Cristina Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão / Izabel Cristina Rios. – São Paulo: Áurea Editora, 2009.

PRQ 002 Analise de dados - 2017.

PRQ 010 Satisfação do cliente e partes interessadas

000435

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica

AMAQ

VENDA PROIBIDA

Brasília - DF
2012

00436

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica

AMAQ

VENDA PROIBIDA

Brasília - DF
2017

030437

2017 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Grupo Técnico de Gerenciamento de Projeto
SAF Sul, Quadra 2, Bl. Premium, Torre II
Auditório, sala 4
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Coordenação Técnica Geral:
Allan Nuno Alves de Sousa
José Eudes Barroso Vieira

Revisão Técnica:
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Antonio Barbosa de Araújo Junior
Breno Gabriella de Cerqueira
Dircou Dilmar Kitzke
Davilyn Santos Oliveira dos Anjos
Edson Hilan Gomes de Lucena
José Eudes Barroso Vieira
Larissa Gabriella Ramos
Maria de Fátima Pereira
Paulina Cavalcanti
Renata Pelle
Thaís Alessa Leite

Elaboração Técnica:
Aglruna Kitajima
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Antonio Barbosa de Araújo Junior
Breno Gabriella de Cerqueira
Dircou Dilmar Kitzke
Davilyn Santos Oliveira dos Anjos
Edson Hilan Gomes de Lucena
Larissa Gabriella Ramos
Maria de Fátima Pereira
Paulina Cavalcanti
Renata Pelle
Thaís Alessa Leite

Colaboração:
Alexandra Medeiros de Figueiredo
Alyne Araújo de Melo
Aristides Oliveira
Chaiane Inês Scherer
Daniel Miele Arnaldi
Daniela Marcolino Figueiredo
Danilo Fagner Vicente de Assis
Diego Ferreira Lima Silva
Felipe Cavalcanti
Francy Webster Pereira
Gilberto David Filho
Graziela Tavares
Ratio Motta Galvão Gomes
Luisa da Hora Machado Fernandes
Márcia Helena Leal
Marcilio Regis Melo Silva
Patrícia Sempaio Gruen
Rimena Glauca Dias de Araújo
Thaís Coutinho de Oliveira

Coordenação Editorial:
João César de Carvalho e Silva

Projeto Gráfico:
Marco Aurélio Santana da Silva

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: http://editora.saude.gov.br
E-mail: editora.mj@saude.gov.br

Equipe Editorial:
Normalização: Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Tatiane Souza e Khamila Silva
Diagramação: Marcelo de Souza Rodrigues

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
184 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_acesso_qualidade_atencao_basica_eletronico_1ed.pdf>

ISBN 978-85-334-2506-4

1. Atenção Básica. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Avaliação dos serviços. I. Título.

CDU 613.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0015

Título para indexação:
Self Evaluation for Access and Quality Improvement of Primary Care

00438

LISTAS DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

Amaq - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

AMQ-ESF - Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CMS - Conselho Municipal de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DPP - Data Provável do Parto

DST - Doença Sexualmente Transmissível

eAB - Equipe de Atenção Básica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

eSB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

GM - Gabinete do Ministro

GTI-M - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

M&A - Monitoramento e Avaliação

MS - Ministério da Saúde

MTC - Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura

Nasf - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG - Organização Não Governamental

PMA2 - Produção e Marcadores para Avaliação

Pmaq - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Pnab - Política Nacional da Atenção Básica

Pnad - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

000439

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

PPP – Projeto Político Pedagógico

PRACTICE – Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in Life Cycle; Illness in Family; Coping with Stress; Ecology

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SF – Saúde da Família

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Siscolo – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

Sisprenatal – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SSA2 – Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde

Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VS – Vigilância em Saúde

000440

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

1 AVALIAÇÃO 11

2 AUTOAVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA 13
2.1 Momentos Autoavaliativos 15
2.2 Momentos do Processo Autoavaliativo 15
2.3 Planejamento e Intervenção 16

3 A FERRAMENTA – AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA 19
3.1 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica e Saúde 19
3.2 Organização do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 21
3.3 Padrões de Qualidade 23
3.4 Classificação dos Padrões de Qualidade 25
3.5 Classificação das Dimensões e Subdimensões 26

Parte I – Equipe de Atenção Básica 31

DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL 32

DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA 37

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 41

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE 45

Parte II – Equipe de Saúde Bucal 65

DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL 68

DIMENSÃO: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL 72

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO 76

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL 79

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA – DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL 89

000441

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA 91

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 93

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: PERFIL DA EQUIPE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE 95

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: PERFIL DA EQUIPE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) 98

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL -DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL 101

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – DIMENSÃO: COORDENAÇÃO DA SAÚDE BUCAL 103

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO 106

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL 107

REFERÊNCIAS 115

BIBLIOGRAFIA 119

GLOSSÁRIO 125

Anexos 131

ANEXO A – Infraestrutura, Equipamentos e Materiais para a UBS 131

ANEXO B – Materiais e Equipamentos de Urgência e Emergência 137

ANEXO C – Estrutura Física para Pessoas com Deficiência 138

ANEXO D – Insumos em Quantidade Suficiente para o Desenvolvimento Regular das Ações de Saúde 139

ANEXO E – Materiais e Insumos para os Agentes Comunitários de Saúde 142

ANEXO F – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde 143

ANEXO G - Insumos e Medicamentos para Urgência e Emergência 144

ANEXO H - Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica 148

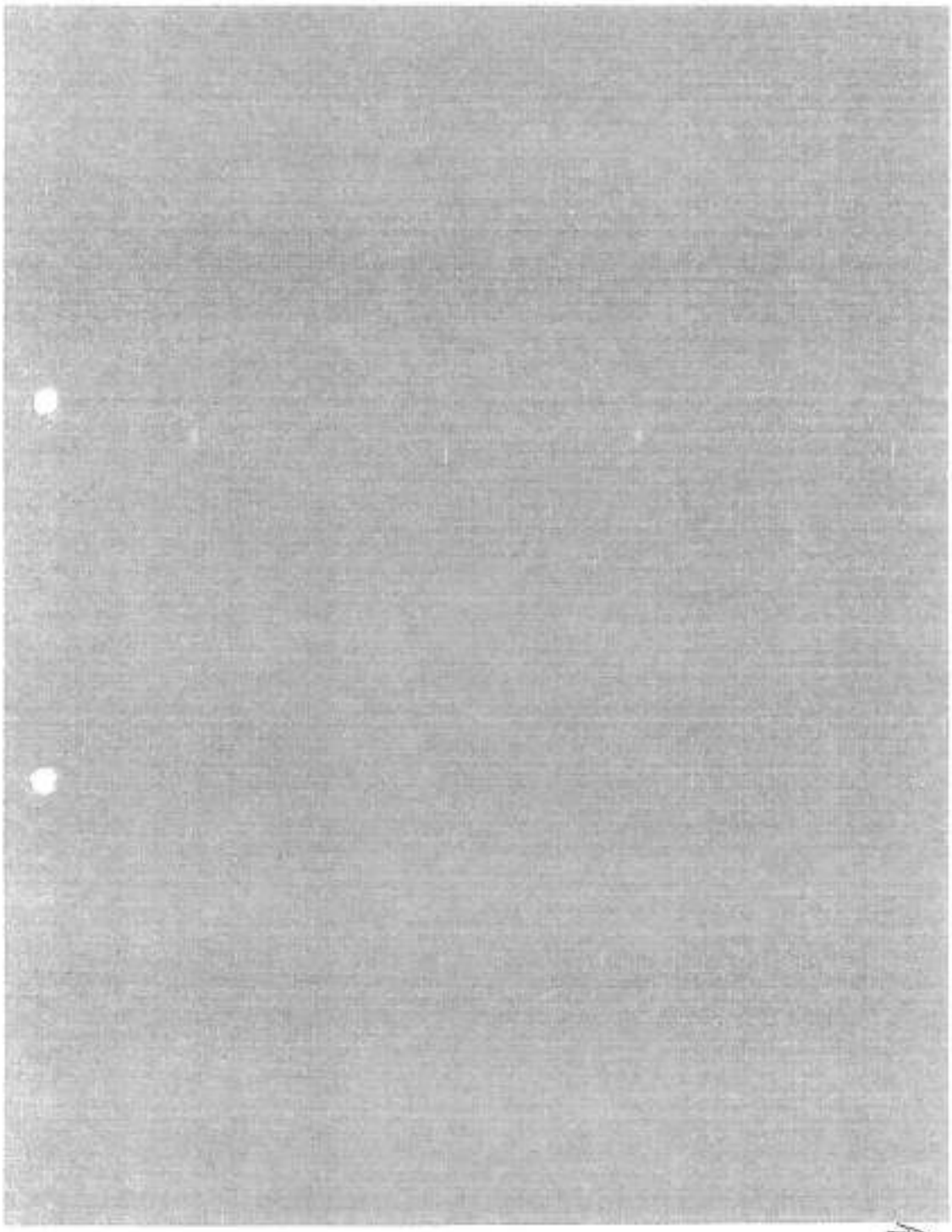
ANEXO I - Infraestrutura e Equipamentos Odontológicos 151

ANEXO J - Insumos Odontológicos 152

ANEXO K - Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde Bucal 153

ANEXO L - Instrumentais Odontológicos 154

000443



000444

APRESENTAÇÃO

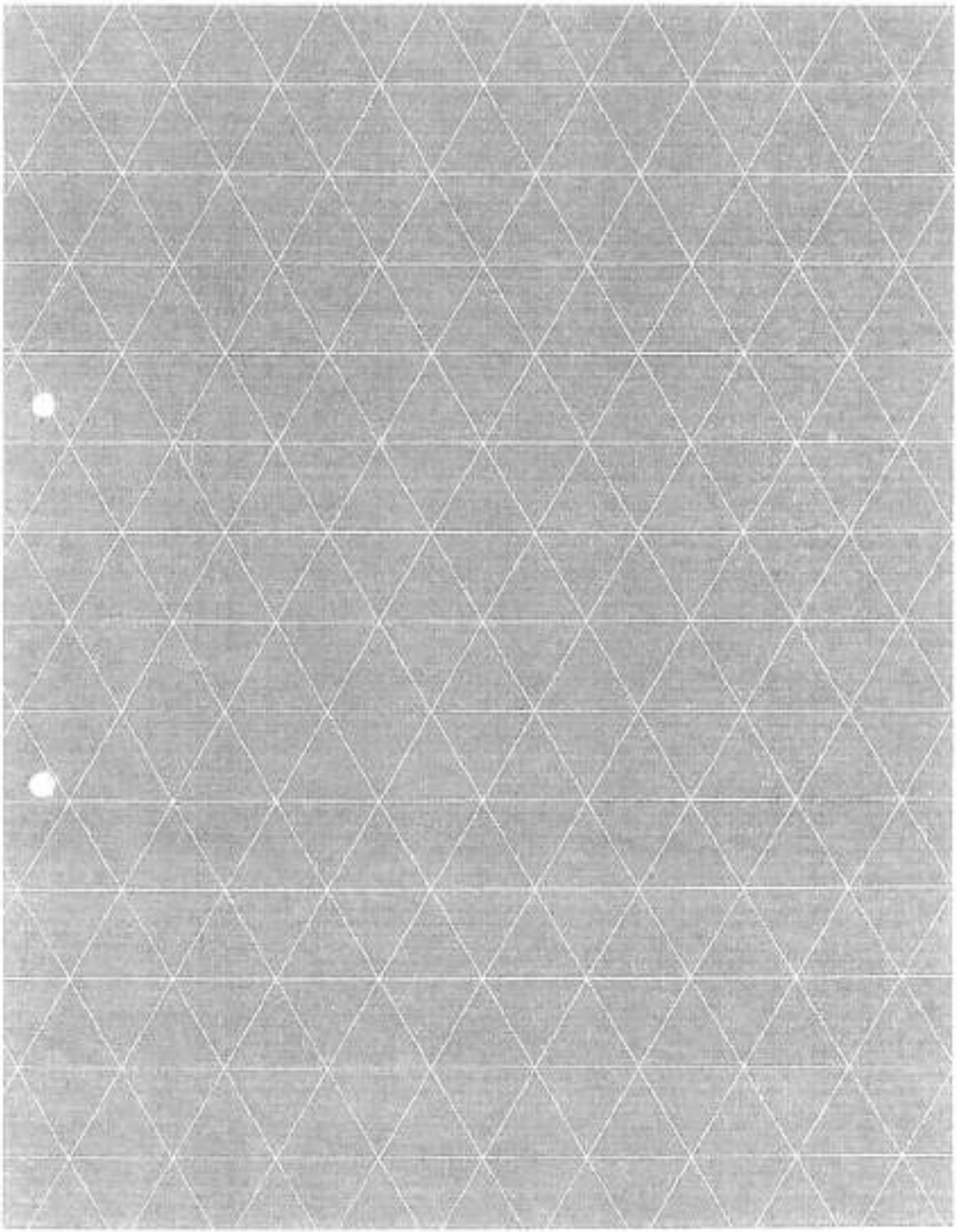
O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde à sociedade brasileira e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos diversos contextos existentes no País.

O presente instrumento é composto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) para cuidar da população no ambiente em que vive, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) como uma das estratégias indutoras de qualidade pelo Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS.

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta a terceira versão do documento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Amaq), reafirmando seu compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços de Atenção Básica em todo o País.

9

0004457



000446

1 AVALIAÇÃO

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização, ou interna, se realizada pela própria organização (HARTZ et al., 2008).

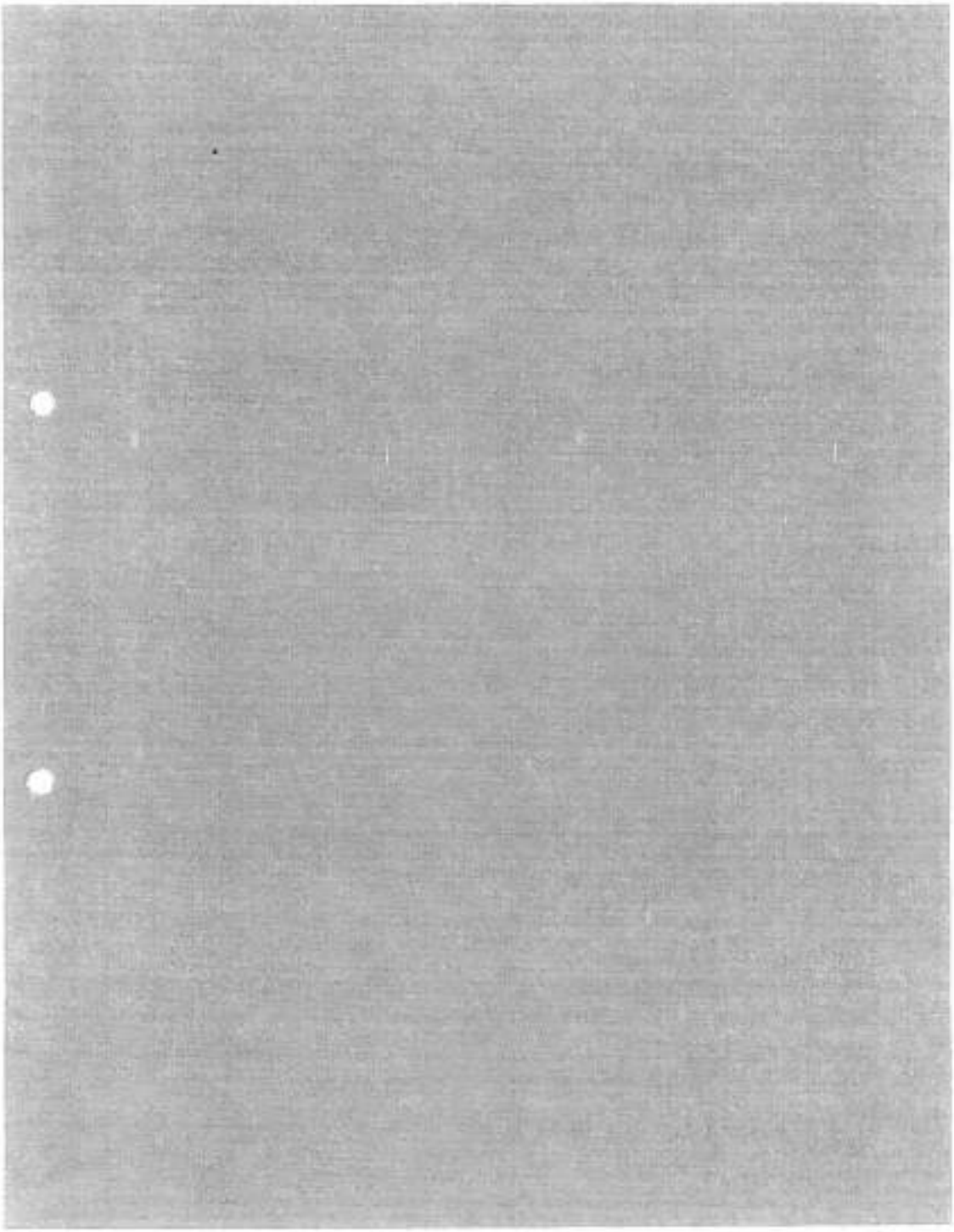
Avaliar é uma prática tão velha quanto à própria humanidade. Infelizmente, ela está frequentemente associada a uma ideia negativa dos avaliados, isto é, a uma percepção de que a avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados. Também é muito comum encontrar uma concepção pré-formada de que seja um conjunto de saberes tão complexos que apenas especialistas ou professores universitários são capazes de compreendê-los e aplicá-los.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) procura contribuir para a superação dessas concepções. Para tanto, situa a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS.

A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do Pmaq, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de Atenção à Saúde (eAS). Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços.

11

000447



000448

2 AUTOAVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O Pmaq tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. O programa está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB) que compõem um ciclo.

A primeira fase do Pmaq consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica (eABs) com os gestores municipais e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A adesão ao Pmaq e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e os gestores se sintam motivados e percebam-se essenciais para o seu êxito.

A segunda fase consiste na Certificação, que é composta por: 1- avaliação externa; 2- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados; e 3- verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim.

A terceira fase, Recontratualização, é constituída por um processo de recactuação das equipes de Atenção Básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do Pmaq-AB. Nesse momento, deve ser realizado um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e do gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. O Eixo é composto pelos seguintes elementos: Autoavaliação, Monitoramento dos Indicadores, Educação Permanente, Apoio

13

000449

Institucional e Cooperação Horizontal, que deverão ser estruturados de forma contínua e sistemática.

No âmbito do Pmaq, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com base na ferramenta Amaq composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações na Atenção Básica.

Considerando a complexidade e a relatividade inerente ao conceito de qualidade, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (UCHIMURA; BOSI, 2002), é desejável que o instrumento utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores –, entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS. Dessa forma, configurando-se como ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções fundamentadas na identificação de problemas.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, aspectos políticos etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento para construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados.

Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do Pmaq, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como momento de pouca relevância, tampouco como instante angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Ressalta-se que a utilização da Amaq não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de Atenção Básica definir qual(is) o(s) instrumento(s) ou a(s) ferramenta(s) que melhor se adequa(m) às suas necessidades e realidades.

Com o objetivo de indução à implementação de processos autoavaliativos na atenção básica, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada a suas autoavaliações e à Matriz de Intervenção no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB). Os gestores e equipes de AB que optarem pelo uso da Amaq terão disponível uma ferramenta on-line do próprio instrumento na página do Portal do Gestor da Atenção Básica; e os que optarem por outras ferramentas autoavaliativas deverão apresentar na Avaliação Externa o instrumento utilizado e a Matriz de Intervenção preenchidos. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados alcançados.

000450

O Pmaq não define periodicidade para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços. Dessa forma, recomenda-se para as equipes participantes do Pmaq que seja realizada autoavaliação, pelo menos, uma vez a cada ano.

2.1 Momentos Autoavaliativos

Os processos autoavaliativos na Atenção Básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como cultura internalizada de monitoramento e de avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de Atenção Básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, aos coordenadores e aos profissionais das equipes identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliarem as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas.

Para que esses processos autoavaliativos aconteçam, torna-se fundamental que sejam realizados entre pares coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a Atenção Básica e, diante dos resultados da autoavaliação, sejam identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

2.2 Momentos do Processo Autoavaliativo

Os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, com uso de abordagens libertadoras de criatividade, que considere a pluralidade dos atores presentes, promovendo espaço privilegiado para construção do pensamento. É nesse instante que os indivíduos produzem sentidos e significados com potencial de mobilização de iniciativas para o aprimoramento dos serviços.

Nesse sentido, a organização desses momentos deve contribuir com a indução de atitudes ativas dos atores envolvidos diante das questões colocadas, proporcionando aos participantes períodos adequados de reflexão, discussão sobre suas práticas e as possibilidades de mudanças.

- **Momento 1** - Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação de processos autoavaliativos no município aos gestores, coordenadores, equipes/profissionais do município, ressaltando a importância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e de satisfação do profissional com o trabalho.

15

00045

- **Momento II** – Sensibilização dos gestores, dos coordenadores e das equipes/profissionais da Atenção Básica para a escolha, a utilização de um instrumento orientador da autoavaliação e a importância do planejamento para implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis.
- **Momento III** – Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes/profissionais, comunidade, entre outros.
- **Momento IV** – Elaboração da matriz de intervenção e de construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para a melhoria da organização e para a qualidade dos serviços da Atenção Básica.
- **Momento V** – Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município.

2.3 Planejamento e Intervenção

Integra-se aos processos autoavaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados. O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o redirecionamento ou a manutenção das ações.

Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes/profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais. Favorecem também a maior comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões e construção de consciência coletiva e responsabilização dos envolvidos (MATUS, 2000).

Nesse sentido, sugere-se que, inicialmente, esse planejamento contemple os problemas elencados como os mais importantes para o grupo. Já as prioridades de ações de intervenção a serem implementadas levam também em consideração seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como suas capacidades e desejo de mudança.

Alguns passos para o planejamento das intervenções:

- Elencar os principais problemas identificados pelos atores na autoavaliação.
- Escolher os problemas prioritários a serem enfrentados.
- Refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos.
- Buscar estratégias de intervenção para a superação dos problemas prioritários.
- Traçar plano de ação com uso de matriz de intervenção, identificando responsáveis e prazos de execução.

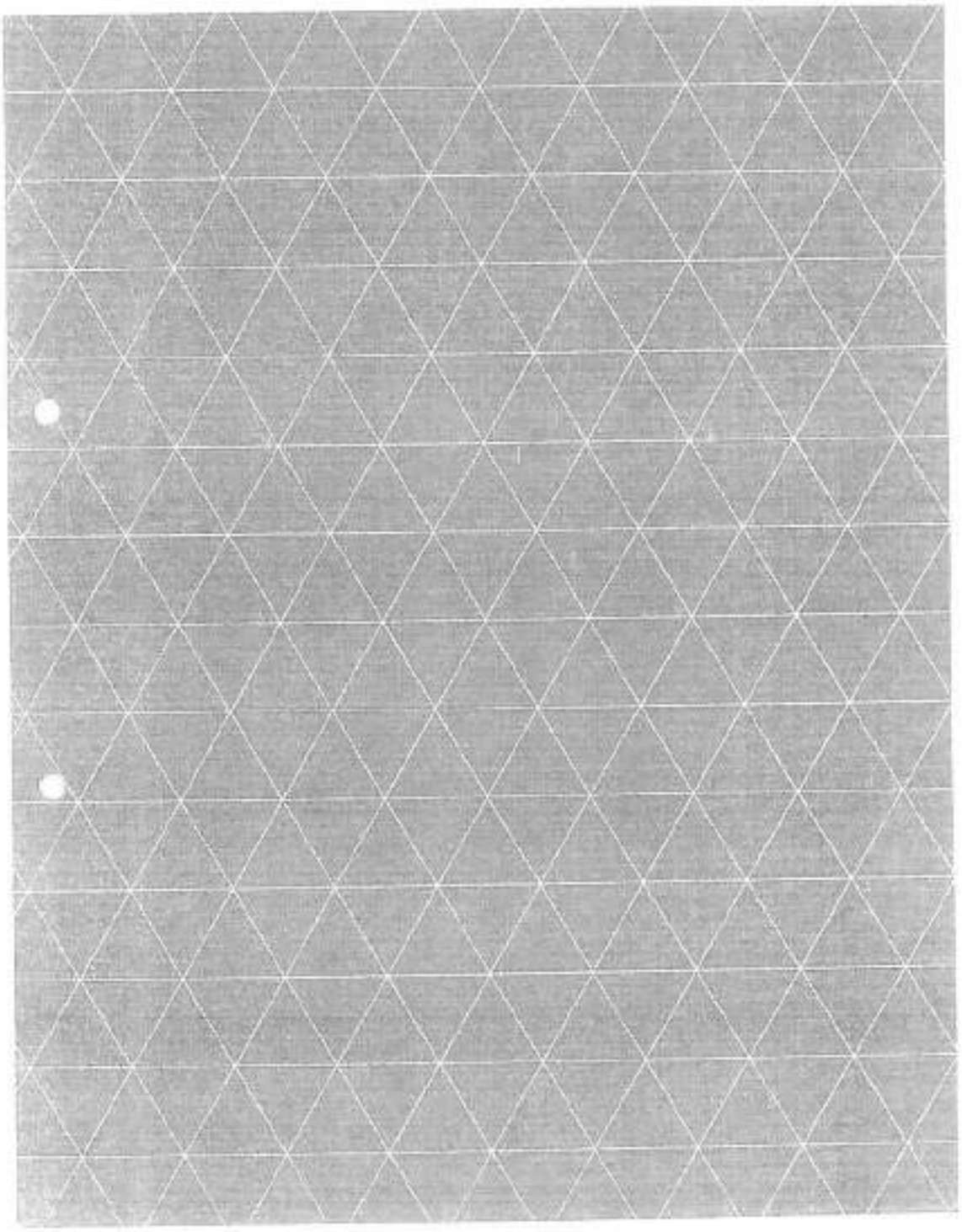
000452

- Avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outras.
- Pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas.
- Definir as estratégias de monitoramento e de avaliação das ações a serem implantadas.

Vale ressaltar que o ato de planejar e a dinâmica da sua condução não se cristalizam em um plano. Os atores envolvidos nesse processo devem estar permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros), pois muitas vezes isso implica novas prioridades e negociações.

17

560453



000454

3 A FERRAMENTA – AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

A Amaq foi construída a partir de revisão e de adeptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality Book of Tools (PORTUGAL, 1999a; 1999b; LEVITT; HILTS, 2010; BRASIL, 2010a).

A elaboração do instrumento foi norteada pelos princípios e pelas diretrizes da Atenção Básica no Brasil, partindo do pressuposto de que todos os gestores municipais e as equipes de Atenção Básica possam utilizá-lo. Cumpre destacar que consideramos eAB as equipes de Saúde da Família e as equipes multiprofissionais orientadas por outros modelos que se organizam de acordo com os princípios e as diretrizes da Atenção Básica.

3.1 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica à Saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção de saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e nas necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, toda necessidade de saúde ou todo sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por

meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

A atenção básica tem como fundamentos e diretrizes:

- Ter território adscrito e responsabilidade sanitária sobre ele, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes de saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procurem os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer resposta positiva capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, a vinculação e a responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.
- Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de efetividade e de confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão

20

000456

necessárias a esses fins e a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde, na organização e na orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

3.2 Organização do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O instrumento está estruturado da seguinte forma: Parte I - equipe de Atenção Básica, com foco nas eABs; e Parte II - equipe de Saúde Bucal, com foco nas eSBs.

Os padrões do Amaq agrupam-se em duas unidades de análise que considera as competências da gestão e da equipe. O conjunto de padrões foi definido pela relação direta com as práticas e as competências dos atores envolvidos - gestão, coordenação e equipe de Atenção Básica.

Embora os dois componentes centrais estejam organizados de maneira equivalente, deve-se considerar que o componente gestão é corresponsável por parte das condições e das oportunidades que permitem o componente equipe acontecer. Porém, procurou-se no componente equipe dar destaque às questões que são de considerável autonomia desta. Ressalta-se, ainda, que os elementos da estrutura, embora possam e devam ser avaliados no âmbito do trabalho das equipes, são de maior responsabilidade dos gestores, devendo, portanto, ser objeto de autoanálise desse ator.

21

0509457

Parte I: equipe de Atenção Básica

São quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões e, estas, em padrões que abrangem o que o esperado em termos de qualidade para a atenção básica. As competências da gestão, da coordenação e das equipes de Atenção Básica na Amaq são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Estrutura do instrumento Amaq – AB: equipe de Atenção Básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da atenção básica no município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, controle social e satisfação do usuário
		N – Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa)

Fonte: DAB/SAS/MS.

Parte II: equipe de Saúde Bucal

São quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões e, estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica. As competências da gestão, da coordenação e das equipes de Atenção Básica na Amaq são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas no quadro a seguir.

22

09-0458

Quadro 2 - Estrutura do Instrumento Amaq - AB: Parte II - equipe de Saúde Bucal

Unidade da Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A - Implantação e implementação da saúde bucal na atenção básica no município
		B - Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal
		C - Gestão do trabalho
		D - Participação, controle social e satisfação do usuário
	Coordenação de Saúde Bucal	E - Apoio institucional
		F - Educação permanente
		G - Gestão do monitoramento e da avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Unidade Básica de Saúde/ Consultório Odontológico	H - Infraestrutura e equipamentos
		I - Insumos, instrumentais e medicamentos
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal	J - Educação permanente e qualificação das equipes de Saúde Bucal
		K - Organização do processo de trabalho
		L - Atenção integral à saúde bucal
		M - Participação, controle social e satisfação do usuário

Fonte: DAB/SAS/MS

3.3 Padrões de Qualidade

Conceitualmente, a qualidade será sempre construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos - os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, será constantemente grande desafio buscar aproximação do conceito de qualidade em relação à atenção básica, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os sujeitos implicados à sua construção (indivíduos, comunidades, grupos gestores, usuários e profissionais) (DONABEDIAN, 1985; ARCE, 1998).

No Amaq, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, os protocolos, os princípios e as diretrizes que organizam as ações e as práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores.

23

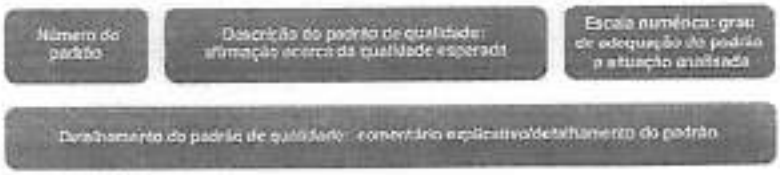
560459

O padrão é a declaração da qualidade esperada. O seu sentido é afirmativo ou positivo, expressando expectativas e desejos a serem alcançados. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo à transparência dos processos de gestão, à participação e controle social e à responsabilidade sanitária dos profissionais e dos gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e de satisfação dos usuários.

Os padrões possuem caráter incremental em si mesmo, cuja avaliação da situação analisada se dá por meio de escala numérica. Estão organizados de modo a possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, viabilizando a constituição de classificações gerais de qualidade.

A estrutura em que os padrões de qualidade estão organizados obedece ao formato apresentado na figura a seguir.

Figura 1 – Estrutura de organização dos padrões de qualidade



Fonte: DAB/SAS/MS

Exemplo

Quadro 3 – Relação de subdimensões e atribuição de pontos

4.14	A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração média de duas horas. Utiliza esse momento para discutir assuntos referentes a questões administrativas e funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), à organização do processo de trabalho, ao diagnóstico e monitoramento do território, ao planejamento das ações, à educação permanente, à avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, à discussão de casos, ao planejamento e à organização das visitas domiciliares, à avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, à discussão de casos pela equipe (evento-sentinela, casos complexos), à qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf, Centro de Atenção Psicossocial – Caps, Centro de Especialidades Odontológicas – Ceo, especialistas da rede e de vigilância), à construção, discussão de projeto terapêutico singular, ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize com o agente comunitário de saúde (ACS) o planejamento das ações no território.		

Fonte: DAB/SAS/MS

Os padrões de qualidade foram construídos considerando, ainda, as seguintes diretrizes:

I - Refletir os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - Refletir os objetivos centrais e as diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

III - Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de Atenção Básica, com vistas à promoção do acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

IV - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

É importante destacar que a Amaq não pretende esgotar todo o universo das práticas em atenção básica, entretanto, compõe-se de determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

3.4 Classificação dos Padrões de Qualidade

O método de análise adotado na Amaq permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre zero e dez pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois nela cada um é avaliado por si só. Essas escalas representam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões da maneira mais objetiva.

Considerando que o uso de terminologias comumente empregadas na construção de escalas pode influenciar a percepção do respondente, optou-se pela não classificação da escala presente nos padrões (SANTOS, 2006). Nesse sentido, ao utilizar o instrumento, o respondente deve considerar que o ponto zero indica o não cumprimento ao padrão, o ponto dez é a total adequação e os intervalos entre zero e dez são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada.

Muito insatisfatório _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Muito satisfatório
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25

500461

A utilização de escalas com muitas categorias é indicada em instrumentos cujos sujeitos que farão uso tenham algum grau de apropriação sobre os temas abordados. Outro aspecto que vale ressaltar sobre o uso dessas escalas é a possibilidade de se obter coeficientes de correlação mais fidedignos entre os padrões de qualidade, por ser esta uma escala de maior sensibilidade (MALHOTRA, 2002).

3.5 Classificação das Dimensões e Subdimensões

Ao final da avaliação, será possível conhecer a classificação do respondente para cada dimensão e subdimensão a partir de cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Essa categorização permite que as equipes identifiquem com maior facilidade os desafios ou os problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e da qualidade.

Cada subdimensão representa um conjunto de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo a estes atribuídos dez pontos. As tabelas 3 e 4, a seguir, descrevem as subdimensões para a Parte I e II do instrumento com seus respectivos números de padrões e a pontuação total atribuída.

Tabela 1 – Subdimensões por padrões de qualidade para a Parte I – equipe de Atenção Básica

Subdimensão	Números Padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A – Implantação e implementação de atenção básica no município	9	0	90
B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde	2	0	20
C – Gestão do trabalho	4	0	40
D – Participação, controle social e satisfação do usuário	4	0	40
E – Apoio institucional	2	0	20
F – Educação permanente	6	0	60
G – Monitoramento e avaliação	4	0	40
H – Infraestrutura e equipamentos	8	0	80
I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos	8	0	80
J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica	3	0	30
K – Organização do processo de trabalho	14	0	140
L – Atenção integral à saúde	35	0	350
M – Participação, controle social e satisfação do usuário	4	0	40
N – Programa Saúde na Escola	6	0	60

Fonte: DAB/SAS/MS.

560462

Tabela 2 – Subdimensões por padrões de qualidade para a Parte II – equipe de Saúde Bucal

Subdimensão	Números Padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A – Implantação e implementação da saúde bucal na atenção básica no município	9	0	90
B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal	4	0	40
C – Gestão do trabalho	4	0	40
D – Participação, controle social e satisfação do usuário	2	0	20
E – Apoio institucional	2	0	20
F – Educação permanente	6	0	60
G – Gestão do monitoramento e da avaliação	4	0	40
H – Infraestrutura e equipamentos	6	0	60
I – Insumos, instrumentais e medicamentos	6	0	60
J – Perfil da equipe de Saúde Bucal	3	0	30
K – Organização do processo de trabalho	13	0	130
L – Atenção integral à saúde bucal	6	0	60
M – Participação, controle social e satisfação do usuário	3	0	30
N – Programa Saúde na Escola	5	0	50

Fonte: DAB/SAS/MS

A classificação da subdimensão quanto ao seu nível de qualidade é feita por meio do cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala definida. A escala utilizada distribui, de maneira percentual, os pontos das subdimensões em cinco categorias.

Tabela 3 – Percentual das subdimensões em categorias

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Fonte: DAB/SAS/MS

27

500463

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exemplo:

A subdimensão de educação permanente possui seis padrões, totalizando 60 pontos possíveis de serem alcançados. Durante a autoavaliação, o gestor da Atenção Básica obtém resultado igual a 30 pontos, o que representa 50% classificando o desempenho como regular na subdimensão analisada.

Tabela 4 – Exemplo de classificação de subdimensão: educação permanente

Subdimensão F: Educação Permanente – 60 pontos							
Numerais padrões	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Fonte: BRASIL, 2014.

A classificação da dimensão consiste na média das avaliações de suas subdimensões resultando em pontuação que varia entre 1 a 5. A média dos pontos obtidos a partir da classificação das subdimensões que compõe uma dimensão resulta em um valor que será aplicado em escala categórica.

Exemplo:

Tabela 5 – Exemplo de classificação de dimensão: gestão da Atenção Básica

Subdimensões / Pontos	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E – Apoio institucional		x			
F – Educação permanente			x		
G – Gestão do monitoramento e da avaliação				x	
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 3)

* Média dos pontos (soma dos pontos / 3) = (2+3+4) / (3) = 9 / 3 = 3

0609464

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

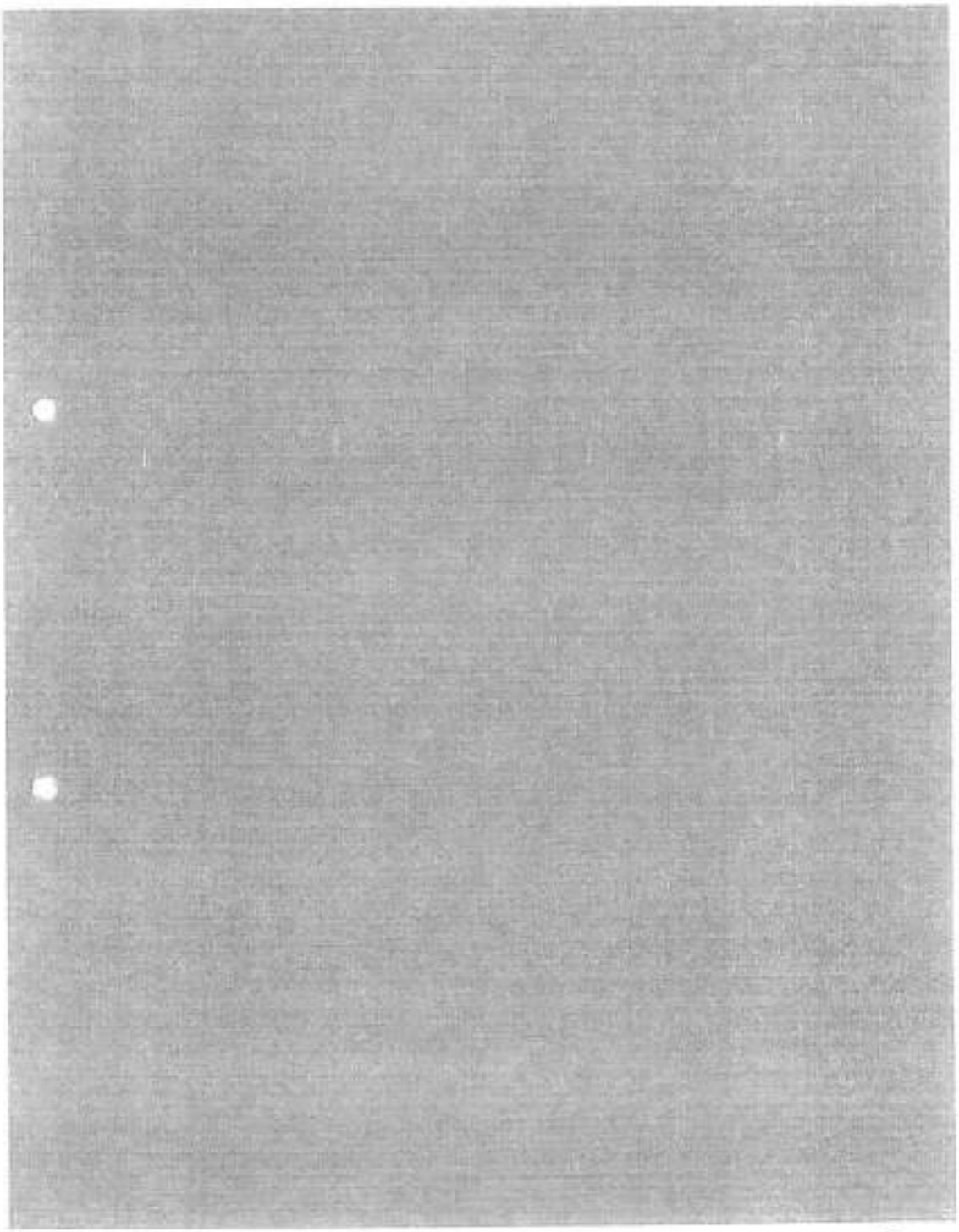
Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

Fonte: DAB/SAS/MS

Cumpre destacar que o método apresentado não induz juízo de valor entre as subdimensões, pois, no momento de classificar a dimensão, usamos média ponderada das subdimensões. Ressalta-se ainda que esse método de classificação não coincidirá com aquele que será empregado na fase de avaliação externa do Pmaq.

29

000465



000466

Parte I – Equipe de Atenção Básica

000467

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

A – SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
A implantação e a implementação da atenção básica como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município são fundamentais para a consolidação e o aprimoramento do SUS. Possibilitam a ampliação do acesso e a coordenação do cuidado dos usuários. Essa subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implantação e implementação da atenção básica no município.

1.1	A Atenção Básica é porta preferencial de entrada do usuário orientando a Rede de Atenção à Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A AB do município é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. O município possui ampla cobertura de AB com ofertas de serviços que atendem às necessidades dos usuários e possuem ferramentas de comunicação e de integração dos pontos de atenção, tais como: sistema de informação, regulação, prontuário eletrônico, plano municipal de saúde, entre outras.		

1.2	A gestão municipal tem as diretrizes da atenção básica como orientadora das práticas em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal orienta-se por meio das diretrizes da AB. O município utiliza-se da acessibilidade e do acolhimento (porta de entrada preferencial e porta aberta); da territorialização e da responsabilização sanitária; do vínculo e da adscrição de clientela; do cuidado longitudinal; da coordenação do cuidado e do trabalho em equipe multiprofissional.		

1.3	A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação de Unidades Básicas de Saúde considerando critérios de equidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal considera critérios de risco e vulnerabilidade para a implantação das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários dos serviços de AB, evitando os "vazios assistenciais". As estratégias utilizadas pela gestão contemplam a territorialização das unidades, a disponibilização e a distribuição adequada de profissionais, o cadastramento e adscrição da população por equipe, redução das distâncias geográficas entre UBS e população e, considerando as necessidades de grupos/comunidades específicas, de acordo com os parâmetros preconizados e populações consideradas pela PNAB.		

1.4	A gestão municipal de saúde garante a manutenção e o abastecimento das Unidades Básicas de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal realiza a manutenção periódica da estrutura física da Unidade Básica de Saúde. Planeja as compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente, de forma a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques e a manutenção dos equipamentos, visando à sua adequação e suficiência, em tempo oportuno, para garantir a qualidade dos serviços.		

32

000466

1.6	**A gestão municipal de saúde realiza sistematicamente a análise e o acompanhamento da situação de saúde como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal realiza planejamento participativo e ascendente e utiliza para tomada da decisão: a) Análise e acompanhamento de indicadores de saúde; b) Pactuações interfederativas; c) Sistemas de informação; d) Resultados de avaliação já realizada, por exemplo, a avaliação do Pmaq; e outras ferramentas de gestão, como recursos para orientar mudanças na organização e no funcionamento dos serviços de AB.		

1.8	**A gestão municipal de saúde desenvolve ações intersetoriais para promover a qualidade de vida da população.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal articula e integra agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença, garantindo ações/estratégias/ projetos que envolvam os vários setores governamentais (educação, desenvolvimento social, trabalho e emprego, habitação, transporte, cultura e outros) e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) no município.		

1.7	**A gestão municipal de saúde legitima, fortalece e qualifica a coordenação da Atenção Básica.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há um profissional ou equipe multiprofissional, designado(s) para a função de coordenação da AB, estando formalizada por lei, portaria ou ato interno e representada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os técnicos envolvidos com a coordenação possuem formação com pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família ou Administração e Gestão. A coordenação é responsável pela gestão do serviço de AB: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, equipe de AB, equipe de Saúde Bucal, Consultório na Rua, Academia da Saúde, equipe de saúde para população ribeirinha, fluvial, entre outros.		

1.11	**A gestão municipal de saúde constitui (garante) equipe de apoio institucional ou similar como dispositivo de gestão vinculado à coordenação da Atenção Básica.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante apoiadores institucionais (equipe com composição interdisciplinar) que realizem encontros regulares com as equipes de AB, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações desenvolvidas e processos de trabalho. Esse apoio auxilia as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e de tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador, responsável pela articulação de saberes e práticas.		

33

930469

1.9	A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído para a atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal garante espaço no processo de trabalho dos profissionais da AB para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal é construído com a participação dos profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem deles. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela SMS ou em parceria com os profissionais da rede de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, outros municípios, instituições de ensino etc. O município tem um núcleo de educação permanente desenvolvido na sua organização, e a AB está incluída nesse núcleo.

B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia que vai ao cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se por ações e serviços de saúde articulados de forma complementar e com base territorial, seguindo alguns atributos: a AB estruturada como porta de entrada "preferencial" do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando o cuidado e articulando-se com outros pontos de atenção.

1.10	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, assegurando profissionais e serviços em seu território ou região de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

As ações e os serviços de saúde são ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando a gravidade do risco individual e coletivo. A gestão municipal elabora e organiza fluxos para os usuários entre os diversos pontos de atenção da RAS e constitui canais de comunicação entre os profissionais da rede, garantindo a referência e a contrarreferência em tempo oportuno. Organiza a AB como responsável pela coordenação do cuidado dos usuários em qualquer ponto da RAS com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado integral. Apoia as equipes na utilização de ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.

1.11	A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Com o objetivo de tornar os serviços mais resolutivos, alguns instrumentos de integração dos serviços podem ser utilizados: a) Protocolos clínicos contemplando classificação de risco, critérios e fluxos de encaminhamentos. b) Central de regulação responsável pela marcação de consultas, exames especializados, controle de leitos, internações e urgência e emergência, a partir de sistema on-line ou outro mecanismo de classificação de risco e de vulnerabilidade. c) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada. d) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde. Em municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada entre municípios vizinhos. O gestor realiza estudos periódicos sobre a oferta de exames e consultas especializados a partir das necessidades identificadas pelas equipes nos territórios e busca um dimensionamento adequado dessa oferta para as equipes.

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

C - SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO TRABALHO

A gestão do trabalho no âmbito da AB trata de questões relacionadas à força de trabalho, assegurando o desenvolvimento do trabalhador e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão abordadas aqui as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde com vistas a qualificação do vínculo de trabalho na AB; a implantação/implementação de programas de incentivos e premiação às equipes seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários. Desenvolve ações de acordo com a política nacional de saúde do trabalhador.

1.12	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias que garantem os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal provê vínculo de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais de AB. Realiza concurso ou seleção pública para o provimento dos cargos ou empregos.

1.13	A gestão municipal remunera e premia os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro, gratificação e/ou premiação para as equipes de AB, reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas, processos implantados e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade, o município disponibiliza incentivo financeiro diferenciado para as equipes de AB.

1.14	A gestão municipal garante aos trabalhadores da Atenção Básica plano de carreira.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal garante carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores de AB em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.

1.15	A gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico e as situações de risco, e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos e readaptação de função.

35

000471

D – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, na implementação e na avaliação das políticas de saúde e ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios de integralidade

1.16	**A gestão municipal de saúde apoia o funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde (CMS).**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal apoia o funcionamento do CMS no sentido de garantir espaço físico e equipamentos para seu funcionamento, assegura o exercício das suas funções e responsabilidades, respaldando as suas decisões e deliberações. Reconhecendo como importante espaço social de discussões e expressão da cidadania, além de potencializar seu papel de mediador das demandas sociais com o governo. Apoia as conferências municipais/distritais/locais de saúde por compreendê-las como conquistas fundamentais para a democratização das políticas de saúde no nível local.		

1.17	**A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da Atenção Básica.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário (por exemplo: formulário, caixa de sugestões) em relação: ao acesso, ao acolhimento, à qualidade do atendimento, ao tempo de espera para ser atendido, ao encaminhamento para os serviços de referência, ao acompanhamento do usuário na rede de serviços, à qualidade do vínculo e do atendimento, ao comportamento do profissional, às ofertas de serviços da equipe entre outros. Além disso, a gestão promove discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como representadoras dos processos de trabalho.		

1.18	**A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria, redes sociais, sites, blog, correio eletrônico, livro de registros etc.) aos usuários da AB para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.		

1.19	**A gestão municipal de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal estimula e apoia a formação de conselhos locais de saúde estruturados e vinculados às Unidades Básicas de Saúde, com a participação de profissionais das equipes, de usuários e representantes da comunidade e de organizações da sociedade; estimula também a formação de outros espaços de participação social, além de reuniões periódicas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, com a participação dos usuários do serviço.		

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

F - SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL

O apoio institucional busca ajudar as equipes a analisarem seu próprio trabalho e a construírem intervenções. Para isso, ajuda as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos e auxilia na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para a melhoria do trabalho. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho e sempre que necessário busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

2.1	A gestão da Atenção Básica estabelece relação democrática e dialógica com as equipes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB estabelece mecanismos de gestão participativa com as equipes de saúde, estimula a criação e o funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Essa relação atende às realidades e às singularidades de cada território e unidade de saúde, por meio de planejamento, de pactuação, de avaliação constante e de ações de educação permanente.

2.2	A gestão da AB oferta apoio institucional ou similar para as equipes da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB esta organizada com apoiadores de referência para as equipes de atenção à saúde. O processo de trabalho do apoiador institucional esta orientado e organizado para promover ações de qualificação da AB no município, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do numero de equipes por apoiador. Realiza-se: a) Discussão e montagem das agendas das equipes em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; b) Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; c) Suporte à elaboração de projetos terapêuticos singulares e implantação de dispositivos de gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; d) Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; e) Facilitação de processos locais de planejamento; f) Mediação de conflitos, a fim de conformar projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; g) Articulação de ações de apoio matricial com os Nasfs e outros serviços de rede.

37

030473

1 - SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE
Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e dos desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, reações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativo ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os processos de educação são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e o contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.		

2.4	A gestão da Atenção Básica utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão da AB utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes em aspectos que elas julgam necessário, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial na gestão da AB: atuação da coordenação de AB nas equipes a fim de apoiar o desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com expertise na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe da gestão em conjunto com as equipes de AB. Essa dimensão gerencial e pedagógica da intervenção nos serviços resulta na qualificação dos processos de trabalho e dos trabalhadores.		

2.5	A gestão da Atenção Básica dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação disponibiliza de mecanismos presenciais e/ou virtuais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sites virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favoracem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.		

2.6	A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB garante a realização de reuniões de equipe de AB. Nesses momentos, são discutidos temas referentes à organização do processo de trabalho, ao planejamento, ao monitoramento e à análise dos indicadores e informações de saúde, à construção de projetos terapêuticos singulares, à avaliação das ações, à educação permanente, e integração e à troca de conhecimentos entre os profissionais. Há participação dos apoiadores institucionais e matriciais na AB por meio de discussão durante as reuniões, e eles têm periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.

2.7	A gestão da Atenção Básica faz articulações de forma a propiciar que as unidades de atenção básica sejam espaços de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB estimula processos de formação e produção de conhecimento nas UBS tais como: pesquisas, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. São exemplos os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, das especializações, de residências multiprofissionais etc. A gestão oferece cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoria/tutoria.

2.8	A gestão da Atenção Básica viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB incentiva e viabiliza a participação dos profissionais da gestão e das equipes da AB em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por instituições de ensino superior, escolas de saúde pública, Escola Técnica do SUS e/ou centros formadores. Responsabiliza-se por articular a formulação, a execução e a implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levam em consideração as necessidades e as dificuldades identificadas, a relevância do tema, o interesse do profissional, o tempo de serviço, o desempenho, a dedicação, entre outros.

G – SUBDIMENSÃO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - MoA

A incorporação do monitoramento e avaliação (MoA) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira, propiciando intervenções pontuais para correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre a situação analisada, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas, é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem da informação para a ação, incorporando-as no conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de AB.

39

000475

2.9	A gestão da Atenção Básica organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados à medida que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias. É parte integrante do planejamento no âmbito da AB, traduzindo os resultados a serem alcançados sob a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas: a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; b) Definição de indicadores/ marcadores que refletem as prioridades; c) Definição de responsáveis; d) Periodicidade do acompanhamento; e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; f) Mecanismos de divulgação de resultados; g) Discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde. As áreas técnicas que desenvolvem ações de AB – por exemplo, Saúde Bucal, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Práticas Integrativas e Complementares, Alimentação e Nutrição – são envolvidas e integradas nesse processo.

2.10	A gestão da Atenção Básica utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão da AB faz avaliação dos projetos prioritários, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. A gestão da AB utiliza os resultados de avaliações para adoção de estratégias que qualificuem as ações de AB, tais como: avaliação externa do Pmaq, suplementos da Pnad sobre panorama de saúde, segurança alimentar, entre outras. Promove ou participa de avaliações, no contexto da AB, realizadas por atores externos à gestão municipal.

2.11	A gestão da Atenção Básica promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal debate e decide com os profissionais das equipes de AB as informações/ indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal e (Coap, Pmaq, PSE, entre outros). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos/ oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.

2.12	A gestão da Atenção Básica adota estratégias que fortalecem a alimentação e o uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações nas UBS. Possui estratégias para a informatização e a conectividade das UBS, garantindo computadores nos consultórios, sala de procedimentos, sala de vacina, sala de curativo, recepção e outros ambientes identificados como necessários. Promove aperfeiçoamento dos profissionais para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde dos usuários e tomar decisões que visem ao aprimoramento dos serviços com base nesses dados. A gestão implantou o Cartão Nacional do SUS para todos os usuários.

40

000476

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

II – SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS		
Esta subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na AB. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e de materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.		
3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui características estruturais e de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas) de acordo com a regulamentação preconizada, além de apresentar equipamentos e materiais essenciais. Verificar Anexo A.		
3.2	A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS disponibiliza consultórios com espaços destinados ao atendimento individual em número suficiente para garantir o atendimento concomitante de médico e de enfermeiro de equipe, sem interrupção, em qualquer período de funcionamento da unidade, garantindo a privacidade dos usuários. Estes deverão ser compartilhados com os demais profissionais da unidade, obedecendo à programação e a cronogramas previamente estabelecidos na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Verificar Anexo A.		
3.3	A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão realiza o planejamento e a execução dos serviços de manutenção, garantindo o bom funcionamento das instalações físicas, dos equipamentos e instrumentais da UBS.		
3.4	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à Internet para os profissionais desempenharem suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet, possibilitando a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde, além de facilitar os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes. Viabiliza a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, para troca de experiências, integração entre os serviços e aumento da resolubilidade da AB. Verificar Anexo A.		

41

000477

3.5	A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e dos equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais e de equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do território (conforme o Anexo B), além de realizar a conferência e a manutenção periódica destes materiais e equipamentos, garantindo a condição de uso.		

3.6	O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão disponibiliza às equipes veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e ao cronograma de cada uma delas.		

3.7	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. Isso significa ampliação do acesso e da equidade e maior qualificação da atenção prestada. As estruturas físicas estão de acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR 9.050/2004. Verificar Anexo C.		

3.8	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há totem e placas de identificação visual externa e interna (entrada da UBS, recepção, placa com relação dos serviços ofertados, consultórios, sala de coleta, nebulização, vacina, sala de procedimentos, sala de curativos, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários, sanitários, áreas para pessoas com cadeira de rodas, equipamentos específicos para pessoas com deficiência, consultórios odontológicos, escovário, sala de dispensação de medicamentos, central de material e esterilização, salas de reunião, auditório etc.). Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviços de AB integrante do Sistema Único de Saúde; placa Saúde Mais Perto de Você (placa que identifica que a UBS participa do PMAQ); horário de funcionamento; escala dos profissionais; uso de crachá de identificação; listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da Ouvidoria. A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de modo acessível às pessoas com deficiência (acessibilidade comunicacional). Apresenta piso tátil para o deslocamento e utiliza símbolos internacionais para pessoas com deficiência. A identificação visual facilita o acesso dos usuários ao serviço, bem como a sua movimentação dentro da UBS.		

42

009476

4 – SUBDIMENSÃO INSUMOS, IMUNOBIOLÓGICOS E MEDICAMENTOS

Esta subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e dos medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

3.9	**A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A UBS dispõe de insumos em quantidades suficientes para a atenção aos usuários e para as atividades educativas destinadas à população. Utilizar como referência a lista do Anexo D.

3.10	**A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS).**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Os materiais e insumos básicos para o processo de trabalho do ACS estão garantidos. Verificar Anexo E.

3.11	**A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O calendário de vacinação é definido pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde e pelo calendário estadual. A UBS organiza e estrutura meios para facilitar o acesso às vacinas básicas e aumentar a cobertura vacinal no território. Estão garantidos os seguintes imunobiológicos: BCG, hepatite B, tetravalente/pentavalente, poliomielite/Sabin, rotavírus, pneumocócica 23-valente, pneumocócica 10 e meningocócica C, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, varicela, influenza sazonal.

3.12	**A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A UBS possui materiais impressos em quantidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos de continuidade e da qualidade do atendimento prestado. Verificar Anexo F.

3.13	**A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e de medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.**	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Os insumos e os medicamentos indispensáveis ao primeiro atendimento de urgência e emergência ao usuário, para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção caso seja necessário, estão garantidos na UBS. Verificar Anexo G.

43

000478

3.14	A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante a disponibilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para o trabalhador com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde. A UBS garante a disponibilização de EPI, tais como: óculos protetores de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas de borracha cano longo, máscaras, capotes, aventais impermeáveis, gorros, botas ou sapatos fechados impermeáveis. Verificar Anexo D.		

3.15	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão abastece as unidades com quantidade suficiente de medicamentos para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual destes não comprometa a resolubilidade dos tratamentos. Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. Ver Anexo H.		

3.16	A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/ insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão faz programação adequada para a manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema para otimizar recursos financeiros e garantir a continuidade das ações em saúde. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle do estoque, a distribuição e a dispensação de insumos, materiais, medicamentos e imunobiológicos na UBS. As condições de armazenamento estão adequadas, garantindo a conservação dos medicamentos e dos imunobiológicos.		

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

I - SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Os processos de reorganização da AB vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de AB está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, às vivências e às práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizem o profissional.

4.1	Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Os profissionais de nível superior e médio da equipe têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções de equipe. São exemplos de formação complementar, especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, residência em Medicina de Família e Comunidade, curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, entre outros.

4.2	A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação que são disponibilizados considerando suas necessidades e dificuldades identificadas por ela. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e de ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e de competências que visem à qualificação na AB.

45

000481

4.I	As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As equipes participam de atividades de educação e apoio matricial a distância como: participação dos trabalhadores em cursos de Educação a Distância (EAD) (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras. As atividades de educação e apoio matricial a distância podem, além de aumentar a resolubilidade clínica dos profissionais da AB, possibilitar a abertura de um canal de diálogo dos profissionais da AB com outros profissionais e serviços.		

K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do trabalho na Atenção Básica consiste na estruturação dos processos de trabalho de equipe que realiza o cuidado envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

4.II	A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e responsabiliza-se pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes e, para isso, o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.		

4.5	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica - com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos -, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e de famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes, identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e as instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e de integração de saberes popular e técnico-científico, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.

4.6	A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante também para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple estas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento às urgências), e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.

4.7	A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe elabora, acompanha, gera e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento das intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.

4.8	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários de seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe consegue acompanhar os casos dos usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços. Consegue definir quais usuários são prioritários para encaminhamento e isso efetivamente determina a ordem de atendimento. Ela consegue ter informações sobre o que foi proposto de tratamento (ou plano de cuidado etc.) a esse usuário dialogando ou trocando informações com o profissional que o atendeu nesse outro ponto de atenção. Utiliza no seu cotidiano para fazer a gestão do cuidado ferramentas como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.

47

500483

4.9	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mantém registro das referências, das contrarreferências e das solicitações de exames de todos os usuários. As informações registradas em instrumentos além dos prontuários e o monitoramento dos fluxos - casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e de retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.		

4.10	A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). Auxiliam também na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, Fundamental Interpersonal Relations Orientation (FIRO), Problem, Roles and Structure, Affect, Communication, Time in Life Cycle, Illness in Family, Coping with Stress, Ecology (PRACTICE), visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitam a organização do território) e outros.		

4.11	A equipe de Atenção Básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Dessa forma, o desenvolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana, período noturno etc.).		

4.12	A equipe de Atenção Básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A visita domiciliar é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Compete ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade, conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes, identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS, estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientações sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas, orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado, registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.		

48

509484

4.13	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante o acesso e a resolubilidade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.		

4.14	A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada (se houver necessidade), ampliando, assim, a resolubilidade da AB e fortalecendo o vínculo equipe-comunidade.		

4.15	A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza reuniões periódicas (semanais ou quinzenais), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir temas referentes a questões administrativas e funcionamento da UBS, à organização do processo de trabalho, ao diagnóstico e monitoramento do território, ao planejamento das ações, à educação permanente, à avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, à discussão de casos, ao planejamento e organização das visitas domiciliares, à avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, à discussão de casos pela equipe (eventos-sentinelas, casos complexos), a qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (Nasf, Caps, CEO, especialistas da rede e da vigilância), a construção/discussão de projeto terapêutico singular, ao monitoramento e análise dos indicadores e a informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize com o ACS o planejamento das ações no território.		

4.16	A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.		

49

90485

4.17	A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a readequação de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.		

I - SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programada quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos e idosos), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Compreende uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.

4.18	A equipe da Atenção Básica acompanha o crescimento e o desenvolvimento das crianças menores de 2 anos da sua área de abrangência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza, durante o 1º ano de vida da criança, no mínimo sete consultas de acompanhamento, sendo três com o médico e quatro de enfermagem. Estas consultas acontecem na 1ª semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. Além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º), com avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança e ações de promoção, com busca ativa (faltosos, prematuros, baixo peso ao nascer). E, no mínimo, uma consulta odontológica no 1º ano de vida da criança (quando se inicia a erupção da dentição decídua) e outra no 2º ano de vida da criança (quando geralmente se completa a erupção da dentição decídua). A atenção integral à saúde da criança envolve avaliação e registro do estado de saúde na caderneta de saúde, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação, incorporando avaliação do peso, comprimento/altura, desenvolvimento, intercorrências e estado nutricional, bem como realiza atualização do calendário vacinal, suplementação profilática e controle de carências nutricionais como a anemia ferropriva e a deficiência de vitamina A e orienta mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). A equipe avalia ou encaminha, em tempo oportuno, a realização dos testes de triagem neonatal: teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho. A equipe identifica as crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa. O acompanhamento de criança visa a estreitar e manter o vínculo dela e da família com a UBS, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, a prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.		

50

000486

4.19	A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até 9 anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe possui registro das crianças até 9 anos (puericultura), realiza avaliação e classificação de sinais de risco e tratamento oportuno a partir de definição de prioridades de atendimento e acompanhamento. O acompanhamento do crescimento, do desenvolvimento e de imunização ocorre por meio de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, visitas domiciliares, orientações sobre promoção do desenvolvimento infantil e prevenção e controle de carências nutricionais com suplementação profilática de vitamina A para menores de 5 anos, além de grupos operativos com famílias, com o registro no cartão ou caderneta de saúde da criança. A equipe identifica, notifica e acompanha casos de violência a criança. É preconizada a realização de consultas anuais próximas ao mês de aniversário da criança a partir dos 2 anos de idade até os 9 anos.

4.20	A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os 2 anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 primeiros meses de vida da criança e continuado até os 2 anos ou mais, oriunda a introdução dos alimentos às crianças maiores de 6 meses, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar. Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família para abordar esse tema. Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno e à alimentação, baseando-se em instrumentos da organização do cuidado à saúde da criança (Puericultura, mapa, protocolo ou linha de cuidado). Realiza ações de avaliação, monitoramento, de vigilância alimentar e nutricional e cumpre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). A equipe conhece e utiliza os dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos.

4.21	A equipe de Atenção Básica realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe desenvolve ações para detecção e vinculação precoce das gestantes do território, em especial as adolescentes gestantes, garantido bom acompanhamento do pré-natal com consultas em número suficiente e qualidade satisfatória, de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade. Faz a vinculação à maternidade de referência. Identifica as gestantes entre 14 e 44 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e orienta sobre o novo Benefício Variável à Gestante (BVG) do programa. A equipe estima o número de gestantes do território, cadastra e faz o acompanhamento em domicílio, considerando todas, inclusive aquelas cobertas por planos privados de saúde.
Registre o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação.

51

500487

4.23	A equipe acompanha todas as gestantes do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza sete ou mais consultas de pré-natal (consultas alternadas entre médico e enfermeiro): mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo. Solicita e avalia os exames complementares recomendados, diagnóstico e tratamento de DST, realiza imunização antitetânica e para hepatite B (quando indicado). Nas consultas, avalia risco e vulnerabilidade, situação nutricional, mensuração da pressão arterial e da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal (após o quarto mês). Atende às intercorrências e urgências na gestação. Realiza atividades educativas mensais, abordando temas relativos à gravidez, ao parto e ao puerpério, reforçando a maternidade de referência, o direito ao acompanhante na hora do parto e o direito aos benefícios, como o Benefício Variável Gestante (BVG) (PBF). Estimula a participação do companheiro no pré-natal, no parto e no puerpério. Orienta quanto à prevenção e ao controle de carências nutricionais, como a anemia ferropriva. Mantém o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e de grupo de educação em saúde de todas as gestantes do território, inclusive as que optaram por realizar o pré-natal em outros serviços. Realiza ações de saúde bucal com, no mínimo, uma avaliação odontológica por trimestre de gestação. Registra o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação.

4.24	A equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza os testes rápidos ou sorologias para HIV e sífilis na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação. Solicita e avalia em tempo oportuno os seguintes exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh, teste de COOMBS (se indicado), hemoglobina, hematócrito, exame de glicose, teste de tolerância oral à glicose 75 g (se indicado), exame de urina (urina tipo I), urocultura com antibiograma, exame parasitológico de fezes, sorologias para hepatite B e toxoplasmose. Nos casos em que o resultado do teste de sífilis é positivo, realiza-se busca ativa da gestante e de suas parceiras sexuais para confirmação do diagnóstico e do tratamento imediato com penicilina, com acompanhamento, aconselhamento e notificação no sistema de informação.

4.25	A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O médico e/ou enfermeiro realiza o atendimento para a puérpera e o recém-nascido (em domicílio ou na própria UBS) na primeira semana após a alta. Nos casos de recém-nascidos de risco, o atendimento é feito nos primeiros três dias após a alta. São verificados o registro de nascimento, preenchimento do cartão ou caderneta de saúde da criança, as condições de alta da maternidade, a realização dos testes de triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho e orelhinha) e avaliação de saúde da puérpera (coloração das mucosas, presença de febre, volume, cor e odor dos lóquios e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco). Avalia-se o estado emocional da família, o vínculo com o bebê, orienta-se sobre aleitamento materno exclusivo até os 6 primeiros meses de vida, observando a sucção, o posicionamento da criança e pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, orienta e importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano. A equipe mantém o acompanhamento da puérpera e orientações sobre sexualidade e planejamento familiar, juntamente às consultas de puericultura, principalmente nos primeiros 42 dias pós-parto. No caso de gestantes beneficiárias no Programa Bolsa Família, a equipe orienta a necessidade da atualização do Cadastro Único para a inclusão de mais um membro na família na faixa etária até 6 meses, para a concessão do Benefício Variável Nutriz (BVN).

52

000486

4.25	A equipe da Atenção Básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza um conjunto de ações educativas, individuais e/ou coletivas, para homens e mulheres, em especial para os adolescentes, abordando a decisão de ter filhos ou não, no contexto de seus projetos de vida. Trata de questões a respeito da fertilidade; direitos sexuais e reprodutivos, respeitando os aspectos religiosos, culturais e a diversidade da população. Aborda a oferta, de forma facilitada, métodos contraceptivos básicos (camisinhas masculina e feminina, contraceptivos orais e injetáveis); dispositivo intrauterino (DIU); diafragma; realização de laqueadura de trompas e de vasectomia; anticoncepção de emergência.		

4.26	A equipe da Atenção Básica desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de citologia alterada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe realiza ações de prevenção, rastreio e controle do câncer de colo uterino e de mama, tais como orientação, sensibilização, realização de citologia de colo uterino e solicitação de mamografia nas faixas etárias recomendadas e com periodicidade definida nos protocolos clínicos. Faz monitoramento de todas as citologias coletadas e enviadas para análise e das mamografias solicitadas. Realiza busca ativa das usuárias com exames alterados e encaminhamento ou realização da intervenção indicada, observando o tempo máximo para início do tratamento previsto em legislação.		

4.27	A equipe de Atenção Básica realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB garante acesso a consultas e procedimentos a toda a população de seu território, de todas as faixas etárias e gêneros (como adolescentes, idosos, homens, mulheres). Considera o contexto social e familiar dos indivíduos. Realiza atendimentos odontológicos e ações de promoção e prevenção, além de reabilitação protética, quando indicados. Com relação a especificidades no atendimento à população, a equipe desenvolve, no atendimento à população masculina, ações de orientação e sensibilização para medidas de detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos, outros agravos do trato geniturinário, entre eles a disfunção erétil. Para o atendimento a adolescentes, a equipe pode e deve atender o(a) adolescente sem a presença de um responsável para acompanhamento ao serviço de saúde, se assim ele(a) desejar. Acompanha o crescimento e desenvolvimento por meio da identificação das variáveis puberais, fisiológicas normais e patológicas e de suas repercussões no indivíduo. Durante o atendimento de idosos, realiza intervenções para detecção precoce de deficiências auditivas, intelectuais, visuais, físicas; bem como das principais demências que incidem nessa população (Parkinson, Alzheimer etc.); identifica e capacita cuidadores que prestarão cuidados em domicílio, quando necessário. Para o atendimento às mulheres, a equipe está atenta às mudanças fisiológicas e psicológicas do climatério. A equipe de AB oferta ações de promoção à saúde e prevenção de agravos a todos esses públicos-alvo, articulando equipamentos comunitários e outros setores. Intervem nos fatores de vulnerabilidade relacionados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, às doenças crônicas e violências, apoiando e orientando as famílias. A equipe reconhece e respeita os direitos, os hábitos culturais, a orientação sexual, os costumes e a religião dos indivíduos que buscam o serviço.		

53

660489

4.28	A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB reconhece, identifica e mantem registro atualizado das pessoas com doenças crônicas mais prevalentes, por exemplo: hipertensão, diabetes, obesidade, asma, câncer e Dpoc. Analise periodicamente a população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco. Comemore em sua rotina de trabalho a identificação dessas condições por meio de rastreamento, avaliação de sinais e sintomas e avaliação antropométrica (Índice de Massa Corporal - IMC). Após a identificação, registra dados como data da última consulta, exames de acompanhamento e outras informações relevantes em sistemas de informação ou planilhas para acompanhamento das pessoas com doenças crônicas no território.		

4.29	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de atenção e cuida as pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, a adesão e a resposta ao tratamento, a presença de fatores de risco e outras doenças associadas, o suporte social e familiar e o grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais, nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas pela doença. A equipe não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com doenças crônicas e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário/família. Oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentiva a prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.		

4.30	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc) com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB avalia os usuários com asma e Dpoc e estratifica o risco, considerando fatores como controle dos sintomas, resposta do usuário ao tratamento, condições de vida e sua capacidade de autocuidado. Programa o cuidado (ex. frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais, nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas por esta; não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com asma ou Dpoc e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário, e solicita espirometria sempre que necessário.		

54

000490

4.31	A equipe da Atenção Básica realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe da Atenção Básica desenvolve ações para apoiar o autocuidado e ampliar a autonomia das pessoas com doenças crônicas, suas famílias e seus cuidadores. Avalia o grau de motivação e a capacidade de autocuidado, o suporte familiar e social, o conhecimento e o comportamento das pessoas com doenças crônicas (alimentação, atividade física, tabagismo, uso de medicamentos, condições de trabalho, e de moradia); desenvolve e pactua metas factíveis do plano de cuidado com o usuário e sua família (cuidador), considerando grau de confiança e recursos individuais para a mudança de comportamento, acompanha o alcance dessas metas; assiste os usuários e familiares (cuidador) diante das dificuldades e limitações impostas pela doença; orienta o automonitoramento e a solução de problemas; e repactua metas e plano de ação, sempre que necessário. Oferta cuidado interdisciplinar a partir das necessidades de cada usuário/família.

4.32	A equipe da Atenção Básica identifica e acompanha as pessoas com convulsões e síndromes epilépticas em seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe analisa periodicamente a população cadastrada, considerando que a epilepsia é a condição neurológica grave de maior prevalência e acomete em torno de 1% da população em geral. A equipe atende as pessoas em crise epilética aguda por diversas causas (convulsões febris, agudização de síndromes epilépticas, entre outras); identifica e acompanha as pessoas com síndromes epilépticas em seu território; avaliando a repercussão no desenvolvimento e ajustando as doses de medicamentos de acordo com o peso e a idade; realiza a coordenação do cuidado da pessoa com epilepsia quando esta é referenciada ao especialista; desenvolve ações de educação sobre a síndrome epilética e crises agudas com os agentes comunitários de saúde e com a comunidade.

4.33	A equipe desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose (TB) no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe desenvolve as seguintes ações em relação a TB: a) Identificação de sintomáticos respiratórios por meio de busca ativa; b) Acolhimento e priorização do sintomático respiratório (SR) na unidade de saúde; c) Diagnóstico dos casos de TB conforme a estimativa para o território; d) Realização de exame de cultura e teste de sensibilidade para 100% dos casos de retratamento e para as populações vulneráveis; e) Notificação dos casos diagnosticados, acompanhamento e tratamento em regime diretamente observado; f) Oferta do teste anti-HIV para 100% dos casos e referenciamento para os serviços de retaguarda para a coinfecção TB/HIV; g) Busca ativa de faltosos ao tratamento; h) Criação de estratégias de avaliação e terapia preventiva (quimioprofilaxia) nos comunicantes quando indicado; i) Reflexão sobre a temática de TB nas atividades de educação em saúde; j) Registro adequado e envio oportuno das informações para a área de vigilância no município.

55

000491

4.34	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância, de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento dos casos de hanseníase no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB desenvolve as seguintes ações em relação à hanseníase: a) Identifica pessoas com sinais e sintomas sugestivos de hanseníase; b) Realiza diagnóstico, acompanhamento e tratamento de acordo com esquemas terapêuticos preconizados; c) Notifica os casos suspeitos de hanseníase; d) Registra o grau de incapacidade física em prontuários e formulários; e) Orienta o paciente e a família sobre a doença e a realização de autocuidados; f) Orienta técnicas de prevenção de incapacidades físicas; g) Realiza exame dermatoneurológico em 100% dos contatos intradomiciliares dos casos novos e realiza a vacinação com a BCG, conforme recomendações; h) Realiza busca ativa de 100% dos faltosos; i) Analisa os dados e planeja intervenções; j) Insere a temática hanseníase nas atividades de educação em saúde e de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos sociais (escolas, Conselho Local de Saúde, associações de moradores etc.); k) Faz registro adequado e envio oportuno das informações para a área de vigilância no município.		

4.35	A equipe possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigamento.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe mapeia os serviços de acolhimento/abrigamento do seu território, realiza visitas e desenvolve ações de saúde (consulta, atividades de educação em saúde e outras) adaptadas às necessidades dessas pessoas; identifica sinais de violências e realiza notificação dos casos suspeitos e confirmados; realiza reuniões com profissionais da assistência social (Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas, Centro de Referência de Assistência Social – Cras, entre outros) para elaboração ou discussão de projetos terapêuticos singulares de intervenção conjunta.		

4.36	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental no seu território e faz o acompanhamento delas por meio de atividades individuais e/ou grupais. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento destes casos, com ou sem o cuidado compartilhado com o Nasf, e/ou outros pontos de rede de atenção psicossocial, quando necessário. Realiza atendimentos agendados ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares. Para isso, utiliza estratégias como: tempo maior de consulta, registro de história de vida, ferramentas de abordagem familiar etc. A equipe tem o registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos e realiza ações para os casos em que há indicação de retirada gradual da medicação.		

4.37	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB identifica os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente ou em grupo. Assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, prevenção primária ao uso prejudicial do álcool e outras drogas, diagnóstico precoce, redução de danos, tratamento e acompanhamento, reinserção social e realiza o cuidado compartilhado com outros pontos da rede de atenção, quando necessário. A equipe faz atendimentos agendados ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico da UBS e nas visitas domiciliares, sempre buscando fortalecer a rede social e comunitária.		

4.38	A equipe de Atenção Básica identifica e acompanha as pessoas com deficiência de seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe identifica as pessoas com deficiência no seu território e faz o acompanhamento de rotina de acompanhamento de sua saúde geral por meio de atividades desenvolvidas individualmente, em grupos ou por meio de abordagem familiar; assume a coordenação do cuidado e desenvolve ações que incluem acolhimento, tratamento e acompanhamento visando à diminuição de barreiras e maior autonomia; faz referenciamento para a rede de reabilitação, quando necessário; realiza atendimentos programáticos ou de livre demanda, dentro e fora do espaço físico de UBS e nas visitas domiciliares, bem como outras estratégias de cuidado.		

4.39	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB oferta tratamento aos tabagistas e desenvolve ações educativas de prevenção, especialmente entre crianças e adolescentes. Pergunta sobre o uso do tabaco a todos os usuários nos atendimentos e oferta tratamento aos tabagistas por meio de atividades coletivas e/ou individuais, podendo utilizar a abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso.		

4.40	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de saúde identifica sinais de violência (intrafamiliar ou comunitária, como violência doméstica, abuso sexual, maus-tratos e outras) nas práticas de cuidado. Conhece e aciona os equipamentos sociais do seu território que apoiam no enfrentamento destes casos (Conselho Tutelar, Delegacia da Mulher, Centro de Referência em Assistência Social – Cras etc.). Estabelece parceria com organizações não governamentais e/ou movimentos sociais, realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento da população sobre mediação de conflitos, atitudes/comportamentos da não violência. Desenvolve ações de promoção da cidadania no território, incentivando a reflexão sobre temas como: diferenças, preconceitos, estigma social, pessoas com sofrimento psíquico, população de rua, questões étnicas e de gênero e outros.		

4.41	A equipe de Atenção Básica desenvolve atividades que abordam conteúdos de saúde sexual.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB lida com os temas e desenvolve ações educativas abordando conteúdos como diversidade sexual, aconselhamento contraceptivo, relações sociais de gênero (machismo, orientação sexual), prevenção de HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis (hepatites virais, sífilis, HPV, entre outras) e considera essas questões na sua rotina de trabalho, tanto para abordagem quanto para o cuidado cotidiano da população.		

4.42	A equipe de Atenção Básica realiza diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe oferece exames para testagem de HIV e triagem de outras DST, como hepatites virais e sífilis. Realiza aconselhamento em todas as situações. Nos casos positivos de HIV, a equipe faz busca ativa para comunicação, notificação e encaminhamento para o tratamento em unidade de referência, mantendo o acompanhamento dos casos na UBS. A equipe realiza o tratamento sindrômico, notificação e investigação dos casos de DST identificados, incluindo as parcerias sexuais.		

57

000493

4.43	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe responsabiliza-se pelos procedimentos de vigilância epidemiológica sobre as diferentes comunidades adscritas aos territórios; reconhece surtos e ocorrências de caráter epidêmico; identifica e intervém nos agravos transmissíveis; realiza bloqueios e intervenções imediatas, além de desenvolver fluxo de identificação, investigação e notificação epidemiológica. A equipe registra as condições de saúde da população adscrita em prontuário, caderneta de saúde e/ou sistema de informação, bem como analisa as informações obtidas para o planejamento das ações prioritárias para prevenção de doenças e promoção de saúde.		

4.44	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB desenvolve com a população, de maneira regular e permanente, ações com enfoques ambientais, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões como: importância do saneamento; melhoria da qualidade da água para consumo humano; destino do lixo; prevenção de acidentes; detecção de riscos a desastres naturais, bem como riscos físicos (ondas de alta tensão/telefonia celular, estação e subestação elétrica); identificação de pessoas expostas a agrotóxicos e indústrias poluentes ou a outros processos produtivos que utilizam substâncias químicas, assim como a qualquer outro contaminante químico ou poluente na água, solo e/ou ar que possa expor o indivíduo ou a coletividade a riscos à saúde.		

4.45	A equipe realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe reconhece o usuário enquanto trabalhador nos diferentes momentos de abordagem (cadastramento familiar, acolhimento, consulta, visita domiciliar, grupos); identifica os riscos para a saúde e as situações de vulnerabilidades a que esse trabalhador está ou esteve exposto; identifica e notifica nos sistemas de informação os casos clinicamente declarados ou suspeitos, e em parceria com a Vigilância Epidemiológica e outras formas de apoio matricial. Realiza a investigação epidemiológica dos casos suspeitos notificados, para a confirmação do diagnóstico, fazendo relação com o trabalho; elabora e implanta o plano terapêutico e orienta o trabalhador sobre sua situação de saúde e de trabalho. As ações de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador devem ser articuladas às de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.		

4.46	A equipe de Atenção Básica realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (<1 ano) ocorridos no seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB investiga os casos de óbito infantil ocorridos em seu território preenchendo os instrumentos de coleta de informações (ficha de investigação domiciliar e ambulatorial disponibilizadas pela SES/SMS ou MS). A equipe orienta-se pelo *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal* e pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do MS.		

4.47	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe conhece os aspectos epidemiológicos (índice de infestação predial, incidência, letalidade etc.) da dengue. Realiza ações de educação em saúde com a população, articulando-se com a equipe de agentes de endemias e o supervisor de campo visando à erradicação dos focos do Aedes aegypti. Os agentes comunitários de saúde estão preparados para identificar casos suspeitos e orientar quanto aos sinais e sintomas da dengue no seu território, assim como para realizar busca ativa dos casos suspeitos. A equipe está capacitada para realizar o atendimento dos pacientes sintomáticos (conhecendo as manifestações fisiopatológicas) de acordo com protocolo da SMS, SES ou MS, a notificação e o acompanhamento diário de casos suspeitos (com orientações aos usuários em relação aos sinais de piora, atenção ao período afebril, realização de hidratação na UBS) e o fluxo de encaminhamento dos casos graves após estabilização, seguindo o fluxo municipal/regional.		

4.48	A equipe da Atenção Básica desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB promove ou participa de encontros com a comunidade com o objetivo de incentivar a reflexão sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico do território. A equipe aciona os setores corresponsáveis pela qualidade de ambiência na qual se insere o conjunto da população trabalha com a população do seu território aspectos que influenciam o processo saúde-doença, tais como o descarte do lixo, a qualidade da água, as queimadas e os desmatamentos e outras questões de responsabilidade social e corresponsabilidade. A equipe tem os mesmos cuidados em seu ambiente de trabalho.		

4.49	A equipe de Atenção Básica desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe utiliza a estratégia de grupos terapêuticos como oferta para potencializar o cuidado; e como metodologia, possibilita que este espaço possa trabalhar questões referentes ao senso de identidade, coletividade, autoestima, autoexpressão, habilidades específicas, potencialidades e outras. A equipe entende que o grupo não deve estar centrado apenas no conhecimento dos profissionais de saúde e tem como intuito proporcionar um espaço de relações e trocas interpessoais, buscando reflexão crítica sobre os modos de vida individual e coletiva, levando-os à expressão e a ressignificação de suas posições assumidas na vida por meio do processo de corresponsabilização, gestão do seu cuidado e ampliação da autonomia dos sujeitos e das coletividades. Podem-se citar grupos de gestantes, grupo de tratamento do tabagismo, psicodramas, terapia comunitária, grupos do tai chi chuan, grupos de promoção da saúde, grupo de cuidadores, entre outros.		

4.50	A equipe de Atenção Básica incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física, como alongamento, capoeira, caminhada, dança, práticas orientais como lian gong, tai chi chuan, chi gong, entre outras. Busca potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas para ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis.		

59

500495

4.51	A equipe de Atenção Básica desenvolve estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável, respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB conhece os hábitos alimentares locais e identifica no momento da territorialização os pontos de venda, produção e distribuição de alimentos do seu território. Integra esse conhecimento às ações de promoção da alimentação adequada e saudável que oferecem durante as atividades realizadas na unidade de saúde ou outros espaços do território. A equipe de AB realiza orientações e atividades sobre alimentação adequada e saudável levando em consideração fatores como idade, gênero, raça e etnia, condições sociais, presença de agravos à saúde, entre outras especificidades da população do seu território, de modo que as ações sejam adequadas aos distintos grupos. A equipe realiza vigilância alimentar e nutricional, considerando a avaliação antropométrica e do consumo alimentar nas diferentes fases da vida.		

4.52	A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB utiliza no desenvolvimento das ações de saúde práticas definidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). São exemplos dessas práticas: plantas medicinais e fitoterapia; homeopatia; medicina tradicional chinesa/acupuntura (MTC) e seus recursos terapêuticos (moxabustão, ventosas, eletroestimulação); práticas corporais e mentais da MTC (tai chi chuan, lian gong, chi gong, tui na e meditação); medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Essas práticas são utilizadas no projeto terapêutico individual para ampliar a abordagem clínica e a oferta terapêutica aos usuários.		

M – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
A participação da comunidade – usuários, organização da sociedade, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias de controle social – nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização das pautas em curso.

4.53	A equipe de Atenção Básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe participa de iniciativas de desenvolvimento comunitário com a população e/ou movimentos sociais. Considera a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença, realiza ações/estratégias/projetos integrados com diversos setores governamentais e não governamentais.		

4.54	A equipe da Atenção Básica reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O plano de trabalho da equipe inclui agendas de discussão com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais de saúde. Além disso, a equipe busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas e Organização Não Governamental (ONG), entre outros. Busca fortalecer vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas a fim de compreender a realidade de vida da população.		

4.55	A equipe da Atenção Básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, de reclamações, de necessidades, de sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e de qualificação da AB.		

4.56	A equipe de Atenção Básica disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe disponibiliza informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: horário de funcionamento da unidade; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone de ouvidoria; fluxos de acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.		

H - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e de educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública brasileira estão se unindo para promover o desenvolvimento pleno desse público. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, importante demanda da comunidade e tarefa essencial das equipes de Atenção Básica.

4.57	A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos por meio de avaliação das condições de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (creches, pré-escolas, ensino fundamental e ensino médio) em parceria com os equipes de profissionais da Educação. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde dos educandos como verificação do calendário vacinal, detecção precoce de agravos de saúde negligenciados, avaliação antropométrica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, nutricional e de saúde bucal.		

61

500497

4.58	A equipe encaminha os alunos da rede pública escolar identificados com alterações nas condições de saúde para a rede de atenção à saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe estabelece fluxos com a PAS para atendimento dos alunos com alterações identificadas. A equipe acompanha o aluno ao longo da rede de atenção à saúde, zelando a garantia do atendimento.		

4.59	A equipe atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (creches, pré-escolas, ensino fundamental e ensino médio) com a equipe de Saúde Bucal, em parceria com as equipes de profissionais da Educação. Aborda aspectos de prevenção de agravos e de promoção à saúde. Entre as atividades desenvolvidas, as escolas contam com ações referentes a notificação da violência doméstica, sexual e outras violências; mapeamento das situações de risco de acidentes; atividades aproveitando os equipamentos sociais (ginásio de esportes, centros de convivência, praças, clubes, entre outros) e interagindo com toda a comunidade local. Há orientação a jovens e a adolescentes quanto à rede pública de apoio ao usuário de álcool, tabaco, crack e outras drogas; comunidade escolar, pais e responsáveis são orientados em relação à importância das relações interpessoais solidárias e cooperativas e instituição da gestão escolar participativa com inclusão dos educandos; há Grupo intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar. Desenvolve ações que refletem sobre o ambiente escolar, sem degradação do patrimônio público, favorece as práticas de alimentação saudável e as práticas corporais, de atividade física e lazer.		

4.60	A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referente a temas do Programa Saúde na Escola (PSE).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de AB, com a equipe de Saúde Bucal, realiza atividades periódicas de formação utilizando estratégias como: oficinas, ensino a distância e apoio institucional; formação de jovens protagonistas por meio da metodologia de educação de pares, buscando a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde; formação de profissionais da Educação e Saúde nos temas relativos ao PSE por meio da realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, com os professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de AB/SF, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção de agravos e de promoção de saúde.		

4.61	As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas acompanhadas pela equipe e Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Atenção Básica, com a equipe de Saúde Bucal, participam das reuniões de elaboração do PPP ou as ações do PSE estão contempladas no PPP das escolas, entendendo que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade. O PPP é um documento produzido como resultado do diálogo entre diversos setores da comunidade escolar a fim de organizar e planejar o trabalho, buscando soluções para os problemas diagnosticados.		

62

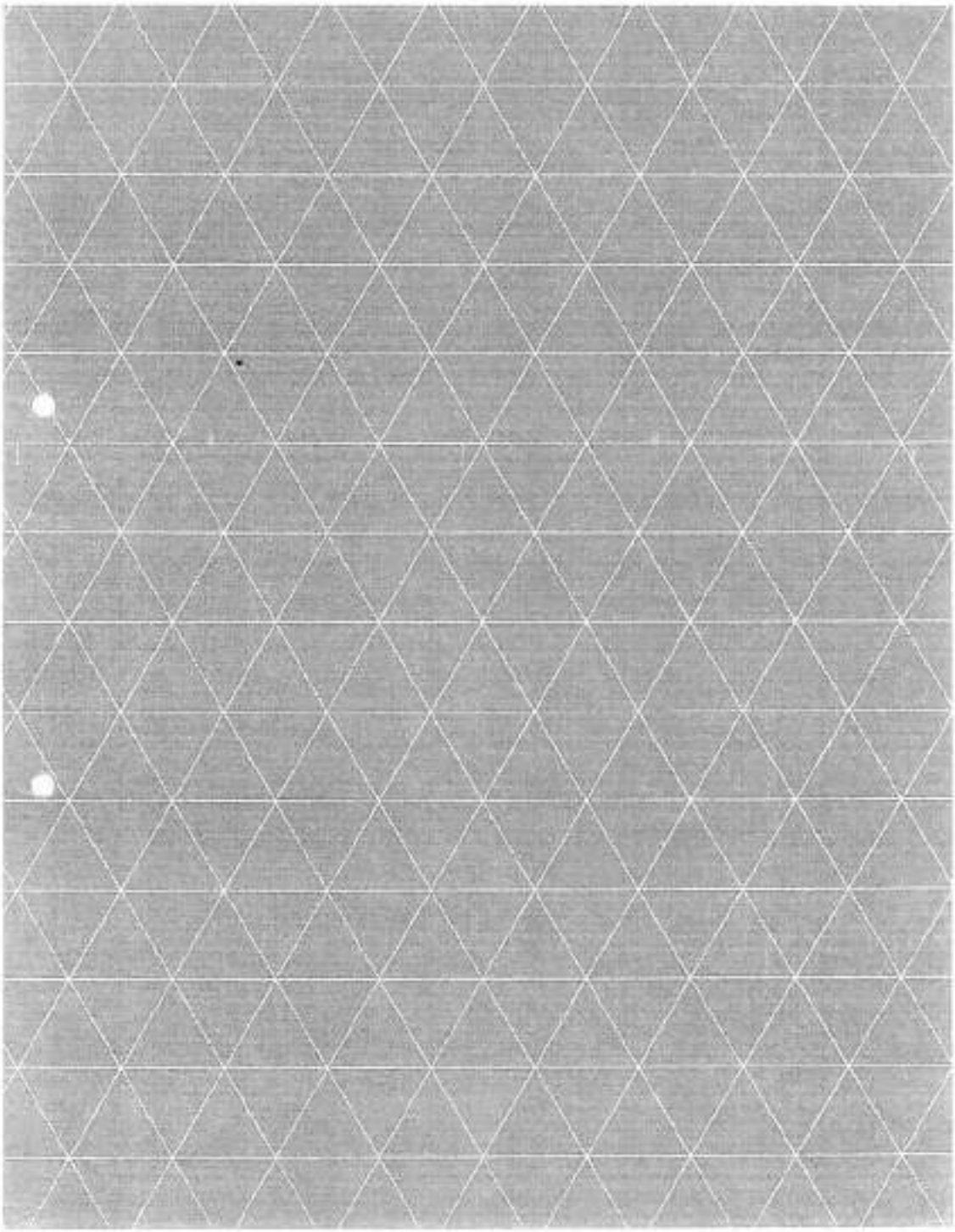
fls 0496

4.67	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica, com a equipe de Saúde Bucal, planejam e realizam as ações do Programa Saúde na Escola em articulação com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que é responsável pela gestão do PSE. Este Grupo deve ser composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, das equipes de AB/SF, dos educadores e equipes das escolas, dos educandos e da comunidade local. Alguns dos objetivos do GTI-M são garantir os princípios e as diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na avaliação e na gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das UBS; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE e definir as estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal, entre outros.

63

0499



Parte II - Equipe de Saúde Bucal

0501

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

A - SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO
A implantação das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica como eixo estruturante das ações de saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município é fundamental para a consolidação e o aprimoramento do SUS. Possibilitam a coordenação do cuidado e a ampliação do acesso dos usuários às ações de saúde bucal. Esse subdimensão objetiva avaliar alguns elementos da implementação das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica no sistema municipal de saúde.

1.1	A gestão municipal tem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal como orientadora das ações de saúde bucal no município.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal norteia as ações das equipes de Saúde Bucal por meio das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Reorienta o modelo de atenção em saúde bucal do município de acordo com os seguintes pressupostos: assumir o compromisso de ampliação e de qualificação da saúde bucal na atenção básica, garantindo qualidade e resolubilidade, garantir uma rede de saúde bucal articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta, e assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.		

1.2	O Plano Municipal de Saúde detalha as diretrizes para implantação e implementação das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, definindo-a como orientadora da rede de Atenção à Saúde Bucal do SUS.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Plano Municipal de Saúde contempla ações das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica com vistas a garantir a qualificação e o acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. As diretrizes que orientam as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica no município são as seguintes: acessibilidade e acolhimento (porta de entrada preferencial e porta aberta); territorialização e responsabilização sanitária, vínculo e adscrição de clientela; cuidado longitudinal; coordenação do cuidado; e trabalho em equipe multiprofissional.		

1.3	A gestão municipal de saúde estabelece estratégias de implantação dos serviços de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde considerando critérios de equidade na perspectiva do acesso universal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal implanta os serviços de saúde bucal nas UBS, de forma a garantir o acesso com equidade aos usuários das ações de saúde bucal na Atenção Básica, evitando os "vazios assistenciais". As estratégias utilizadas pela gestão contemplam: a territorialização das unidades, a descentralização e a distribuição adequada de profissionais, o cadastramento e a adscrição da população por equipe, em função de critérios de vulnerabilidade e necessidades em saúde, de acordo com os parâmetros preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).		

1.4	A gestão municipal de saúde mantém análise e acompanhamento da situação de saúde bucal da população como subsídio para o planejamento e a tomada de decisões.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal realiza planejamento participativo e utiliza para tomada de decisão: a) Análise e acompanhamento de indicadores de saúde bucal; b) Pactuações interfederativas; c) Sistemas de informação; d) Resultados de avaliação já realizada (avaliação do Pmaq e outras ferramentas de gestão) como recursos para orientar mudanças na organização e no funcionamento dos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.

1.5	A gestão municipal de saúde desenvolve ações de promoção da saúde bucal trabalhando de forma intersetorial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal desenvolve ações de promoção da saúde bucal articulando e integrando agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença, garantindo ações/estratégias/projetos que envolvam os vários setores governamentais e não governamentais (organizações da sociedade civil e/ou movimentos sociais) no município.

1.6	A gestão municipal de saúde garante o abastecimento das equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal planeja as compras de equipamentos, instrumentais e insumos odontológicos de forma a garantir a regularidade do abastecimento e o controle dos estoques, evitando a superposição de materiais ou desabastecimento das equipe de Saúde Bucal, otimizando assim os recursos financeiros e a garantia de continuidade das ações de saúde bucal.
Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle de insumos odontológicos.

1.7	A gestão municipal de saúde legitima, fortalece e qualifica a Coordenação Municipal de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Há um profissional ou equipe especialmente designado para a função de Coordenação Municipal de Saúde Bucal, estando formalizada por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da SMS. O(s) técnico(s) envolvido(s) com a Coordenação possuem(m) formação em Odontologia e pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Administração e Gestão. A Coordenação é responsável pela gestão do serviço de saúde bucal na Atenção Básica.

1.8	A gestão municipal de saúde constitui equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão vinculado à Coordenação de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal garante apoiadores institucionais que realizam encontros regulares com as equipes de Saúde Bucal de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações desenvolvidas e os processos de trabalho. Esse apoio auxilia as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador, responsável pela articulação de saberes e práticas.

67

560503

1.9	A gestão municipal de saúde possui programa ou política de educação permanente elaborado e instituído que envolve as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante espaço no processo de trabalho dos profissionais de Saúde Bucal da Atenção Básica para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal é construído com a participação desses profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem deles. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde ou em parceria com os profissionais da rede de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, outros municípios, instituições de ensino etc. O município tem um núcleo de educação permanente desenvolvido na sua organização, e a atenção básica está incluída nesse núcleo.		

8 – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL
A organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RAS) é uma estratégia que busca promover o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde bucal da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, apresentando diversos atributos, entre eles: a atenção básica estruturada como porta de entrada "preferencial" do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando os cuidados e articulando-se com outros pontos de atenção.

1.10	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal e linhas de cuidado prioritárias.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal elabora e organiza fluxos para os usuários entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde Bucal, garantindo a referência e a contrarreferência. Organiza a equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica como centro de comunicação, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer ponto da Rede por meio de uma relação horizontal e contínua, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado integral.		

1.11	A gestão municipal assegura serviços de especialidades odontológicas como referência para a atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde garante, para a Atenção Básica, a referência de serviços especializados de saúde bucal, no mínimo nas seguintes especialidades: endodontia, cirurgia oral menor, periodontia, atendimento a pessoas com deficiência e diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal, em seu território ou região de saúde. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é o modelo atual de referência apontado pela Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente).		

1.12	A gestão municipal assegura o acesso à prótese dentária da população	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal garante a oferta de prótese dentária (prótese total, prótese parcial removível e próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas) à população. As fases clínicas (moldagem anatômica, moldagem funcional, registros estáticos e interoclusais, prova de dentes, instalação e adaptação) de confecção das próteses dentárias são realizadas pela equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica. Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) constituem-se em referência para o serviço de confecção de próteses dentárias na Atenção Básica.

1.13	A gestão municipal de saúde utiliza instrumentos de integração dos serviços de saúde bucal que permitem o atendimento em tempo e modo oportunos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

São instrumentos de integração dos serviços os seguintes dispositivos: a) Central de regulação responsável pela marcação de consultas, exames especializados, a partir de sistema on-line ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade; b) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada; c) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde. Esse processo representa importante passo para a integração da rede de serviços de saúde bucal e gestão do cuidado resolutivo e integral. Em municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada entre municípios vizinhos.

C – SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO TRABALHO

A gestão do trabalho no âmbito das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica visa a equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Serão trabalhadas, nesta subdimensão, as estratégias desenvolvidas pela gestão municipal de saúde, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde Bucal à implantação/implementação de programa de incentivo de remuneração às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados, à institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e à oferta de atenção integral à saúde do trabalhador.

1.14	A gestão municipal de saúde desenvolve estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão municipal provê vínculo regular de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público.

69

0305

1.15	A gestão municipal remunera os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro, gratificação, prêmio financeiro para os profissionais das equipes de Saúde Bucal. Reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, de contratualização e de avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade, o município disponibiliza incentivo financeiro diferenciado para as equipes de Saúde Bucal.		

1.16	A gestão municipal garante aos trabalhadores das equipes de Saúde Bucal plano de carreira, cargos e salários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante, por meio de mecanismos legais instituídos pelo poder público, carreira profissional com previsão de progressão funcional para os trabalhadores das equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros.		

1.17	A gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos e readequação de função.		

D – SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
Assegurar aos cidadãos o acesso às informações e participação na formulação, na implementação e na avaliação da política municipal de saúde bucal, que é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde bucal e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições da saúde bucal e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.

118	A gestão municipal de saúde desenvolve processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços prestados pelas equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde bucal prestados pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica: acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, tempo de espera para ser atendido, encaminhamento para os serviços de referência, acompanhamento do usuário na rede de serviços, qualidade do vínculo, comprometimento do profissional, entre outros. Além disso, a gestão promove discussão com as equipes de Saúde Bucal a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho.		

119	A gestão municipal de saúde apoia e promove a formação de espaços locais de participação popular.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal estimula e apoia a formação de conselhos locais de saúde estruturados e vinculados às Unidades Básicas de Saúde com a participação de profissionais das equipes de Saúde Bucal, usuários e representantes de movimentos sociais; estimula também à formação de outros espaços de participação social, além de reuniões periódicas de planejamento, de acompanhamento e de avaliação das ações de saúde com a participação dos usuários do serviço.		

71

0507

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIMENSÃO: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

E – SUBDIMENSÃO: APOIO INSTITUCIONAL
O apoio institucional implica o modo específico de fazer gestão nos coletivos/equipes, vinculado à racionalidades que não se restringem a razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, ativamente abrindo para as direções de seu uso. O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e toma os problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

2.1	A Coordenação de Saúde Bucal estabelece relação democrática e dialógica com as equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal estabelece mecanismos de gestão participativa com as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, estimula a criação e o funcionamento de espaços de gestão colegiada em que atuem trabalhadores e gestores, potencializando a democratização institucional, o compartilhamento dos problemas e a construção de soluções. Esta relação atende as realidades e singularidades de cada território das equipes de Saúde Bucal, por meio de planejamento, pactuação, avaliação constante, agendas de educação permanente.		

2.2	A gestão oferta apoio institucional para as equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão está organizada com apoiadores de referência para a atenção básica. O processo de trabalho do apoiador institucional está orientado e organizado para promover ações de qualificação da saúde bucal, integrando-as com as equipes de Atenção Básica, de forma democrática e solidária, contribuindo para maior autonomia e compartilhamento do trabalho, observando-se o adequado dimensionamento do número de equipes por apoiador. Realiza as: a) Discussão e montagem das agendas das equipes, em função da análise das informações em saúde, necessidades e prioridades de saúde; b) Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; c) Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, com base em casos ou situações que apresentam maior risco, vulnerabilidade ou desafiam a equipe de Atenção Básica e de Saúde Bucal; d) Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede; e) Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; f) Análise de indicadores e informações em saúde, incluindo os da saúde bucal; g) Facilitação de processos locais de planejamento integrado; h) Discussão do perfil dos encaminhamentos das equipes de Saúde Bucal; i) Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; j) Articulação de ações de apoio matricial com outros serviços da rede.		

72

0506

F – SUBIMENTÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, de intervenção e de autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entre nesse contexto com a finalidade de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, se identificam os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde bucal.

2.3	As estratégias de educação permanente são construídas coletivamente baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais das equipes de Saúde Bucal	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Os processos de educação permanente são estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado dos profissionais das equipes de Saúde Bucal e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e o contexto dessas equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

2.4	A Coordenação de Saúde Bucal utiliza o apoio matricial como estratégia de educação permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A Coordenação de Saúde Bucal utiliza o apoio matricial com a finalidade de auxiliar as equipes de Saúde Bucal em aspectos em que elas julguem necessitar de apoio, seja em relação ao processo de trabalho de maneira geral, seja em relação à clínica e ao cuidado direto ao usuário. São exemplos de práticas de apoio matricial: atuação da Coordenação de Saúde Bucal com as equipes a fim de apoiar o desenvolvimento de suas atividades; acompanhamento e avaliação das ações de cuidado em saúde; planejamento conjunto/compartilhado com outras áreas da gestão com expertise na temática; apoio de outros níveis de atenção à saúde na qualificação dos encaminhamentos para especialistas; e outras ações desenvolvidas pela equipe de gestão com as equipes de Saúde Bucal.

2.5	A Coordenação de Saúde Bucal dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A Coordenação de Saúde Bucal estimula e disponibiliza mecanismos virtuais e/ou presenciais, como Telessaúde, grupos de discussão, fórum virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos.

73

909309

2.5	A Coordenação de Saúde Bucal estimula a participação das equipes de Saúde Bucal nas reuniões da equipe de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal incentiva a participação das equipes de Saúde Bucal nas reuniões da equipe de Atenção Básica na qual está inserida, sendo estes espaços utilizados para a organização do processo de trabalho, o planejamento e a avaliação das ações, a educação permanente, a integração e a troca de conhecimentos entre os profissionais. Esses momentos tem periodicidade semanal ou quinzenal, com duração média de duas horas.		

2.7	A Coordenação de Saúde Bucal faz articulações de forma a propiciar que as equipes de Saúde Bucal sejam espaços de formação e de aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal estimula processo de formação e de produção de conhecimento nas equipes de Saúde Bucal tais como: pesquisas, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio técnico, graduação e pós-graduação. São exemplos: os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, da especialização, de residências multiprofissionais etc. A gestão estabelece parcerias com as instituições de ensino e pesquisa para ofertar cursos de formação aos trabalhadores que realizam a preceptoria/tutoria.		

2.8	A Coordenação de Saúde Bucal viabiliza a participação para os profissionais de saúde Bucal em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal incentiva e viabiliza a participação dos profissionais das equipes de Saúde Bucal em cursos de atualização, de qualificação e de pós-graduação na área de atuação direta ou indiretamente ligada ao seu processo de trabalho, oferecidos por instituições de ensino superior, escolas de saúde pública, Escola Técnica do SUS e/ou centros formadores. Responsabiliza-se por articular a formulação, a execução e a implementação dessa oferta. Estabelece, quando necessário, critérios para acesso que levem em consideração as necessidades e as dificuldades identificadas, a relevância do tema, o interesse do profissional, o tempo de serviço, o desempenho, a dedicação, entre outros.		

6.ª SUBDIMENSÃO: GESTÃO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A incorporação do monitoramento e da avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. O monitoramento caracteriza-se como ação de levantamento e análise de informações, realizada de forma permanente e rotineira, propiciando intervenções pontuais para a correção de problemas identificados. A avaliação é um julgamento de valor. Um ato de formar opinião sobre o objeto analisado, constituindo-se em um processo de análise crítica dos resultados. Para que as ações de monitoramento e de avaliação atinjam seu potencial no aprimoramento das políticas públicas, é necessário que não se perca de vista seu caráter formativo e pedagógico, trabalhando-se sempre com uma abordagem de informação para a ação, incorporando-as ao conjunto das atividades cotidianas dos gestores e das equipes de Saúde Bucal.

74

660510

2.9	A Coordenação de Saúde Bucal realiza ações de monitoramento no seu âmbito de atenção.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O monitoramento está organizado de forma a contribuir para o alcance dos resultados planejados à medida que reflete o acompanhamento sistemático de ações elencadas como prioritárias para a saúde bucal. É parte integrante do planejamento no âmbito das equipes de Saúde Bucal, traduzindo os resultados a serem alcançados, isto a forma de indicadores e metas (qualitativas e quantitativas). Entre as estratégias de organização do monitoramento são realizadas a) Definição das ações prioritárias para o acompanhamento; b) Definição de indicadores/marcadores que refletem as prioridades; c) Definição de responsáveis; d) Periodicidade do acompanhamento; e) Instrumentos de sistematização das ações que contribuem com a melhoria dos indicadores; f) Mecanismos de divulgação de resultados; g) Discussão de resultados entre gestores e profissionais de saúde.		

2.10	A Coordenação de Saúde Bucal utiliza processos avaliativos como ferramenta de gestão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal faz avaliações das ações prioritárias em saúde bucal, refletindo criticamente suas potencialidades e fragilidades, bem como as necessidades de aprimoramento. Utiliza os resultados da avaliações para adoção de estratégias que qualifiquem as ações de saúde bucal, tais como: Avaliação Externa do Pmaq, suplementos do Pnad sobre Panorama da Saúde, Segurança Alimentar, entre outros. Promove ou participa de avaliações no contexto de saúde bucal, realizadas por atores externos à gestão municipal.		

2.11	A Coordenação de Saúde Bucal promove discussão de resultados do monitoramento e avaliação com os profissionais das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal debate e decide com os profissionais das equipes de Saúde Bucal as informações/indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/estadual e/ou federal (Coap, Pinas etc.). Realiza discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e as possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos/oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.		

2.12	A Coordenação de Saúde Bucal adota estratégias que fortalecem a alimentação e uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A Coordenação de Saúde Bucal garante o abastecimento adequado das fichas necessárias para o registro das informações na Atenção Básica. Promove aperfeiçoamento dos profissionais de Saúde Bucal para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar necessidades de saúde bucal dos usuários e toma decisões que visam ao aprimoramento dos serviços de saúde bucal com base nessas informações.		

75

0511

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

H – SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS		
Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura dos consultórios odontológicos e dos equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações de saúde bucal na Atenção Básica. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população atendida e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde bucal dos usuários.		
3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física, está adequada para o desenvolvimento das ações das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS, onde a equipe de Saúde Bucal atua, possui infraestrutura adequada, boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas adequadas, para o desenvolvimento das ações de saúde bucal com a equipe de Atenção Básica. O consultório odontológico está na mesma estrutura física da UBS onde está a equipe de Atenção Básica.		
3.2	O consultório odontológico, considerando sua infraestrutura física e seus equipamentos, está adequado para o desenvolvimento das ações das equipes de Saúde Bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O consultório odontológico possui boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas e elétricas adequadas, de acordo com a Regulamentação Sanitária e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/MS, além de dispor de equipamentos em quantidade suficiente para o atendimento odontológico. Verificar Anexo I.		
3.3	O consultório odontológico possui planejamento dos serviços de manutenção das instalações físicas e dos equipamentos odontológicos de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O planejamento e a execução dos serviços de manutenção garantem o bom funcionamento das instalações físicas e dos equipamentos odontológicos, sendo feitos sob a ótica preventiva e corretiva, de forma contínua e sistemática, contribuindo, assim, para a maior resolutividade das ações de saúde bucal.		

3.4	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à Internet para os profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e a equipamentos de informática com internet – possibilitando a melhoria da comunicação profissional entre os profissionais da rede de saúde bucal e ao acesso a dados e indicadores de saúde bucal, facilitando os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes de Saúde Bucal.

3.5	O deslocamento dos profissionais das equipes de Saúde Bucal para a realização de atividades externas programadas é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A gestão disponibiliza às equipes da Atenção Básica, incluindo a saúde bucal, veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar as atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e ao cronograma de cada uma delas.

3.6	A Unidade Básica de Saúde e o consultório odontológico estão adequados para os atendimentos às pessoas com deficiência, aos analfabetos e aos idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A UBS e o consultório odontológico dispõem de materiais, de equipamentos e de instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e de atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. Isso significa ampliação do acesso, equidade e maior qualificação da atenção prestada. As estruturas físicas estão de acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR 9050/2004. Verificar Anexo C.

3 - SUBDIMENSÃO: INSUMOS, INSTRUMENTAIS E MEDICAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, instrumentais e medicamentos para o desenvolvimento de ações em Saúde Bucal e o processo de dispensação/controle de medicamentos pela Unidade Básica de Saúde onde a equipe de Saúde Bucal atua.

3.7	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de insumos odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde bucal e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A UBS, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de insumos odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações de saúde bucal e as atividades educativas destinadas à população. Verificar Anexo J.

77

0513

3.8	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS possui materiais impressos em quantidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e da qualidade do atendimento odontológico prestado. Verificar Anexo K.		

3.9	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão garante a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais das equipes de Saúde Bucal com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde, podendo também ser utilizados pelos usuários. São disponibilizados itens como óculos de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas, máscaras, capotes, aventais, gorros, botas ou sapatos fechados, avental de chumbo etc.		

3.10	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de instrumentais odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular do atendimento odontológico.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS, onde a equipe de Saúde Bucal atua, dispõe de instrumentais odontológicos em quantidade suficiente para a realização dos atendimentos clínicos diários da população. Verificar Anexo L.		

3.11	A Unidade Básica de Saúde, onde a equipe de Saúde Bucal atua, disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica prescritos com maior frequência pela cirurgião-dentista.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. A UBS é abastecida com quantidade suficiente para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual de medicamentos não comprometa a resolubilidade dos tratamentos de saúde bucal. Ver Anexo H.		

3.12	O consultório odontológico dispõe de condições adequadas para o armazenamento dos instrumentais e insumos odontológicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O consultório odontológico dispõe de condições adequadas para o armazenamento dos instrumentais e insumos odontológicos, bem como um local exclusivo, separado dos demais, em armário fechado, limpo, protegido de poeira, calor, umidade e insetos.		

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL

3 - SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL		
Os processos de reorganização da atenção básica em saúde bucal vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais de equipe de Saúde Bucal está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.		
4.1	Os profissionais da equipe de Saúde Bucal de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais de nível superior e médio da equipe têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, de planejamentos e de intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva; residência em Saúde da Família; curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica etc.		
4.2	A equipe de Saúde Bucal utiliza dispositivos de educação permanente e apoio matricial à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal participa de atividades de educação permanente e apoio matricial à distância como: participação em cursos de Educação a Distância (EAD) (cursos de atualização e/ou especialização, atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na atenção básica (como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa); participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, entre outras.		

79

000515

4.3	A equipe de Saúde Bucal participa de cursos de atualização e de qualificação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica participa de cursos de atualização, aperfeiçoamento e de qualificação de acordo com a disponibilidade das ofertas. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e novas ferramentas para aprimorar os processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação do serviço prestado na Atenção Básica.		

K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
A organização do processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho de equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas; além de ações de prevenção e de promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento a urgências odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde bucal da população; planejamento das ações, serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, pactuações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar os cuidados na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde bucal do território.

4.4	A equipe de Saúde Bucal trabalha com território definido, mantem vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/ resolução de seus problemas/necessidades de saúde bucal	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela atenção/resolução dos problemas de saúde bucal da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Conhece o território adscrito para obtenção de informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe e, para isso, o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.		

4.6	A equipe de Saúde Bucal planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, com a equipe de Atenção Básica, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Dessa forma, possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas são usados para a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e as instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe de Saúde Bucal em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.

4.6	A equipe de Saúde Bucal organiza e compartilha sua agenda de atendimento individual com os vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e cuidado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A agenda da equipe de Saúde Bucal é usada como recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários; otimizar o tempo; priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde bucal da população. Essa organização e compartilhamento da agenda contribuem para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. Assim como para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Dessa forma, é realizado o planejamento e gestão das agendas que contemplem essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, oferta de atendimentos agudos e oferta de retorno/reavaliação de usuários.

4.7	A equipe de Saúde Bucal realiza a coordenação dos cuidados em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A Equipe de Saúde Bucal compreende a coordenação do cuidado como a sistematização de atenção ao indivíduo e famílias, com o intuito de assegurar assistência integral, resolutiva e contínua. A equipe elabora, acompanha e gere os projetos terapêuticos singulares, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. Atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde bucal, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários, em qualquer um desses pontos, por meio de relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Incorpora no seu processo de trabalho ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.

81

0003.17

4.8	A equipe de Saúde Bucal utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica compreende a abordagem familiar como estratégia essencial para o conhecimento e a compreensão da dinâmica das pessoas e das famílias do território, adotando, assim, uma concepção de família ampliada, o que contribui para o desenvolvimento e a sistematização da gestão do cuidado e a continuidade da assistência. Utiliza ferramentas que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, das famílias e de suas relações familiares e afetivas (trabalho, moradia, questões econômicas, entre outras). Essas ferramentas ou estratégias auxiliam também na compreensão de interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, PRO-PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) etc.

4.9	A equipe de Saúde Bucal oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação.

4.10	A equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica utiliza a visita domiciliar para possibilitar conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde bucal de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento com encaminhamento oportuno à Unidade Básica de Saúde; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto às atividades de autocuidado em saúde bucal; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da Atenção Básica. As visitas são programadas com os ACS, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam atendidas prioritariamente.

4.11	A equipe de Saúde Bucal realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, definição de critérios para agendamento programado de consultas, pronto atendimento das urgências/imprevistas e referenciamento para outros dispositivos da rede de atenção, quando for o caso, durante todo o horário de funcionamento da unidade, garantindo, assim, acessibilidade e resolubilidade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.

4.12	A equipe de Saúde Bucal garante atendimento nos casos de urgências odontológicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica acolhe a demanda de portadores de quadros agudos, fornecendo atendimento resolutivo às urgências odontológicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada, ampliando, assim, a resolubilidade de atenção à saúde bucal e fortalecendo o vínculo equipe-comunidade. Uma situação de urgência odontológica é entendida como ocorrência imprevista de agravo à saúde bucal, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado, e a intervenção exigida até no âmbito de responsabilidade da equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica.		

4.13	A equipe de Saúde Bucal participa das reuniões com a equipe de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal participa das reuniões periódicas (semanais ou quinzenais) com os demais profissionais da Atenção Básica, com duração média de duas horas. Utiliza esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, ao planejamento, à educação permanente, à avaliação e à integração com troca de experiências e conhecimentos, à discussão de casos entre outros.		

4.14	A equipe de Saúde Bucal utiliza informações dos sistemas de informação para qualificar a atenção em saúde bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal utiliza, de forma sistemática, os dados dos sistemas de informação (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA – e Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab) para avaliar suas ações e planejar ofertas de serviços odontológicos no território.		

4.15	A equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a correção de rumos. Como também discute os resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, à ampliação das possibilidades de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.		

4.16	A equipe de Saúde Bucal faz registro e monitoramento dos encaminhamentos às especialidades, bem como dos retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal mantém registradas as referências e as contrarreferências. Essas informações são lançadas nos prontuários clínicos para facilitar a coordenação dos cuidados e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.		

83

5P0519

I – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL		
A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programática quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adulto e idoso), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, de vigilância à saúde, de tratamento e de reabilitação. Compreende abordagem que não se limite aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.		
4.17	A equipe de Saúde Bucal realiza busca ativa das gestantes para o atendimento odontológico.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal garante, no mínimo, uma avaliação odontológica por gestante. A atenção odontológica compreende avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas e considerando o período da gestação, além de promover ações de educação e de prevenção de problemas bucais para a gestante e o bebê.		
4.18	A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce de câncer bucal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal realiza ações coletivas e individuais de prevenção do câncer bucal, tais como orientação e autoexame, sensibilização e realização de exame preventivo periodicamente.		
4.19	A equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento da população idosa do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal presta atendimento à população idosa do território, realizando o atendimento no domicílio, quando da impossibilidade de o idoso se locomover.		
4.20	A equipe de Saúde Bucal atua integrada com os demais profissionais da Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal busca constante integração com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde onde atua, incluindo os agentes comunitários de saúde, quando houver, na perspectiva da atenção integral e de um projeto terapêutico integrado.		
4.21	A equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e de promoção da saúde bucal de população do território adscrito.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A promoção da saúde bucal nasce de um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, pois integra a saúde bucal às demais práticas do campo da saúde coletiva. Assim, as ações de promoção nesse campo incluem o incentivo ao uso de dentifrício fluoretado e abordagens de fatores de risco e de proteção, tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, traumatismos e cânceres). Essas abordagens envolvem ações de incentivo à alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, ações com a comunidade para aumentar o autocuidado por meio da higiene corporal e bucal, eliminação do tabagismo, entre outras.		

4.22	A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de prevenção, de promoção e de educação de saúde bucal regularmente na rede pública de ensino.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal desenvolve periodicamente ações de saúde bucal nas escolas da rede pública de ensino (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio), quando presentes em seu território, em parceria com os demais profissionais da Atenção Básica e das escolas. Aborda, ao longo do ano letivo, conteúdos relativos à prevenção, à promoção e avaliação das condições de saúde bucal dos educandos, a fim de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos a saúde.		

M - SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A participação da comunidade – usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias de controle social - na política pública de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e de participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dos dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização das pautas em curso.

4.23	A equipe de Saúde Bucal participa de reuniões com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde bucal, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O plano de trabalho da equipe de Saúde Bucal inclui agendas, com a equipe de Atenção Básica, de discussão com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais de saúde. Além disso, a equipe de Saúde Bucal busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas, Ongs, entre outros. Busca fortalecer vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas a fim de compreender a realidade de vida da população.		

4.24	A equipe de Saúde Bucal disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Saúde Bucal, com a equipe de Atenção Básica, institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou pelo mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e na qualificação da atenção à saúde bucal.		

85

0521

4.23	São disponibilizadas informações sobre o funcionamento da unidade de saúde e da equipe de Saúde Bucal de maneira clara e acessível aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

São disponibilizadas informações aos usuários por meio de cartilhas e boletins diversos sobre: as equipes de Saúde Bucal; horário de funcionamento da unidade e do atendimento odontológico; identificação dos trabalhadores; serviços oferecidos; escala dos profissionais com nome e horário de trabalho; telefone da ouvidoria; fluxos de acolhimento e seguimento na rede; direitos e deveres dos usuários, também em versão acessível para pessoas com deficiência.

N - SUBDIVISÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e de doenças. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública brasileira estão se unindo para promover o desenvolvimento pleno desse público. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, importante demanda da comunidade e tarefa essencial das equipes de Atenção Básica.

4.24	A equipe de Saúde Bucal atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde bucal dos educandos por meio da avaliação das condições de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de saúde bucal na escola (creches, pré-escolas, ensino fundamental e ensino médio) em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde bucal dos educandos. No caso de educandos identificados com alterações nas avaliações clínicas, a equipe de Saúde Bucal realiza encaminhamento para UBS ou serviço da RAS.

4.25	A equipe de Saúde Bucal atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal desenvolve ações de saúde na escola (creches, pré-escolas, ensino fundamental e ensino médio), com a equipe de Atenção Básica, em parceria com as equipes de profissionais da educação, abordando aspectos de promoção e de prevenção à saúde bucal. Entre as atividades desenvolvidas, a comunidade escolar, os pais e os responsáveis são orientados sobre as principais doenças bucais, importância do autocuidado em relação à higiene bucal, alimentação saudável e utilização da rede pública de saúde, assim como recebem orientações em relação à importância das relações interpessoais solidárias e cooperativas e instituição de gestão escolar participativa com inclusão dos educandos. A equipe de Saúde Bucal realiza atividades coletivas de escovação dental supervisionada, motivação do hábito de higiene bucal no ambiente escolar e aplicação tópica de flúor. Faz orientações a jovens e adolescentes quanto à rede pública de apoio ao usuário de álcool, tabaco, crack e outras drogas; há Grupo Intersetorial de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar. Desenvolve ações que refletem sobre o ambiente escolar, sem depredação do patrimônio público, favorece as práticas de alimentação saudável e as práticas corporais, de atividade física e lazer.

4.28	A equipe realiza atividades de formação continuada e capacitação referentes a temas do Programa Saúde na Escola.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal, com a equipe de Atenção Básica, realiza atividades periódicas de formação utilizando estratégias como oficinas, ensino a distância e apoio institucional, formação de jovens protagonistas por meio da metodologia de educação de pares, buscando a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde, formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE por meio da realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, com os professores, os merendeiros, os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem, os enfermeiros, os médicos e outros profissionais das escolas e das equipes de AB/SF, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde.

4.29	As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas acompanhadas pela equipe de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

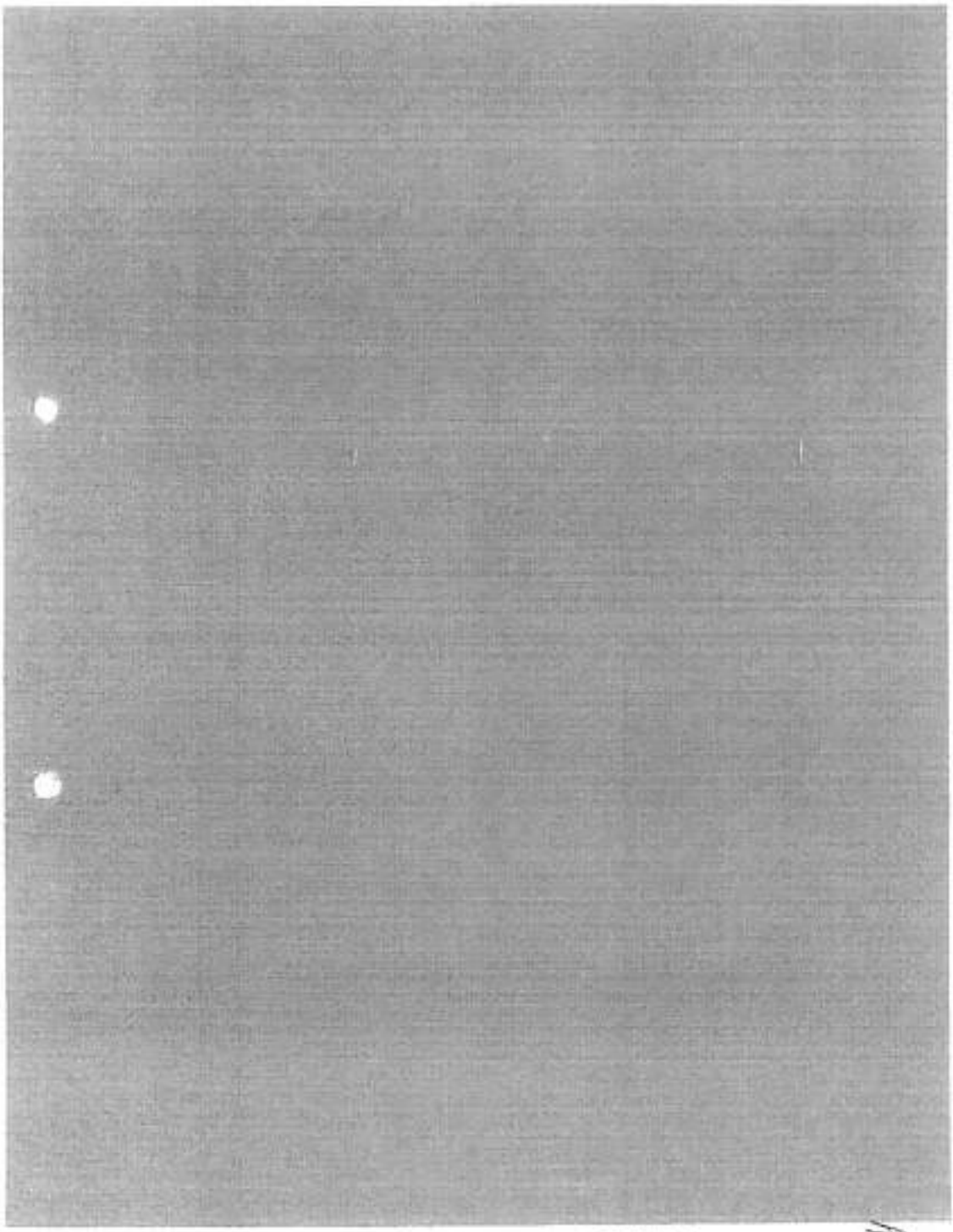
A equipe de Saúde Bucal, com a equipe de Atenção Básica, participa das reuniões de elaboração do PPP e as ações do PSE estão contempladas no PPP das escolas, entendendo que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais de educação e de saúde, com vistas à integralidade. O PPP é um documento produzido como resultado do diálogo entre diversos setores da comunidade escolar a fim de organizar e planejar o trabalho, buscando soluções para os problemas diagnosticados.

4.30	A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Saúde Bucal com a equipe de Atenção Básica, planeja e realiza as ações do Programa Saúde na Escola em articulação com o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que é responsável pela gestão do PSE. Este deve ser composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, das equipes de AB/SF, dos educadores e das equipes das escolas, dos jovens e da comunidade local. Alguns dos objetivos do GTI-M são garantir os princípios e as diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na avaliação e na gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das UBS; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; e definir as estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal, entre outros.

87

0523



0524

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | **AMAQ**

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

Subdimensão - A: Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município - 90 pontos

Números padrões	I.1	I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Subdimensão - B: Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde - 20 pontos

Números padrões	I.10	I.11	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão - C: Gestão do Trabalho - 40 pontos

Números padrões	I.12	I.13	I.14	I.15	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

89

000525

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Subdimensão - D: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário - 40 pontos

Números padrões	1.16	1.17	1.18	1.19	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

Classificação da Dimensão: Gestão Municipal

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
A					
B					
C					
D					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 4)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

90

000526

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Subdimensão - E: Apoio Institucional - 20 pontos

Números padrões	2.1	2.2	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão - F: Educação Permanente - 60 pontos

Números padrões	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão - G: Gestão do Monitoramento e Avaliação - 40 pontos

Números padrões	2.9	2.10	2.11	2.12	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

91

000527

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Classificação da Dimensão: Gestão da Atenção Básica

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E					
F					
G					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 3)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

92

000528

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA – DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos – 80 pontos

Números padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	Soma total
Resultados obtidos									

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 15	16 a 31	32 a 47	48 a 63	64 a 80

Subdimensão – I: Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos – 80 pontos

Números padrões	3.9	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	Soma total
Resultados obtidos									

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 15	16 a 31	32 a 47	48 a 63	64 a 80

Classificação da Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
H					
I					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 2)

93

000529

MINISTERIO DA SAUDE

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

94

000530

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: PERFIL DA EQUIPE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Subdimensão - J: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica - 30 pontos

Numeros padrões	4.1	4.2	4.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

Subdimensão - K: Organização do Processo de Trabalho - 140 pontos

Numeros padrões	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15	4.16	4.17
Resultados obtidos														
Soma total														

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 27	28 a 55	56 a 83	84 a 111	112 a 140

95

000531

Subdimensão - L: Atenção Integral à Saúde - 350 pontos

Números padrões	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27	4.28
Resultados obtidos											
Números padrões	4.29	4.30	4.31	4.32	4.33	4.34	4.35	4.36	4.37	4.38	4.39
Resultados obtidos											
Números padrões	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45	4.46	4.47	4.48	4.49	4.50
Resultados obtidos											
Números padrões	4.51	4.52	-								
Resultados obtidos			-								
Soma total											

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 69	70 a 139	140 a 209	210 a 279	280 a 350

Subdimensão - M: Participação Social e Satisfação do Usuário - 40 pontos

Números padrões	4.53	4.54	4.55	4.56	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

96

000532

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde (para as equipes SEM Programa Saúde na Escola)

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
J					
K					
L					
M					
Soma dos pontos					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 4)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

97

000533

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atenção: As EQUIPES PARTICIPANTES DO PSE devem utilizar a próxima folha resposta para realizar o cálculo para a Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA - DIMENSÃO: PERFIL DA EQUIPE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Subdimensão - J: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica - 30 pontos

Numeros padrões	J.1	J.2	J.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 6	7 a 12	13 a 18	19 a 24	25 a 30

Subdimensão - K: Organização do Processo de Trabalho - 140 pontos

Numeros padrões	K.4	K.5	K.6	K.7	K.8	K.9	K.10	K.11	K.12	K.13	K.14	K.15	K.16	K.17
Resultados obtidos														
Soma total														

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 27	28 a 55	56 a 83	84 a 111	112 a 140

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

Subdimensão - L: Atenção Integral à Saúde - 350 pontos

Números padrões	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	4.24	4.25	4.26	4.27	4.28
Resultados obtidos											
Números padrões	4.29	4.30	4.31	4.32	4.33	4.34	4.35	4.36	4.37	4.38	4.39
Resultados obtidos											
Números padrões	4.40	4.41	4.42	4.43	4.44	4.45	4.46	4.47	4.48	4.49	4.50
Resultados obtidos											
Números padrões	4.51	4.52	-								
Resultados obtidos			-								
Soma total											

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 69	70 a 139	140 a 209	210 a 279	280 a 350

Subdimensão - M: Participação Social e Satisfação do Usuário - 40 pontos

Números padrões	4.53	4.54	4.55	4.56	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

99

000535

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Subdimensão - N: Programa Saúde na Escola - 60 pontos

Números sorteados	4,57	4,58	4,59	4,60	4,61	4,62	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
J					
K					
L					
M					
N					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 5)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

100

000536

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL - DIMENSÃO: GESTÃO MUNICIPAL

Subdimensão - A: Implantação e Implementação da Saúde Bucal na Atenção Básica no Município - 90 pontos

Números padrões	I.1	I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	Soma total
Resultados obtidos										

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 17	18 a 35	36 a 53	54 a 71	72 a 90

Subdimensão - B: Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde Bucal - 40 pontos

Números padrões	I.10	I.11	I.12	I.13	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

Subdimensão - C: Gestão do Trabalho - 40 pontos

Números padrões	I.14	I.15	I.16	I.17	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

101

000537

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Subdimensão - D: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário - 20 pontos

Numeros padrões	1.18	1.19	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Classificação da Dimensão: Gestão Municipal

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
A					
B					
C					
D					
Soma dos anexos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 4)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

102

900538

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – DIMENSÃO: COORDENAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Subdimensão – E: Apoio Institucional – 20 pontos

Números padrões	2.1	2.2	Soma total
Resultados obtidos			

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão – F: Educação Permanente – 60 pontos

Números padrões	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão – G: Gestão do Monitoramento e Avaliação – 40 pontos

Números padrões	2.9	2.10	2.11	2.12	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

103

600539

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Classificação da Dimensão: Gestão da Atenção Básica

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E					
F					
G					
Soma dos pontos a					

Media dos pontos _____ (soma dos pontos / 3)

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

104

000540

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL - DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Subdimensão - H: Infraestrutura e Equipamentos - 60 pontos

Números padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão - I: Insumos, Instrumentais e Medicamentos - 60 pontos

Números padrões	3.7	3.8	3.9	3.10	3.11	3.12	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Classificação da Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
H					
I					
Soma dos pontos =					

Media dos pontos _____ (soma dos pontos / 2)

105

000541

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Objetividade	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

106

000542

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL

Subdimensão – J: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal – 30 pontos

Números padrões	4.1	4.2	4.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão – K: Organização do Processo de Trabalho – 130 pontos

Números padrões	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15	4.16
Resultados obtidos													
Soma total													

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 25	26 a 51	52 a 77	78 a 103	104 a 130

107

000543

Subdimensão - L: Atenção Integral à Saúde Bucal - 60 pontos

Números pontos	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão - M: Participação Social e Satisfação do Usuário - 30 pontos

Números pontos	4.23	4.24	4.25	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde (para as equipes SEM Programa Saúde na Escola)

Subdimensões	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
J					
K					
L					
M					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 4)

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

109

000545

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Atenção: As EQUIPES PARTICIPANTES DO PSE devem utilizar a próxima folha resposta para realizar o cálculo para a Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)

Subdimensão - J: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde Bucal - 30 pontos

Números padrões	4.1	4.2	4.3	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão - K: Organização do Processo de Trabalho - 130 pontos

Números padrões	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	4.11	4.12	4.13	4.14	4.15	4.16
Resultados obtidos													
Soma total													

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 25	26 a 51	52 a 77	78 a 103	104 a 130

110

000546

Subdimensão - L: Atenção Integral à Saúde Bucal - 60 pontos

Números padrões	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	Soma total
Resultados obtidos							

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 11	12 a 23	24 a 35	36 a 47	48 a 60

Subdimensão - M: Participação Social e Satisfação do Usuário - 30 pontos

Números padrões	4.23	4.24	4.25	Soma total
Resultados obtidos				

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Subdimensão - N: Programa Saúde na Escola - 50 pontos

Números padrões	4.26	4.27	4.28	4.29	4.30	Soma total
Resultados obtidos						

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50

111

000547

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde (para as equipes COM Programa Saúde na Escola)

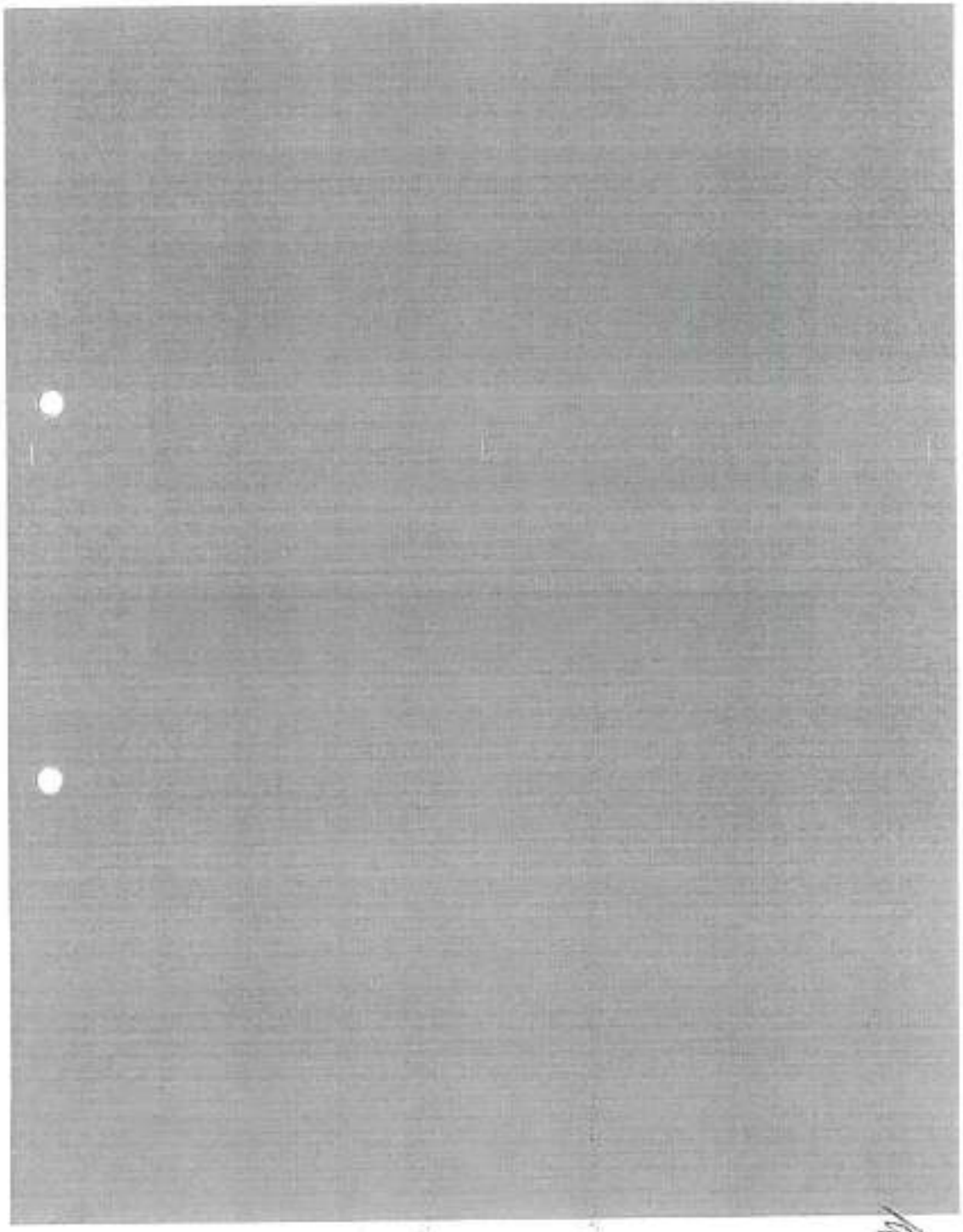
Indicadores	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt.	2 pt.	3 pt.	4 pt.	5 pt.
J					
K					
L					
M					
N					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 5)

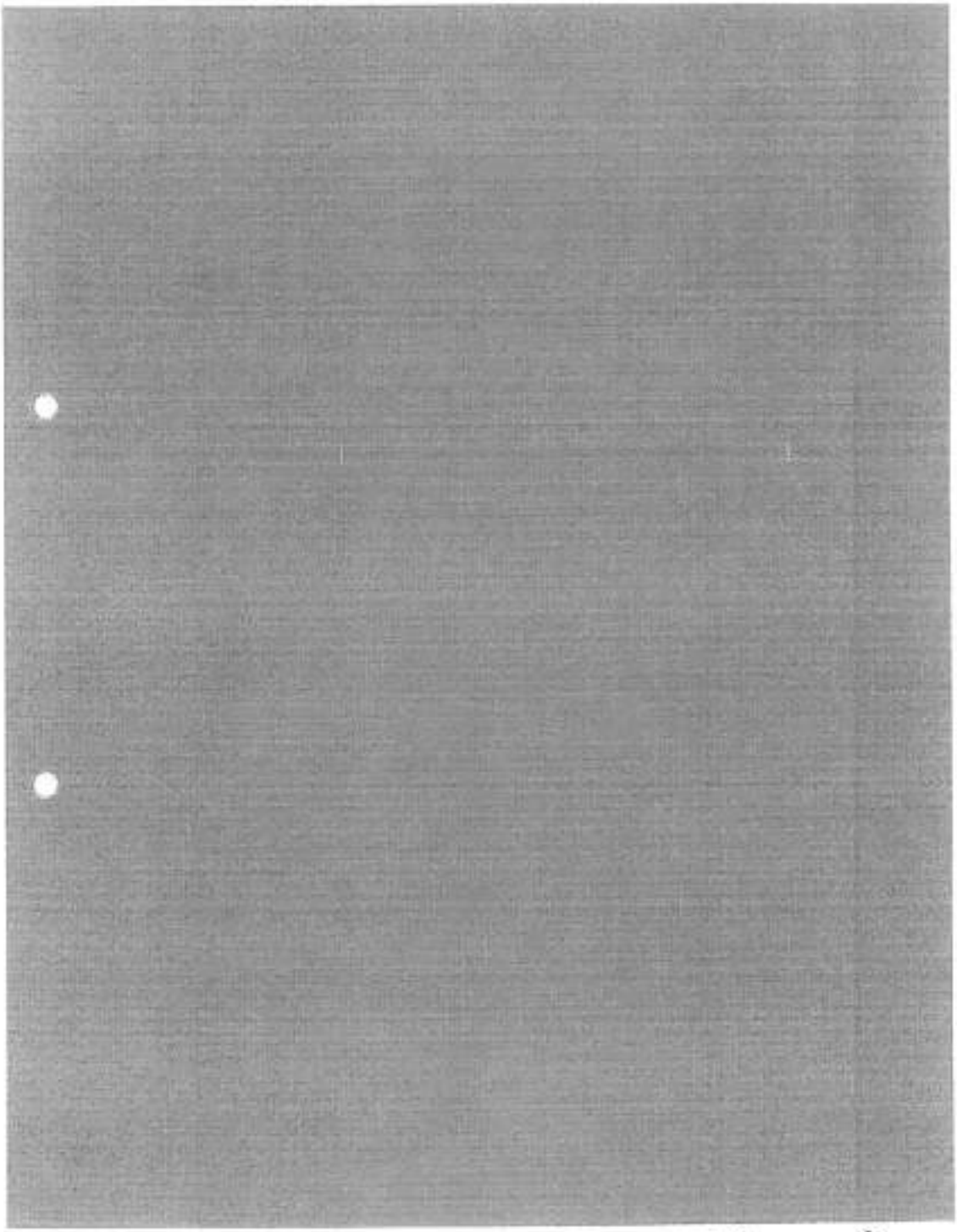
Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

112

000548



000549



900530

REFERÊNCIAS

ARCE, H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. **International Journal of Health Care**, [S.l.], v. 10, n. 6, p. 469-472, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política de nacional de alimentação e nutrição**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 189, 2 out. 2015. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/PT-PAR--METROS.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011b. Seção 1. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislacao/inde>2.cfm> Acesso em: 31 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29).

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq**. 2. ed. Brasília, 2016.

DONABEDIAN, A. Twenty years of research on quality of medical care, 1965-1984. **Evaluation and the Health Professions**, [S.l.], n. 8, p. 243-265, 1985.

115

000551

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HARTZ, Z. et al. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LEVITT, C.; HILTS, L. **Quality book of tools**. Hamilton: MC Master Innovation Press, 2010.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/books>. Acesso em: 30 jan. 2012.

MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: Editora FUNDAP, 2000.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade**. Lisboa, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Sub-Direcção Geral para a Qualidade Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**: Moniqual. 2. ed. Lisboa, 1999b.

SANTOS, R. L. G. **Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web**: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras. Rio de Janeiro: PUC/Departamento de Artes e Design, 2006.

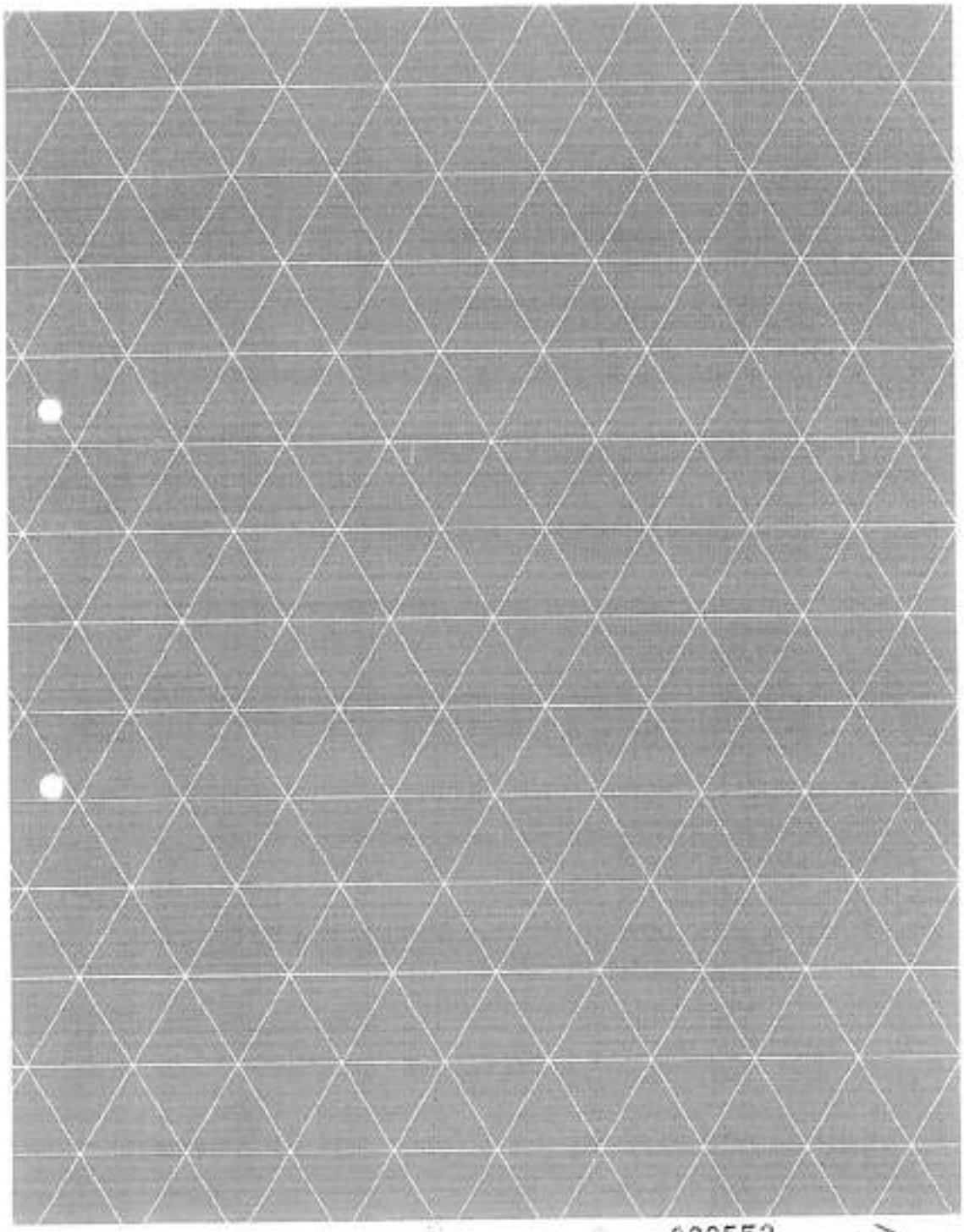
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso brasileiro sobre doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, 2004. Suplemento 5.

SOLÉ, D. et al. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC): fase 3. **Jornal de Pediatria** [online]. Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 341-346, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000600006>. Acesso em: 6 jun. 2014.

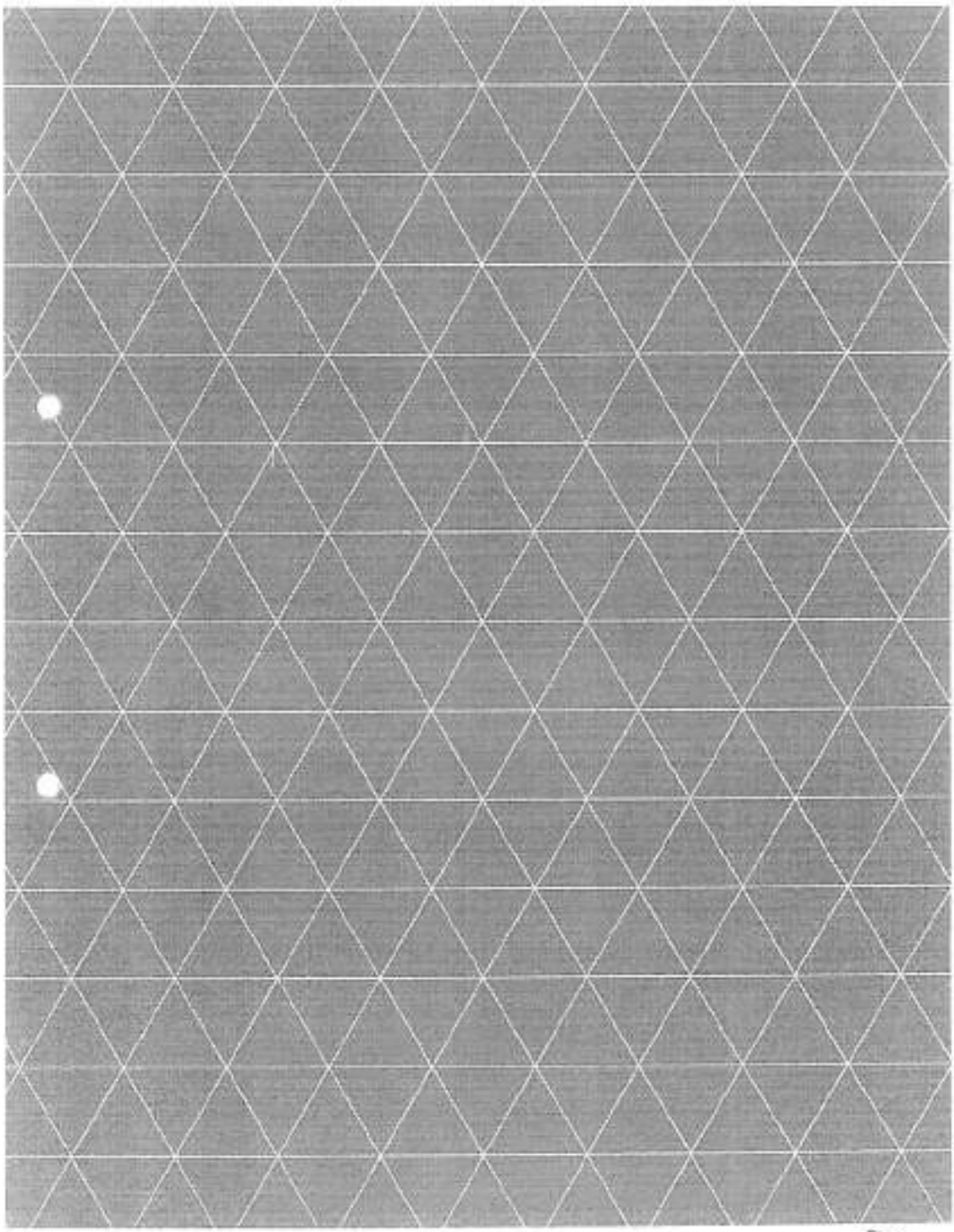
UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

116

000552



000553



000554

BIBLIOGRAFIA

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. Programa de Acreditación de Unidades de Gestion Clinica. **Manual de estándares**. Sevilla: Consejería de Salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2010.

BRASIL. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1977. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm>. Acesso em: 21 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família**: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico SINGULAR**. 2. ed., 1 reimpr. Brasília, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de vigilância em saúde**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008.

119

000555

MINISTÉRIO DA SAÚDE

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual operacional do programa nacional de suplementação de ferro**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde**: roteiros para reflexão e ação. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases**: plano de ação 2011-2015. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>. Acesso em: 21 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 249, 29 dez. 2010. Seção 1, p. 72.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Os medicamentos financiados pelo componente Básico da Assistência Farmacêutica vão sofrer alterações, tendo em vista o marco regulatório do Decreto e o processo de pactuação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no primeiro semestre de 2012. **Diário Oficial da União**.

120

000556

Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 21 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: manual instrutivo. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 31 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário do CONASS para a construção de consensos**. Brasília, 2004. (CONASS documenta - Cadernos de informação técnica e memória do Progestore, v. 2).

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. 1. ed., 4 reimpr. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde; Unicef. **Carências de micronutrientes**. Brasília, 2007. (Caderno de Atenção Básica, n. 20).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SIT nº 194, de 22 de dezembro de 2006: Altera o item 6.9.1 "c" da Norma Regulamentadora nº 6, aprovada pela Portaria nº 25, de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2006. Seção 1, p. 195 Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/MTE/2006/194.htm>. Acesso em: 21 maio 2014.

_____. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009.

BUISCH, Y. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. (Série EAP/APCD, n. 22).

CANGUSSU, N. C. T. et al. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-15, fev. 2002.

CARVALHO, J. et al. Tratamento da doença cárie. In: ABOPREV. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1992. p. 93-112.

121

000557

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CERVEIRA, J. **Políticas de Saúde Bucal Implantadas no Rio Grande do Sul, pela Secretaria Estadual de Saúde entre 1964 e 1994**: percepção dos gestores. Canoas: ULBRA, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

FERREIRA, M. A.F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. (Org.). **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: Editora da UFRN, 2004.

FRAZIER, P. J.; HOROVITZ, A. M. Prevention: a public health perspective. 1995. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000. p. 296.

FRENCKEN, J. E.; HEMGREN, C. J. **Tratamento restaurador atraumático para a cárie dentária**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2001.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 43-56.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Manual de Detecção de lesões suspeitas:** câncer de boca. Rio de Janeiro, 1996.

LOHR, K. Institute of Medicine. **Medicare:** a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MARCENES, W.; BONECKER, M. J. S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas - EAP-APCD, 2000. p. 75-96.

MATUS, C. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-143.

MATUS, C. O Método PES- Roteiro de análise teórica. In: TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

MEHRY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) et. al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MURRAY, J. J. **The prevention of oral disease**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

NADANOVSKY, P. O Declínio da Cárie. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000. p. 341-350.

NARVAI, P. C. Fluoretação da água: heterocontrole no município de São Paulo no período de 1990-1999. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 50-56, 2000.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.

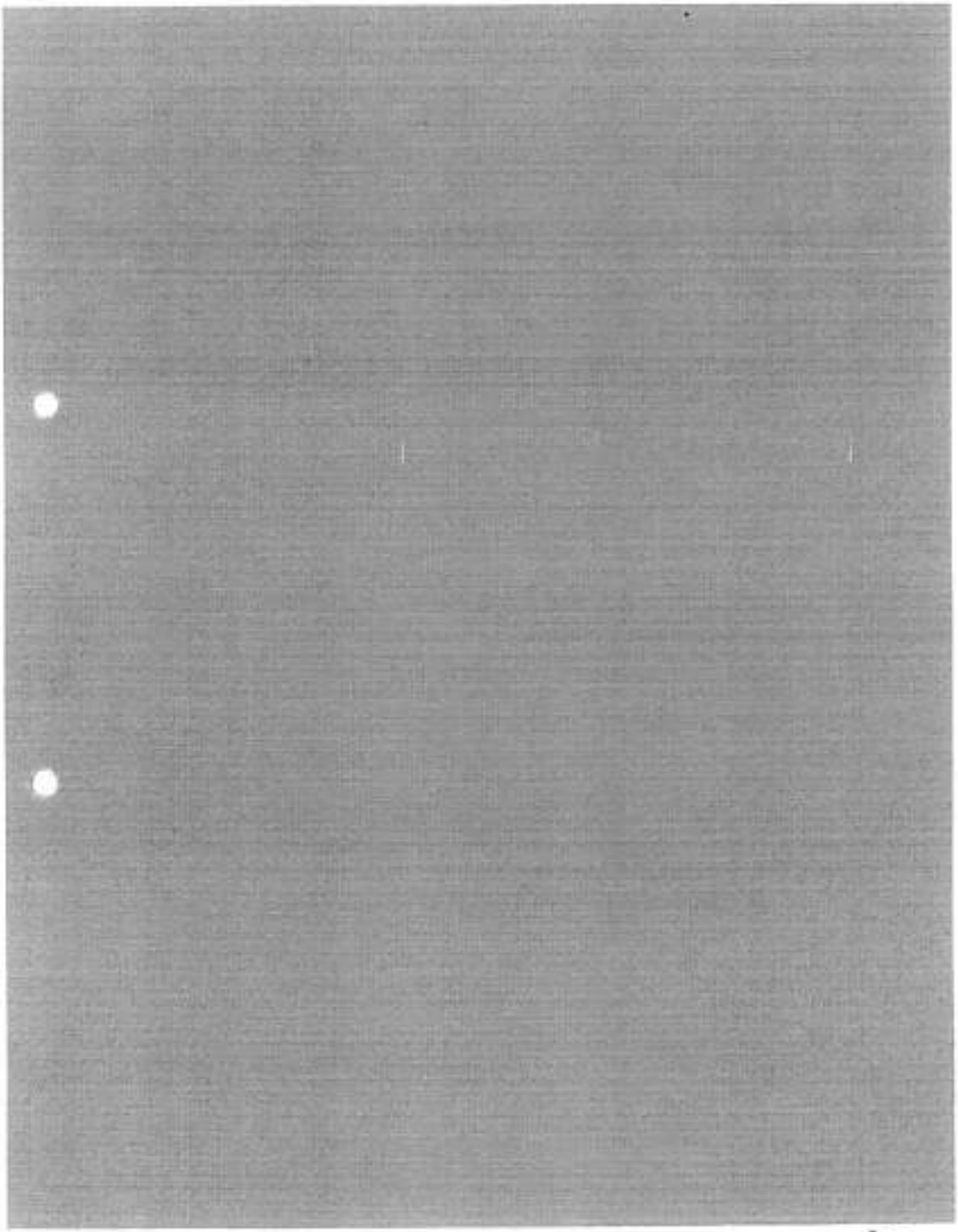
RODRIGUES, F. G.; AMORIM, J. B. O. Estudo comparativo do teor de fluor encontrado na rede de abastecimento público, reservatórios domiciliares e filtros domésticos. **Revista ABO Nacional**. São Paulo, v. 2, n. 6, p. 409-410, dez. 1994/jan. 1995. (Caderno Científico).

RONCALLI, A. G. et al. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 9-25, 2000.

SILVA, M. J. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: BROSE, M. (Org.). **Metodologia participativa**: uma introdução a 20 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. p. 161-176.

123

900559



000560

GLOSSÁRIO

Abordagem familiar: estratégia essencial para o conhecimento e a compreensão da dinâmica das pessoas e das famílias do território, devendo adotar uma concepção de família ampliada, o que contribui para o desenvolvimento e a sistematização da gestão do cuidado e a continuidade da assistência.

Agenda dos profissionais: é recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários, otimizar o tempo; priorizar e programar a atenção com base na análise das necessidades de saúde da população. Esse organização contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar, assim como para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários.

Alimentação adequada e saudável: de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), é a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, de raça e de etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas educativas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Apoio institucional: é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. Possui caráter compartilhado e deve funcionar considerando as realidades e as singularidades de cada território e unidade de saúde, pressupondo planejamento, avaliação constante, suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Os apoiadores possuem agendas regulares de encontros com as equipes, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações e dos processos de trabalho. Esse apoio auxilia as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador.

Benefício Variável à Gestante – BVG: com a implementação desse benefício, amplia-se a responsabilidade do SUS com as famílias do PBF, pois a identificação das famílias elegíveis ao BVG será feita pela saúde, por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Assim, esse benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, antes a família receberá o benefício.

Benefício Variável Nutriz – BVN: destinado às famílias inscritas no Cadastro Único que tenham crianças com até 6 meses de vida, com o objetivo de garantir

melhores condições de nutrição à mãe, se ela for a responsável pele(s) criança(s), e ao bebê, auxiliando na promoção da Segurança Alimentar e Nutricional, dada a grande relevância da amamentação nos primeiros 6 meses de vida. A família terá direito ao benefício mesmo que a criança não esteja em aleitamento materno, como forma de garantir outro tipo de alimentação ao bebê. Esse benefício começa a ser pago quando uma criança for identificada no Cadastro Único, tendo direito a seis parcelas mensais, pagas ao responsável pela família, independentemente do gênero (masculino ou feminino) ou grau de parentesco com o recém-nascido. Para que a família comece a receber o Benefício Variável Nutriz, não será exigido que a criança esteja com o calendário vacinal em dia, nem que já tenha iniciado o acompanhamento de puericultura. Porém, uma vez iniciada a concessão do benefício, para que a família continue a recebê-lo, é necessário que as crianças estejam com o calendário vacinal atualizado e com o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento realizado, conforme a Portaria nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. O não cumprimento dessas condicionalidades poderá levar à suspensão do pagamento do BVN.

Cálculo de Índice de Massa Corporal – IMC: indicador utilizado para avaliar a proporção entre o peso e a altura dos indivíduos.

Método de cálculo:

As medidas de peso e altura do indivíduo devem ser avaliadas segundo métodos preconizados e registrados, respectivamente, em quilos e em metros. O IMC é calculado pela relação entre o peso dividido pelo quadrado da altura do indivíduo, assim como expresso pela fórmula a seguir:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Epilepsia: condição neurológica grave de maior prevalência. Estima-se que acometa em torno de 1% na população em geral.

Fórmula de cálculo da estimativa de gestante: ([número de nascidos vivos no município (fonte: Sinasc) do ano anterior + 10% (perdas estimadas)] / população do município) x 100.

Gestão do cuidado: sistematização da atenção ao indivíduo e familiares com o intuito de assegurar assistência integral, resolutiva e contínua.

Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NBCAL: instrumento importante para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e dos produtos de puericultura que concorrem com a amamentação, reforçada com a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

126

000562

Prevalência das doenças crônicas no Brasil

A tabela a seguir apresenta a prevalência média no Brasil para cinco doenças crônicas.

Tabela 6 – Média brasileira para cinco doenças crônicas

Doença crônica/fator de risco	Prevalência média no Brasil
Hipertensão arterial sistêmica	21,4% entre maiores de 18 anos (BRASIL, 2015)
Diabetes mellitus	5,6% entre maiores de 18 anos. Portaria MS/GS nº 1.631 de 1º de outubro de 2015 (BRASIL, 2015).
Obesidade[1][2][3]	Maiores de 18 anos: 20,8% (PNS, 2013) Meninas (5-9 anos): 18,6% (POF 2008-2009) Meninos (5-9 anos): 11,8% (POF 2008-2009) Adolescentes (12-17 anos): 8,4% (ERICA, 2016)
Asma	População geral: 10% Crianças (6-7 anos): 24,3% Adolescentes (13-14 anos): 19% (SOLE et al., 2006)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Maiores de 35 anos: 0,85% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004)

Fonte: (atualizado Portaria MS/GM/GAB nº 1.631/2015, SOLÉ et al., 2006; CRPT, 2004; POF, 2010).

Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, caso seja necessário.

Rastreamento de câncer de mama: o rastreamento do câncer de mama por meio de mamografia, para mulheres entre 50 e 69 anos, é a cada dois anos. A decisão de começar o rastreamento com mamografia antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, considerando se há risco elevado ou alteração no exame clínico. O rastreamento de câncer de colo do útero por meio do exame citopatológico deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente aquelas da faixa etária de 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos. A partir de 60 anos, o rastreio deve ser individualizado e não está recomendado acima de 65 anos se os últimos exames estiverem normais. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para o seu início.

[1] BLOCH, K. V. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 50, supl. 1, p. 9s, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200309&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2018.

[2] IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

[3] IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. v. 3.

127

000563

Redução de danos: estratégia adotada pelo MS que, de maneira geral, se propõe a reduzir riscos e prejuízos de ordem biológica e psicossociais associados a certos comportamentos e práticas de risco à saúde, sem exigir a extinção do comportamento para que a oferta de cuidado aconteça. Tem como prerrogativa o respeito aos usuários e suas escolhas, o que não inviabiliza uma abordagem problematizadora da equipe sobre essas escolhas. Essa proposta é pautada no respeito aos usuários e suas escolhas, por exemplo: propor para diabéticos e hipertensos novas formas de ingestão de açúcar e sal, ou a inclusão de outros hábitos de vida no dia a dia do usuário que possam amenizar e facilitar o manejo do quadro clínico posteriormente no percurso do tratamento.

Sofrimento psíquico (transtornos mentais leves ou graves): pode ser exemplificado como quadros de sofrimento emocional difuso, depressão, lutos, transtornos ansiosos, queixas somáticas (sem causa orgânica definida), dependências químicas, psicoses (perda de contato com a realidade - delírios, alucinações, comportamentos bizarros e, por vezes, isolamento social), entre outros.

- Transtornos mentais leves - as pessoas trazem queixas físicas sem patologia orgânica associada, mas com quadros de sofrimentos emocionais. São transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade que aqueles atendidos em unidades especializadas (Caps e ambulatórios), com muitas queixas somáticas, com sintomas mistos de depressão e de ansiedade associados a problemas psicossociais. São casos que geralmente envolvem reações emocionais às dificuldades da vida cotidiana.
- Transtornos mentais graves - as pessoas com transtornos caracterizam-se por perda significativa da funcionalidade social (de forma breve ou persistente). Geralmente, podemos, de forma simplificada, dividir em quatro grupos: psicóticos, afetivos graves, comoulsivos graves e de personalidade.

Situação de urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo atendimento não pode ser adiado. Na atenção básica, a intervenção exigida está no âmbito de sua resolubilidade.

Território: o território adscrito da equipe é sua unidade de planejamento das ações, que são desenvolvidas com base nas necessidades e nas prioridades da população cadastrada. A noção de território compreende não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, as instituições, as redes sociais (formais e informais) e os cenários da vida comunitária. Por apresentar esse caráter dinâmico, o planejamento das ações em saúde no território é situacional.

Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e de controle das doenças ou agravos, e assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência.

128

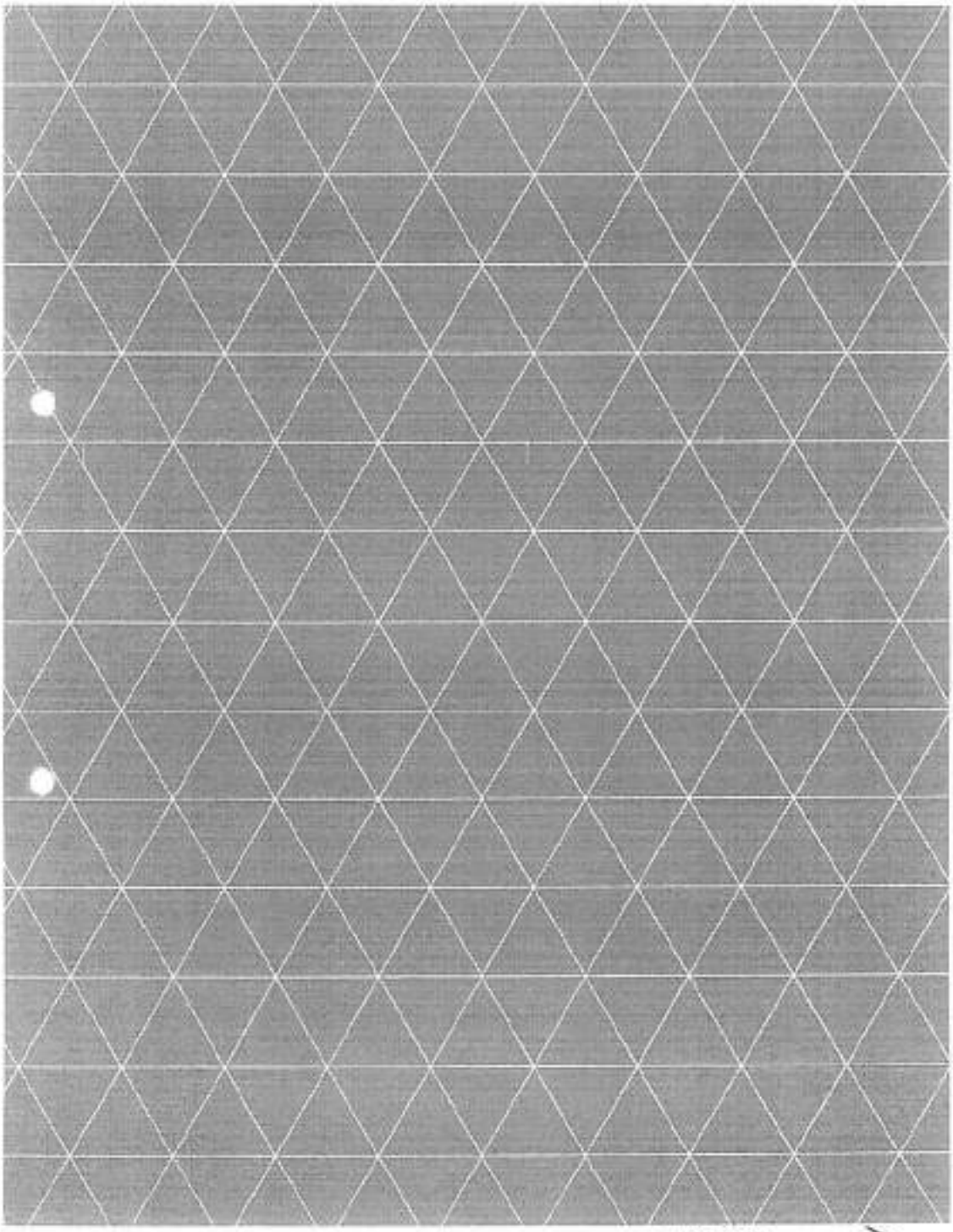
900564

Vigilância em Saúde Ambiental: tem como objetivo o conhecimento, a detecção e a prevenção de quaisquer mudanças dos fatores ambientais que possam influenciar ou alterar os determinantes e/ou condicionantes da saúde humana.

Violência: o tema da violência é de grande importância para a saúde pública porque tem magnitude, gravidade e impacto sobre a saúde individual e coletiva. O impacto sobre a população traduz-se especialmente em mortalidade precoce com diminuição da expectativa e da qualidade de vida de adolescentes, de jovens, de adultos e de idosos. O fenômeno da violência possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com condicionantes e determinantes sociais e econômicos como desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda e exclusão social, também tem relação com comportamentos culturalmente determinados, como machismo, racismo e homofobia.

129

900565



000566

Anexos

ANEXO A - Infraestrutura, Equipamentos e Materiais para a UBS

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 5.1, 5.2 e 5.4)	
Nº	Descrição
Abrigo de resíduos sólidos	
Administração e gerência	
1	Cadeiras
2	Cesto de lixo
3	Estante ou armário
4	Mesa tipo escritório com gavetas
5	Quadro mural
6	Computador
Almoxarifado	
7	Armários
8	Cadeiras
9	Estantes
10	Mesa
Área para abrigo de compressor e bomba	
Área de espera	
11	Bebedouro
12	Cesto de lixo
13	Suporte para TV e vídeo
14	Longarina
15	Televisor
Área externa	
Área externa para embarque de ambulância	
Área de recepção	
16	Arquivos fichário de metal
17	Cadeiras
18	Mesa de escritório
19	Mesa de impressora + impressora
20	Mesa de microcomputador + computador
Área de serviço	
21	Armários e bancadas
22	Tanque de louça ou de aço
Banheiro para funcionários	
23	Armário
24	Bacia sanitária
25	Chuveiro

continua

131

000567

MINISTÉRIO DA SAÚDE

continuação

INFRAESTRUTURA: EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
26	Lavatório
Nº	Descrição
Central de material de esterilização	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação	
27	Bancada com bojo
28	Bancada com pia e pia de despejo
29	Ducha para lavagem
30	Lixeira com tampa e pedal
Sala de esterilização e estocagem do material esterilizado	
31	Armários sobre e/ou sob bancada
32	Autoclave
33	Bancada sem bojo (esterilização)
34	Bancada com pia
35	Bancos de altura compatível com manipulação de materiais sobre bancada
36	Exaustor
37	Guichê de distribuição de material
38	Lavatório
39	Torneira com fechamento que dispense uso das mãos
Sala de utilidades	
40	Armário de aço
41	Estante modulada
42	Escada
43	Cesto de lixo
Consultório ginecológico	
44	Armário vitrine
45	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
46	Balança antropométrica (capacidade mínima 200 kg)
47	Balança infantil
48	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
49	Banqueta giratória ou mocho
50	Biombo
51	Cadeiras
52	Cesto de lixo
53	Detector fetal
54	Estetoscópio de Pinard
55	Escada de dois degraus
56	Esfigmomanômetro
57	Estetoscópio
58	Foco de luz
59	Glicosímetro
60	Instrumentais
61	Lanterna clínica
62	Lavatório/torneira que dispense uso das mãos

conclusão

132

900566

Continuação

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 2.2, 3.2 e 3.3)	
Nº	Descrição
63	Mesa para exame ginecológico com perneira
64	Mesa auxiliar
65	Mesa tipo escritório
66	Negatoscópio
67	Oftalmoscópio
68	Otoscópio
69	Porta-dispensador de sabão líquido
70	Porta-rolo de papel-toalha
Consultório	
71	Armário vitrine
72	Aparelho de pressão adulto
73	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal
74	Aparelho de nebulização
75	Balde cilíndrico porta-aberta com pedal
76	Balanças antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
77	Cadeiras
78	Cesto de lixo
79	Escada de dois degraus
80	Esfigmomanômetro
81	Estetoscópio
82	Foco de luz
83	Oftalmômetro
84	Lanterna clínica
85	Lavatório com torneira que dispense uso das mãos
86	Mesa auxiliar
87	Mesa para exames
88	Mesa tipo escritório
89	Histeroscópio (só para os estados com área endêmica)
90	Negatoscópio
91	Otoscópio
92	Porta-rolo de papel-toalha
93	Porta-dispensador de sabão líquido
94	Régua antropométrica
Copa/cozinha	
95	Balcada com pia
96	Cadeira
97	Cesto de lixo
98	Fogão ou micro-ondas
99	Mesa
100	Quadro de avisos
101	Refrigerador
Depósito de material de limpeza/área de serviço	
102	Armário

Continua

133

900569

continuação

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A USB (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
103	Bancada
104	Tanque de louça ou aço
Farmácia	
Área de dispensação de medicamentos	
105	Aparelho condicionador de ar
106	Balcão com prateleira
107	Caixas tipo BPI (diversos tamanhos)
108	Cadeiras
109	Computador com impressora e acesso à internet
110	Estante de aço
111	Geladeira
112	Lixeira com tampa e pedal
113	Mesa para computador e impressora
114	Mesa auxiliar
115	Paletes/estrados
116	Refrigerador
117	Termômetro digital
Sala de estocagem de medicamentos	
118	Armário fechado
119	Aparelho condicionador de ar
120	Caixas tipo BPI (diversos tamanhos)
121	Escada
122	Estante de aço para estoque
123	Lixeira com tampa e pedal
124	Mesa auxiliar
125	Paletes/estrados
126	Refrigerador
127	Termômetro digital
Sala para seguimento farmacoterapêutico	
128	Armário simples
129	Cadeiras
130	Computador
131	Lixeira com tampa e pedal
132	Mesa com gavetas
Sala de acolhimento multiprofissional	
133	Mesa tipo escritório
134	Cadeira
135	Cesto de lixo
Sala ACS/ACE	
136	Armário
137	Cadeira
138	Cesto de lixo
139	Mesa redonda
140	Quadro branco ou similar

continua

134

000570

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
Sala de atividades coletivas	
141	Cadeiras universitárias ou cadeiras de auditório
142	Mesa
143	Quadro branco
Sala de coleta	
144	Armários sob e sobre a bancada
145	Cadeiras
146	Escada com dois degraus
147	Mesa para exame clínico
148	Mesa tipo escritório com gavetas
Sala de curativos	
149	Armário vitrine
150	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
151	Cadeira de rodas
152	Cadeiras
153	Carro de curativo
154	Cilindro de oxigênio (preso em suporte)
155	Escada de dois degraus
156	Esfigmomanômetro
157	Estetoscópio
158	Estetoscópio adulto
159	Estetoscópio pediátrico ou neonatal
160	Foco de luz
161	Instrumentais cirúrgicos
162	Mesa auxiliar (na ausência de carro de curativo)
163	Mesa de exame clínico
164	Nebulizador
165	Porta-dispensador de sabão líquido
166	Suporte de soro
167	Porta-rolo de papel-maca
Sala de inalação coletiva	
168	Armário vitrine
169	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
170	Cadeiras ou bancos
171	Central de nebulização
172	Cesto de lixo
Sala de observação	
173	Aspirador portátil
174	Balde cilíndrico para porta-detrito com pedal
175	Biombo
176	Cilindro de oxigênio portátil completo
177	Colar cervical (kit com três tamanhos)
178	Escada de dois degraus
179	Esfigmomanômetro de coluna de mercúrio
180	Estetoscópio
181	Glicosímetro
182	Lanterna clínica

135

0C0571

MINISTÉRIO DA SAÚDE

conclusão

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
183	Maca com grades removíveis e rodas com travas
184	Porta-dispensador de sabão líquido
185	Porta-rolo de papel-toalha
186	Ressuscitador manual (kit adulto, infantil e neonatal) - Ambu
Sala de procedimento	
187	Armário vitrine
188	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
189	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
190	Cadeira de rodas
191	Cilindro de oxigênio (preso em suporte)
192	Escada de dois degraus
193	Esfigmomanômetro
194	Saída de ar comprimido ou oxigênio
195	Estetoscópio
196	Foco de luz
197	Glicosímetro
198	Instrumentais cirúrgicos
199	Lanterna clínica
200	Mesa auxiliar
201	Mesa para exames
202	Nebulizador
203	Porta-dispensador de sabão líquido
204	Porta-rolo de papel-toalha
205	Suporte de soro
Sala de vacinas	
206	Ar-condicionado para sala de vacina
207	Armário vitrine
208	Arquivo de aço com gaveta
209	Balde cilíndrico porta-detrito com pedal
210	Caixa térmica
211	Cadeiras
212	Geladeira exclusiva para vacina
213	Mesa escritório com gavetas
214	Porta-dispensador de sabão líquido
215	Porta-rolo de papel-toalha
216	Refrigerador para vacina (capacidade mínima para 280 litros)
Sanitário para deficientes	
Sanitários para usuários	
Equipamentos de tecnologia da informação e Telessaúde na unidade de saúde	
217	Computador
218	Câmera (web cam)
219	Caixa de som
220	Estabilizador
221	Microfone para computador
222	Impressora
223	Televisão

136

000572

ANEXO B – Materiais e Equipamentos de Urgência e Emergência

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PARTE 1 DE 2)	
Nº	Descrição
1	Aspirador portátil ou fixo
2	Braçadeira
3	Biombo
4	Cilindro de oxigênio portátil completo
5	Colar cervical (kit com três tamanhos)
6	Escada de dois degraus
7	Esfigmomanômetro
8	Estetoscópio
9	Glicosímetro
10	Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)
11	Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil)
12	Lanterna clínica
13	Maca com grades removíveis e rodas com travas
14	Máscara de oxigênio
15	Otoscópio
16	Porta-dispensador de sabão líquido
17	Porta-rolo de papel-toalha
18	Ressuscitador manual (kit adulto, infantil e neonatal) - Ambu
19	Suporte para soro
20	Umidificador para oxigênio

137

900573

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO C – Estrutura Física para Pessoas com Deficiência

ESTRUTURA FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PADRÃO S7 Atenção Básica - e 3.0 Saúde Bucal)	
Nº	Descrição
1	Sanitário adaptado
2	Barras de apoio nos corredores
3	Uso do corrimão
4	Rampas de acesso
5	Larguras das portas e corredores de circulação com medidas compatíveis com a circulação de usuários com cadeira de rodas e macas
6	Piso antiderrapante
7	Balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes
8	Piso tátil
9	Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados
10	Caracteres em relevo, braile ou figuras em relevo (tátil)
11	Corredores adaptados para cadeira de rodas
12	Portas internas adaptadas para cadeira de rodas
13	Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção
14	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
15	Recursos auditivos (sonoro)
16	Profissionais para acolhimento dessas pessoas

138

000574

ANEXO D – Insumos em Quantidade Suficiente para o Desenvolvimento Regular das Ações de Saúde

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE (PADRÃO 3.9 e 3.10)	
Nº	Descrição
Insumos para ações de saúde:	
1	Abaixador de língua
2	Adaptador para coleta a vácuo
3	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos
4	Agulhas para a coleta a vácuo
5	Algodão
6	Almotolias
7	Ataduras de crepe
8	Baldes para solução desinfectante para instrumentos não descartáveis
9	Bandeja plástica perfurada
10	Caixa de isopor
11	Caixa térmica para a conservação dos imunobiológicos
12	Caixa térmica para a conservação das vacinas
13	CET lâmina (para malária) – só para os estados com área endêmica
14	Coletor de urina (estéril)
15	Coletor universal para exames
16	Coletores para perfurocortantes
17	EPI (aventais impermeáveis, botas ou sapatos fechados impermeáveis)
18	Equipos para soro (macro e microgotas)
19	Escova endocervical
20	Escova (expurgo)
21	Espéculo
22	Espátula de Ayres
23	Espéculos descartáveis (vários tamanhos)
24	Esponja (expurgo)
25	Fios para sutura (diferentes tamanhos) para a UBS
26	Fita adesiva
27	Fita micropore
28	Fita métrica
29	Fixador de lâmina (álcool/spray ou potes)
30	Frasco plástico com tampa (coleta de fezes e urina)
31	Fita para glicosímetro
32	Fita teste para esterilização
33	Fixador citológico
34	Garrote
35	Gazes
36	Jelco ou abocath

139

000575

MINISTÉRIO DA SAÚDE

continuação

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE (PADRÃO 3.0 e 4.0)	
nº	Descrição
37	Gelo reciclável
38	Grade para suporte de tubos
39	Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)
40	Lâmina de vidro com lado fosco
41	Lâminas de bisturi
42	Lancetas para punção digital
43	Lençol descartável
44	Luvas (procedimento e estéril)
45	Máscara de oxigênio
46	Máscara para reanimação e chicote
47	Papel-filtro
48	Papel grau cirúrgico ou outro de pedi ostação
49	Papel-toalha
50	Recipiente plástico com tampa
51	Recipiente para acondicionamento de lâminas usadas
52	Sabão líquido
53	Saco plástico para lixo (branco, preto)
54	Snap
55	Seringas descartáveis de diversos tamanhos
56	Seringas descartáveis com agulha acoplada para insulina
57	Sonda nasogástrica (diversos tamanhos)
58	Sonda vesical (diversos tamanhos)
59	Termômetro clínico
60	Termômetro com cabo extensor ou linea
61	Termômetro de máxima e mínima
62	Termômetro linear
63	Tubo para coleta de escarro
Práticas Integrativas e Comunitárias	
64	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados
65	Copos de ventosa
66	Equipamento para eletroacupuntura
67	Esfera vegetal para acupuntura auricular
68	Esfera metálica pa a acupuntura auricular
69	Mapas de pontos de acupuntura
70	Moxa (carvão e/ou artemísia)
Insumos para atividade educativa e expediente UBS	
71	Alcool setado
72	Apontador
73	Blocos (vários tamanhos)
74	Borracha
75	Caixas (box, organizadora, outras)
76	Caderno
77	Caneta esferográfica (várias cores)
78	Caneta hidrocor
79	Carimbos e almofadas

140

900576

INSUMOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES DE SAÚDE (PADRÃO 3.8 e 3.14)	
Nº	Descrição
80	Cartolina
81	Cartucho ou toner
82	Clips
83	Calculadora
84	CD e DVD
85	Cola
86	Dispenser
87	Envelopes (vários tamanhos)
88	Etiquetas
89	Extrator de grampo
90	Fichários de mesa
91	Fita adesiva
92	Flip chart
93	Guilhotina
94	Grampeador e grampos
95	Lápis
96	Livros (ata, registro, ponto e outros)
97	Papel cenário
98	Papel A4, ofício e outros
99	Papel contínuo (formulário contínuo)
100	Pastas diversas (suspensa, com elástico, AZ, plástico, papelão, sanfonada, fichário, outras)
101	Percevejos
102	Perfurador
103	Pilhas (palito, média e grande) e/ou baterias
104	Pincel atômico (várias cores)
105	Pincel de quadro branco (várias cores)
106	Régua
107	Rolo de flip chart
108	Tesoura
109	Tintas para almofada de carimbo

141

000577

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO E – Materiais e Insumos para os Agentes Comunitários de Saúde

MATERIAIS E INSUMOS PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PADRÃO 1.100)	
Nº	Descrição
1	Balança antropométrica (capacidade mínima 150 kg)
2	Bicicleta
3	Boné
4	Borracha
5	Calçados fechados
6	Caneta
7	Colete ou camiseta
8	Crachá
9	Fichas de cadastro e acompanhamento (ficha A, ficha B, ficha C, ficha D e SSAZ)
10	Lápis
11	Pasta ou mochila
12	Prancheta
13	Protetor solar
14	Régua

142

000576

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

ANEXO F – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE (PADRÃO SUS)	
Nº	Descrição
1	Agenda da mulher
2	Agenda da gestante
3	Bloco de atestado médico
4	Bloco de atestado de comparecimento
5	Bloco de requisição e remessa de exames
6	Bloco de receituário
7	Caderneta da gestante e da mulher
8	Caderneta de saúde da criança
9	Caderneta de saúde do adolescente
10	Caderneta de saúde da pessoa idosa
11	Cartão de vacinação
12	Cartão do pré-natal
13	Fichas Siab (ficha A, B-GES, B-HA, B-DIA, B-TF, B-HAN, ficha C, ficha D, SSA2, PMA2)
14	Ficha de acompanhamento individual do Programa Nacional de Suplementação de Ferro
15	Ficha de consolidado mensal do acompanhamento do fornecimento de suplementos (Programa Nacional de Suplementação de Ferro)
16	Fichas do e-SUS (ficha de cadastro domiciliar, ficha de cadastro individual, ficha de atendimento individual, ficha de procedimento, ficha de atividade coletiva, ficha de visita domiciliar)
17	Fichas de notificação e investigação de agravos do Sinan
18	Formulário de cadastro individual e Ficha de acompanhamento nutricional
19	Formulário de marcadores de consumo alimentar para indivíduos menores de 5 anos
20	Formulário de marcadores de consumo alimentar para indivíduos a partir de 5 anos
21	Mapa diário de acompanhamento do Sisvan
22	Fichas de DST-HIV
23	Fichas de investigação e notificação
24	Fichas de referência e contrarreferência
25	Ficha de prontuário
26	Fichas de imunização
27	Ficha de requisição e resultado de exame citopatológico (Siscolo)
28	Ficha de atendimento pré-natal (programação do tablet: não abre para equipe que utiliza o SUS)
29	Fichas (SIH, Sinasc e Sinan)
30	Mapa diário de administração de vitamina A em crianças
31	Mapa municipal mensal de administração de vitamina A
32	Mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família na Saúde
33	Outros impressos relevantes no município

143

000579

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO G – Insumos e Medicamentos para Urgência e Emergência

INSUMOS E MEDICAMENTOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PORTARIA 1.020)	
Nº	Descrição
1	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos
2	Algodão
3	Ataduras de gaze
4	Cateter de oxigênio nasal
5	Coletor de urina (sistema fechado)
6	Coletores para materiais perfurocortantes
7	Equipos/Variados
8	Esparadrapo
9	EPI
10	Fios para sutura (diferentes tamanhos)
11	Fita micropore
12	Fitas para glicosímetro
13	Garrote
14	Gazes (estéril e não estéril)
15	Gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças
16	Lâminas de bisturi
17	Luvas (procedimento e estéril)
18	Papel-toalha
19	Pilhas descartáveis (palito, média e grande) e/ou baterias elétricas
20	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes
21	Sabão líquido
22	Scalp
23	Seringas com agulha acopladas
24	Seringas descartáveis de diversos tamanhos
25	Sondas (aspiração, oxigênio, nasogástrica, vesical) diversos tamanhos
Medicamentos	
26	Adrenalina/epinefrina
27	Água destilada
28	Aminofilina
29	Amiodarona
30	Atropina
31	Brometo de ipratrópio
32	Cloreto de potássio
33	Cloreto de sódio
34	Diazepínico
35	Dexametasona
36	Diazepam
37	Diclofenaco de sódio
38	Dipirona sódica

conclusão

INSUMOS E MEDICAMENTOS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PADRÃO UPH)	
Nº	Descrição
39	Dobutamina
40	Dopamina
41	Escopolamina (Tiocolina)
42	Fenitoína
43	Fenobarbital
44	Furosemida
45	Glicose
46	Haloperidol
47	Hidantoína
48	Hidrocortisona
49	Insulina
50	Isossorbida
51	Lidocaína
52	Meperidina
53	Midazolan
54	Soro ringer lactato, soro glicofisiológico, soro glicosado

145

000531

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO H - Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.10 E 3.11 SAÚDE BUCAL)	
Nº	Descrição
Agentes queratolíticos	
1	Alcatrão mineral pomada 1%
2	Pasta d'água
3	Peróxido de benzoíla
Antissépticos, desinfetantes e esterilizantes	
4	Permanganato de potássio
Medicamentos analgésicos, antipiréticos e para alívio da enxaqueca	
5	Ácido acetilsalicílico
6	Cloridrato de amitriptilina
7	Dipirona sódica
8	Ibuprofeno
9	Paracetamol
Medicamentos anestésicos locais	
10	Cloridrato de lidocaína
Medicamentos antiácidos	
11	Hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio
Medicamentos antianêmicos	
12	Ácido fólico
13	Cloridrato de hidroxocobalamina
14	Sulfato ferroso
Medicamentos antialérgicos e usados em anafilaxia	
15	Maleato de dexclorfeniramina
16	Loratadina
17	Cloridrato de prometazina
Medicamentos antiarrítmicos	
18	Cloridrato de amiodarona
19	Succinato de metoprolol
20	Cloridrato de propranolol
21	Cloridrato de propafenona
22	Cloridrato de verapamil
Medicamentos antiasmáticos	
23	Dipropionato de beclometasona
24	Brometo de ipratrópio
25	Prednisona
26	Fosfato sódico prednisolona
27	Sulfato de salbutamol
Medicamentos antibacterianos	

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.1C E 3.1I SAÚDE BUCAL)	
Nº	Descrição
28	Amoxicilina
29	Amoxicilina + clavulanato de potássio
30	Azitromicina
31	Benzilbenicilina benzatina
32	Benzilbenicilina procaína + benzilpenicilina potássica
33	Cefalexina (sódica ou cloridrato)
34	Cloridrato de ciprofloxacino
35	Cetoconazol
36	Claritromicina
37	Cloranfenicol
38	Cloridrato de clindamicina
39	Estolato de eritromicina
40	Sulfato de gentamicina
41	Nitrofurantoína
42	Sulfametoxazol + trimetoprima
43	Sulfadiazina
44	Cloridrato de tetraciclina
Medicamentos anticoagulantes	
45	Varfarina sódica
Medicamentos anticonvulsivantes	
46	Carbamazepina
47	Clonazepam
48	Fenitoína sódica
49	Fenobarbital
Medicamentos antidepressivos	
50	Cloridrato de amitriptilina
51	Carbamazepina
52	Carbonato de lítio
53	Cloridrato de fluoxetina
54	Cloridrato de nortriptilina
55	Valproato de sódio ou ácido valpróico
Medicamentos antidiabéticos	
56	Glibenclamida
57	Gliclazida
58	Metformina
Medicamentos antieméticos	
59	Cloridrato de metoclopramida
Medicamentos antifúngicos	
60	Fluconazol
61	Itraconazol
62	Nitrato de miconazol
63	Nistatina
Medicamentos antiglaucomatosos	

147

000583

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO SUS E SUS SAÚDE BUCAL)	
Nº	Descrição
64	Acetazolamida
65	Maleato de timolol
66	Cloridrato de pilocarpina
Medicamentos anti-hipertensivos	
67	Besilato de anlodipino
68	Atenolol
69	Captopril
70	Cloridrato de hidralazina
71	Espironolactona
72	Furosemida
73	Hidroclorotiazida
74	Cloridrato de propranolol
75	Cloridrato de verapamil
Medicamentos anti-inflamatórios e tratamento da gota	
76	Alopurinol
77	Dexametasona
78	Acetato de hidrocortisona
79	Ibuprofeno
80	Fosfato sódico de prednisolona
Medicamentos antiparasitários	
81	Albendazol
82	Espiramicina
83	Ivermectina
84	Metronidazol
85	Tiabendazol
Medicamentos antiparkinson	
86	Levodopa + benserazida
87	Levodopa + carbidopa
Medicamentos antipsicóticos	
88	Haloperidol
89	Cloridrato de biperideno
90	Clorpromazina
Medicamentos antisecretores	
91	Cloridrato de ranitidina
92	Omeprazol
Medicamentos antivirais	
93	Aciclovir
Medicamentos ansiolíticos e hipnossedativos	
94	Cloridrato de clomipramina
95	Diazepam
Medicamentos cardiopatia isquêmica	
96	Ácido acetilsalicílico
97	Besilato de anlodipino
98	Maleato de enalapril

Continuação

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO SMS E SUS SAÚDE RIO AMAQ)	
NR	Descrição
99	Cloridrato de propranolol
100	Sinvastatina
101	Cloridrato de verapamil
Medicamentos contraceptivos hormonais	
102	Etinilestradiol + levonorgestrel
103	Levonorgestrel
104	Noretisterona
105	Acetato de medroxiprogesterona
106	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol
Medicamentos escabicida e pediculicida	
107	Permetrina
Medicamentos hipolipemiantes	
108	Sinvastatina
Medicamentos hormônios sexuais	
109	Estriol creme vaginal
110	Estrogênios conjugados
Medicamentos hormônios tireoidianos, medicamentos antitireoidianos	
111	Levotiroxina sódica
112	Propiltiouracila
Medicamentos insuficiência cardíaca	
113	Carvedilol
114	Digoxina
115	Maleato de enalapril
116	Espironolactona
117	Furosemida
118	Hidroclorotiazida
119	Losartana potássica
Medicamentos laxativos	
120	Glicerol
121	Sulfato de magnésio
Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção osteoporose	
122	Carbonato de cálcio + colecalciferol
123	Alendronato de sódio
Medicamentos substitutivo da lágrima	
124	Hipromelose
Polivitamínico	
125	Ácido fólico
126	Cloridrato de piridoxina
127	Tiamina
Preparação nasal	
128	Budesonida
129	Cloreto de sódio - solução nasal 0,9%
Substâncias minerais	

Continua

149

900585

MINISTÉRIO DA SAÚDE

conclusão

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PADRÃO 3.13 E 3.31 SAÚDE BUCAL)	
Nº	Descrição
130	Carbonato de cálcio
131	Sais para reidratação oral
132	Sulfato ferroso
133	Sulfato de zinco
Vitaminas	
134	Ácido fólico
135	Cloridrato de hidroxocobalamina
136	Palmitato de retinol
Outros	
137	Óleo mineral
Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos da atenção básica	
138	Planta fresca
139	Planta seca (droga vegetal)
140	Planta manipulada
Industrializados	
141	Espinheira-santa
142	Guaco
143	Hortelã
144	Salgueiro
145	Babosa
146	Plantago
147	Alcachofra
148	Cáscara-sagrada
149	Aroeira
150	Garra-do-diabo
151	Isoflavona de soja
152	Unha-de-gato

150

000536

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

ANEXO I – Infraestrutura e Equipamentos Odontológicos

INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS (PASSO 3.2)	
Nº	Descrição
Consultório odontológico	
1	Amalgamador
2	Aparelho de RX odontológico
3	Aparelho condicionador de ar
4	Armário vitrine
5	Autoclave
6	Bancada com pia
7	Bomba a vácuo
8	Cadeira odontológica completa (composta por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico)
9	Caixa sifonada com tampa em aço
10	Câmara escura (para aparelho de raios-X)
11	Compressor com válvula de segurança (isento de óleo)
12	Kit de canetas alta e baixa rotação
13	Filtro para a cadeira
14	Filtro para o compressor
15	Fotopolimerizador
16	Jato de bicarbonato
17	Lavatório com torneiras cuja fechamento que dispense o uso das mãos
18	Lixeira com tampa e pedal
19	Mocho odontológico
20	Negatoscópio
21	Porta-rolo de papel-toalha
22	Salivadora
23	Ultrassom odontológico
24	EPI (avental impermeável, luva de borracha cano longo, sapatos fechados impermeáveis e óculos protetores)
25	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes
Escovódromo	
26	Espelho
27	Lavatório com três ou quatro torneiras
28	Lixeira com tampa e pedal
29	Porta-dispensador de sabão líquido
30	Porta-rolo de papel-toalha

151

960587

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO J – Insumos Odontológicos

INSUMOS ODONTOLÓGICOS (PORTARIA 3.2)	
Nº	Descrição
1	Anestésico
2	Brocas maxicut e minicut
3	Brocas/fresas de alta e baixa rotação
4	Ceras (rosa e utilidade)
5	Cimento ionômero de vidro
6	Cimentos cirúrgicos
7	Cimentos de hidróxido de cálcio
8	Cimentos de óxido de zinco
9	Cunha de madeira
10	Discos de polimento
11	Eugenol
12	Escova de Robson
13	Flúor gel
14	Fio de sutura odontológica
15	Gazes (estéril e não estéril)
16	Gesso pedra
17	Gesso pedra especial tipo IV
18	Godiva de baixa fusão
19	Gorros descartáveis
20	Limalha de prata
21	Luvas (estéril e procedimento)
22	Material de moldagem (alginato)
23	Matriz de aço 5 e 7 mm
24	Mercúrio
25	Óculos de proteção
26	Papel-carbono para articulação
27	Papel-toalha
28	Pasta óxido enólica
29	Pasta profilática
30	Placa de vidro
31	Pó de hidróxido de cálcio
32	Resina acrílica
33	Resinas fotopolimerizáveis
34	Rolo de algodão
35	Sabão líquido
36	Salivite
37	Sugadores descartáveis
38	Tiras de aço para acabamento
39	Vaselina sólida
40	Vaselina líquida
41	Verniz cavitário

152

000588

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

ANEXO K – Material Impresso para o Desenvolvimento Regular das Ações em Saúde Bucal

MATERIAL IMPRESSO PARA O DESENVOLVIMENTO REGULAR DAS AÇÕES EM SAÚDE (PADRÃO 3.8)	
Nº	Descrição
1	Ficha clínica odontológica (prontuário clínico)
2	Fichas do e-SUS (ficha de atendimento odontológico individual)
3	Atestado médico/afastado de comparecimento
4	Receituário
5	Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)
6	Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I)
7	Relatório PMA2 Complementar do SIAB
8	Fichas de requisição e encaminhamento para tomadas radiográficas receituário
9	Ficha de requisição e resultado de exame anatomopatológico
10	Ficha de encaminhamento de referência e contrarreferência

153

000583

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO L - Instrumentais Odontológicos

INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS (PADRÃO 3.30)	
Nº	Descrição
1	Afastadores mox (adulto e infantil)
2	Alveolotomo
3	Aplicadores de hidróxido de cálcio
4	Bandejas de aço
5	Brunidores para restaurações de amálgama
6	Cabos para bisturi
7	Caixa com tampa em aço inox
8	Condensadores para restaurações de amálgama
9	Cânula para aspiração endodôntica
10	Curetas cirúrgicas
11	Curetas periodontais
12	Escavadores de dentina nº 5
13	Escavadores de dentina nº 11,5
14	Escavadores para pulpotomia
15	Esculpidores
16	Espátula de inserção de resina
17	Espátula para gesso e alginato
18	Espelho de mão
19	Fórceps (infantil)
20	Fórceps (adulto)
21	Graf de borracha
22	Limas endodônticas
23	Limas ósseas
24	Macrobroca
25	Nipromodelo
26	Molderas
27	Pedra de afiar curetas periodontais
28	Pinça clínica
29	Placa de vidro
30	Porta agulha
31	Porta amálgama
32	Porta-matriz
33	Seringa Carpule
34	Sindesmótomo
35	Sonda exploradora
36	Sonda milimetrada
37	Sugador cirúrgico
38	Tesouras cirúrgicas

0000550

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do território									
Descrição da situação-problema para o alcance do objetivo									
Objetivo/meta									
Estratégias para alcançar os objetivos/ metas	Atividades e ações desenvolvidas (desenvolvimento da estratégia)	Parceiros necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsável	Prazos	Mecanismo e indicadores para avaliação dos resultados			

155

900591

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:								
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:								
Objetivo/meta:								
Estratégias para alcance do objetivo/ meta	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da estratégia)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Responsáveis envolvidos	Terceirizado/s	Outros	Mecanismos e indicadores para avaliar o desempenho das atividades		

156

000592

631

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão									
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão									
Objetivo/meta:									
Estratégias para alcance do objetivo/meta	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsável	Prazo	Indicadores para avaliação dos resultados			

157

000533

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:								
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:								
Objetivo/meta:								
Estratégias para alcançar os objetivos/ metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da estratégia)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsável	Prazo	Pactuação e/ou indicadores para avaliar o alcance dos resultados		

158

900594

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do quadrão:

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:

Objetivo/meta:

Estratégias para alcançar as metas/diretrizes	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da estratégia)	Recursos necessários (tecnológicos, financeiros, humanos)	Resultados esperados	Responsável	Prazos	Mecanismos e monitoramento para avaliar o alcance dos resultados

159

000535

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do problema								
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:								
Objetivo/meta:								
Estratégias para alcançar o objetivo/ meta	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da estratégia)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsável	Prazos	Mecanismos e indicadores para saber se o resultado foi alcançado

160

900506

635

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do problema:

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:

Objetivo/meta:

Atividades para alcance do objetivo/ meta	Atividade a serem desenvolvidas (detalhamento da atividade)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Prazos	Mecanismos e instrumentos para avaliar o alcance dos resultados

900597

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:								
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:								
Objetivo/meta:								
Estratégias para alcançar os objetivos/ metas	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da estratégia)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsável	Prazo	Acompanhamento (Descrição de como e quando será feito o acompanhamento dos resultados)		

000598

Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | AMAQ

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:

Objetivo/meta:

Estratégias para alcance dos objetivos/ metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Equipe/ atores envolvidos	Responsável	Prazo	Pactuação e articulação para a viabilização dos resultados

163

900593

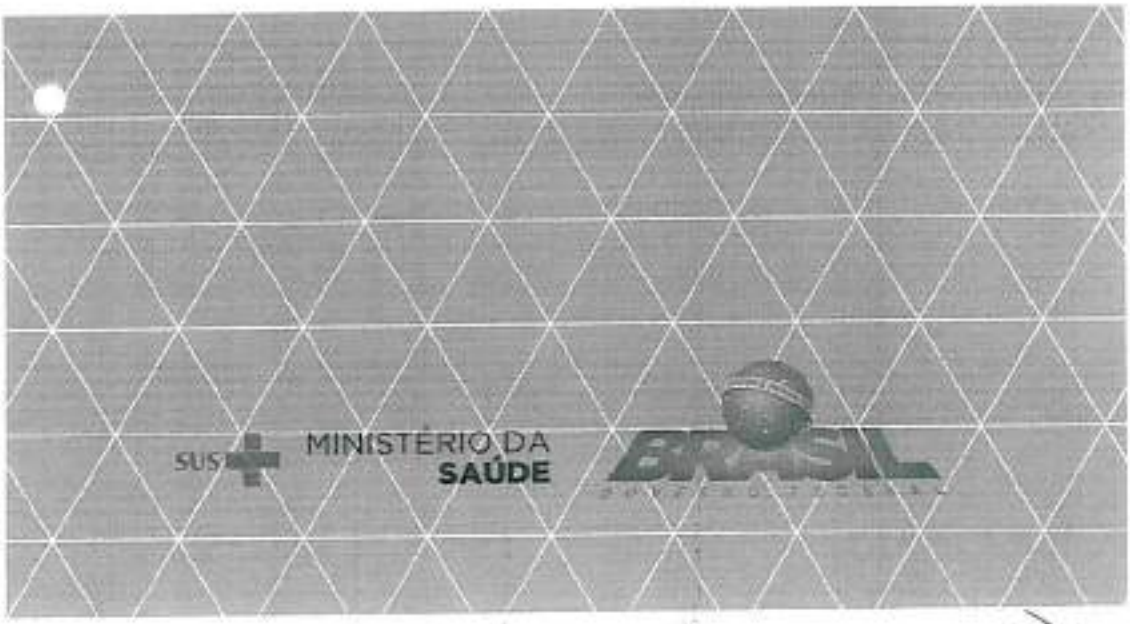
MINISTÉRIO DA SAÚDE

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Diretriz/ação do PAS/SMS:							
Descrição da situação-problema com o alcance do padrão:							
Objetivo/meta:							
Estratégias para alcance do objetivo/ meta	Atividades a serem desenvolvidas/ cronograma de execução	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Necessidade e modalidades para avaliação e monitoramento das atividades



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



000601

VERSÃO PRELIMINAR

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

PMAQ

Programa de Melhoria
do Acesso e da Qualidade

MANUAL INSTRUTIVO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E NASF

Brasília - DF
2017

000602

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

MANUAL INSTRUTIVO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E NASF

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)
– Terceiro ciclo –

(2015-2017)

000603

Ficha Catalográfica

Supervisão Geral:
Allan Nuno Alves de Sousa

Coordenação Técnica Geral:
Allan Nuno Alves de Sousa
José Eudes Barroso Vieira
Mara Lucia dos Santos Costa

Revisão Técnica:
Allan Nuno Alves de Sousa
Danillo Fagner Vicente de Assis
Davllyn Santos Oliveira dos Anjos
Denise Lins de Sousa
José Eudes Barroso Vieira
Maria de Fátima Pereira
Olivia Lucena de Medeiros
Renata Pella Teixeira

Elaboração Técnica:
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Antônio Barbosa de Araújo Junior
Brena Tosles de Cerqueira
Danillo Fagner Vicente de Assis
Davllyn Santos Oliveira dos Anjos
Denise Lins de Sousa
Diroeu Dibmar Klitzke
Edson Hitan Gomes de Lucena
Ilano Almeida Barreto e Silva
Grasiela Damasceno de Araújo
Jéssica Barros Duarte Oliveira
José Eudes Barroso Vieira
Larissa Gabrielle Ramos
Mara Lucia dos Santos Costa
Maria de Fátima Pereira
Marcilio Regis Melo Silva
Monica Pastor Gomez Martinez
Olivia Lucena de Medeiros
Pauline Cavalcanti
Renata Pella Teixeira
Thais Alessa Leite
Virginia Maria Dalfior Fava

Colaboração:
Larissa Crystine Fernandes Silva Buzzatto
Éden Felipe Brito Sena
Thita Carolyne Bello Jatobá
Artur Lopes dos Santos

3

000604

Sumário

LISTA DE ABREVIAÇÕES 6
1. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 7
2. Atenção Básica em Saúde 11
3. Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 15
3.1 Adesão e Contratualização ou Recontratualização das Equipes da Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família 15
3.1.1. Fase de Adesão e Contratualização 15
3.1.2. Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família 19
3.1.3 Compromissos 21
3.1.4. Condições de Permanência no Programa 24
3.2 Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento 24
3.2.1. Autoavaliação 25
3.2.2. Monitoramento 26
3.2.3. Educação Permanente 30
3.2.4. Apoio Institucional 30
3.2.5. Cooperação Horizontal 32
4. Certificação 33
4.1 Avaliação Externa de Desempenho das Equipes de Saúde e Gestão da Atenção Básica 34
4.1.1 Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e de Atenção Básica Parametrizada 34
4.1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 36
4.2 Método de Certificação 37
Padrões Essenciais 41
4.2.1 IMPORTANTE: 44
4.2.2 Padrões Estratégicos 45
5. Recontratualização 50
6. Referências 52
ANEXO A 53
1. Relação das Equipes de Atenção Básica aptas a contratualização no 3º ciclo do PMAQ 53
2. Relação das Equipes NASF aptas a contratualização ao 3º ciclo do PMAQ 53
ANEXO B 54
1. Eixo: Acesso e continuidade do cuidado 54
1.1. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante 54

4

000605

1.2. Percentual de atendimentos de demanda espontânea 56
1.3. Percentual de atendimentos de consulta agendada 58
1.4. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada 60
1.5. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero 63
1.6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática 65
2. Eixo: Coordenação do cuidado 68
2.1. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida 68
3. Eixo: Resolutividade 70
3.1. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado 70
3.2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas 72
4. Eixo: Abrangência da oferta de serviços 74
4.1. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica 74
4.2. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal 77
5. Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 77

5

000606

LISTA DE ABREVIAÇÕES

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipe de Atenção Básica
EAB Parametrizada – Equipe de Atenção Básica Parametrizada
ESB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB – Piso da Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SF – Saúde da Família
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Termo de Compromisso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação

6

000607

1. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

A Atenção Básica no Brasil garante cobertura com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde a mais de 140 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população. São aproximadamente 41 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do país.

Na última década tivemos um extraordinário aumento da cobertura com investimento tripartite na Saúde da Família, estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no Brasil. Recentemente, alguns esforços foram fundamentais para colocar a Atenção Básica (AB) no centro da agenda de gestores das três esferas de governo:

1. A afirmação da AB como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado prestado na rede de serviços;
2. O aumento expressivo do financiamento e investimento por parte do Ministério da Saúde e a mudança de seu formato instituindo um componente de equidade, de indução de modelo, de qualidade e de infraestrutura e modernização;
3. A criação do Programa Mais Médicos que transformou a realidade do atendimento na atenção básica, com provimento de profissionais em regiões do país com escassez de médicos. A ampliação do leque do que é compreendido como Estratégia de Saúde da Família permitindo que a estratégia possa retomar o seu crescimento e a expansão, se adequando à diversidade nacional e se adaptando às singularidades de grupos e populações específicas e vulneráveis;
4. Importante investimento em infraestrutura, informatização e unificação e modernização dos sistemas de informação, por intermédio da estratégia e-SUS AB.
5. A criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo em processo pela ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde que envolve participação voluntária, contratualização, autoavaliação, avaliação, educação permanente, cooperação horizontal, apoio institucional, monitoramento e certificação.

Progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é produto e síntese desse contexto [1].

O PMAQ se insere em um contexto no qual o Governo Federal, crescentemente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre as iniciativas, destaca-se o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal, avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a

[1] As portarias GM/MS nº 1.645, de 02 de outubro 2015, dispõe sobre as regras do PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (incluindo aquelas com saúde bucal) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

000605

transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários.

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS.

Dentre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se:

I - Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II - Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III - Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV - Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V - Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe.

8

000609

VI - incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII - Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII - Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX - Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

XI - Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

XII – Baixo investimento em infraestrutura de informática e insuficiente uso das tecnologias da informação para a tomada de decisão.

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela Política Nacional de Atenção Básica nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica a partir de sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento:

I. Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde: Um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de Atenção Básica, respeitando os diferentes contextos.

II. Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes e gestão, considerou a experiência e os resultados obtidos nos ciclos anteriores, com revisão e categorização dos padrões observados na avaliação externa, conforme detalhado posteriormente.

III. Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade: O processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal, das Equipes participantes do PMAQ pode ser acompanhado pelos estados, municípios e sociedade civil organizada, dentre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab.

IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal [2], municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica: Desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e equipes deverão se responsabilizar por ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da Atenção Básica. Os usuários também estarão envolvidos no Programa, na medida

[2] No presente documento, o Distrito Federal será tratado como município e a gestão local da saúde do Distrito Federal será tratada como gestão municipal, para evitar a repetição da especificidade do DF ao longo de todo o seu conteúdo

900610

em que participarão das mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, duas importantes dimensões estarão presentes no processo de avaliação: a avaliação da satisfação dos usuários a respeito das Equipes participantes do Programa e a satisfação das EAB a respeito dos NASF participantes do PMAQ.

V. Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: Um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das equipes, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.

VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários: Todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, consequentemente, o impacto causado por esta para os usuários e os trabalhadores. Tendo como referência os princípios da Atenção Básica, o Programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das equipes. O Programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos trabalhistas, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.

VII. Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos: A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

10

900611

2. Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

A Atenção Básica é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Seus princípios e diretrizes principais são:

I - Territorialização e Responsabilização Sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc.). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito ao papel que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II - Adscrição dos Usuários e Vínculo

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

IV - Cuidado Longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. A ordenação da RAS, dessa forma, implica também em que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede

O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há que se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e um alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, em que o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

VIII - Resolutividade

A resolutividade dos serviços de Atenção Básica diz respeito à capacidade de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde da população, com a solução de problemas de saúde do usuário, ofertando desde a consulta inicial e demais procedimentos na AB até o encaminhamento qualificado ao atendimento especializado, quando necessário. Isto inclui o incremento de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades clínicas das equipes de saúde.

A Atenção Básica é capaz de resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961) e para isso deve buscar sempre melhor desempenho nos resultados em saúde, com organização do serviço e integração com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta articulação é importante, considerando que a AB é apenas um ponto de atenção e que,

algumas vezes, a conduta mais adequada será o encaminhamento a outro serviço para continuidade do atendimento, considerando sempre a melhor trajetória para o usuário dentro da rede.

A efetivação da Atenção Básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde tem forte relação com a capacidade desse serviço acolher seus usuários, responsabilizando-se pelo seu cuidado e solucionando seus problemas, ou seja, sendo resolutiva. Para que as equipes de Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, é necessário que gestores e trabalhadores analisem e intervenham, de acordo com a sua realidade, sobre alguns aspectos:

1. Ações ofertadas pela equipe de Atenção Básica na UBS

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), é diretriz da AB: "Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde". Supera-se com isso a ideia de que as equipes de Atenção Básica devam atuar somente em áreas estratégicas (hipertensão arterial, diabetes, saúde da criança e a saúde da mulher) e reforça que esse serviço seja organizado também a partir das demandas de cuidado da população (consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, incluído o atendimento de urgências/emergências; realização de exames complementares; procedimentos clínicos e pequenas cirurgias).

A adoção de estratégias que ampliam o escopo dos serviços ofertados passa também pela disponibilidade de especialidades na Atenção Básica, a exemplo dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família que atuam em conjunto com os profissionais da equipe de atenção básica, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios.

2. Coordenação do Cuidado:

A Atenção Básica é o ponto da rede de atenção à saúde de maior capilaridade por estar mais próximo dos cidadãos. Essa característica lhe atribui papel central na gestão e coordenação do cuidado, para tanto é fundamental a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais da equipe e os usuários, de forma a garantir o acesso e continuidade do cuidado em tempo oportuno, não os submetendo a encaminhamentos equivocados, desnecessários ou sem corresponsabilidade, que os deixe percorrendo de forma errática os serviços de saúde do território. Coordenar o cuidado consiste em articular as ações de saúde entre os serviços disponíveis dentro da rede de saúde, norteado, especialmente, pelas necessidades das pessoas.

Alguns mecanismos podem auxiliar na efetivação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica: a) implementar fluxos de encaminhamento tendo a equipe como centro do cuidado ao usuário; b) aprimoramento da comunicação entre os serviços de saúde; c) implementar prontuário eletrônico para qualificar o registro e possibilitar melhor compartilhamento das informações clínicas necessária para qualificação das condutas e integração do cuidado.

3. Estruturação de processos de educação permanente

Para que a Atenção Básica cumpra seu papel de acolher e resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, é fundamental que os profissionais das equipes aprimorem constantemente a capacidade de análise das situações e de sua intervenção. Para isso, podem contar com momentos de educação permanente que propiciem discussão, aprofundamento e atualização de conhecimentos/competências e habilidades.

O apoio matricial é uma potente ferramenta neste sentido, pois contribui com o aumento da capacidade de cuidado das equipes, para ampliar o escopo de suas ofertas, bem como no auxílio para articulação com outros pontos de atenção da rede. Esse apoio deve se dar a partir das necessidades, dificuldades ou limites das equipes de Atenção Básica de prestar assistência aos usuários e responsabilizar-se pelo seu cuidado.

A utilização da estratégia Telessaúde também se traduz em uma oferta para contribuir com os processos de educação permanente, por ser um recurso utilizado pela equipe para sanar dúvidas pontuais ou para obter a opinião de outro profissional sobre o manejo de um caso, via teleconsultoria solicitada pela plataforma virtual ou por telefone (0800-6446543). Trata-se de uma ferramenta de comunicação disponível para os profissionais da Atenção Básica que possibilita apoio na decisão da intervenção clínica, ampliando assim a capacidade de cuidado da equipe, reduzindo custos e tempo de deslocamentos dos usuários. A teleconsultoria pode ampliar a capacidade resolutiva de quem as solicita, pois é uma atividade de "apoio assistencial com caráter educacional." (BRASIL, 2012, p.35). Neste sentido, a teleconsultoria pode auxiliar, dentre outras questões:

- Na resolução da demanda do profissional da Atenção Básica por meio de respostas diretas a dúvidas concretas e,
- Na ampliação do acesso à atenção especializada no SUS, qualificando e evitando encaminhamentos desnecessários com apoio da equipe de teleconsultores.

4. Recursos tecnológicos e uso de protocolos

O aumento da capacidade resolutiva das equipes de Atenção Básica envolve a disponibilidade de equipamentos e insumos para apoio diagnósticos/terapêuticos, além da existência e uso de protocolos clínicos e de encaminhamento. Para tanto é importante que sejam realizados investimentos na estrutura física e de equipamentos das UBS, além da pactuação de fluxos de atendimento e encaminhamento, considerando a rede de serviços locorregional, visando a qualificação da assistência prestada, integração e articulação dos serviços. O uso de protocolos ou diretrizes clínicas auxilia os profissionais na avaliação de casos de difícil resolução, bem como na qualificação dos encaminhamentos.

3. Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

1 – Adesão e Contratualização
2 – Certificação
3 – Recontratualização

Fases do PMAQ - 3º Ciclo



3.1 Adesão e Contratualização ou Recontratualização das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica Parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família

3.1.1. Fase de Adesão e Contratualização

No terceiro ciclo do PMAQ todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam,

909616

aderiram ao PMAQ-AB[3], desde que se encontrassem em conformidade com os princípios da atenção básica. As adesões e (re)contratualizações[4] ao PMAQ foram realizadas no Portal do Gestor no endereço eletrônico **http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php**, em período pré-estabelecido, com data de início e término, divulgada no Portal do DAB http://dab.saude.gov.br/portaldab/.

Cabe salientar que a Adesão e (Re)contratualização das equipes é voluntária e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local.

Para as equipes participantes do segundo ciclo do PMAQ, ocorreu o processo de recontratualização. A partir dos resultados alcançados pelas equipes, é possível identificar tendências que nortearão o planejamento de gestores e trabalhadores. É fundamental que o gestor municipal e equipes que participaram do segundo ciclo acessem os resultados da certificação nos relatórios descritivos[5] e analíticos[6] (ver no Portal do Gestor), fomentando sua utilização no planejamento local e municipal, além de redefinição dos processos prioritários de trabalho das equipes e gestão, com vistas ao fortalecimento da atenção básica.

O gestor municipal é o responsável pela confirmação da adesão e (re)contratualização das equipes do seu município. Todas as equipes de AB que participaram do segundo ciclo e que estão ativas em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES poderão ser recontratualizadas, com isso, será garantida a permanência no terceiro ciclo do PMAQ.

Para as novas adesões ao 3º ciclo do programa foi necessário que o município tivesse equipes de AB ou AB com saúde bucal ativas em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES e que não fossem participantes do segundo ciclo do programa. Para essas equipes, o gestor municipal realizou o ranqueamento levando em consideração a sua prioridade para participar do programa. Como o ranqueamento não garantiu a participação no terceiro ciclo, o município acompanhou a homologação final do Ministério da Saúde (MS) que publicou a portaria homologando a quantidade de equipes a serem homologadas, conforme disponibilidade orçamentária.

Não será possível que uma equipe de Saúde Bucal realize a adesão e (re)contratualização separadamente do conjunto da equipe de atenção básica.

[3] Os tipos de equipes que puderam aderir ao PMAQ no 3º Ciclo podem ser consultados no Anexo A.

[4] Adesão refere-se às equipes que pela primeira vez solicitaram inserção no Programa. Recontratualização é a solicitação das equipes que já participavam no ciclo anterior para permanecer no programa.

[5] Relatórios descritivos são documentos de acesso público disponibilizados no Portal do Departamento de Atenção Básica /PMAQ/e-Gestor que trazem os resultados da participação no PMAQ com recorte por equipe, município e estado. Nestes relatórios são apresentados e comparados o desempenho dos indicadores pactuados e a certificação recebida pelas equipes no 1º e 2º ciclos do Programa (nos ciclos anteriores).

[6] Relatórios Analíticos são documentos de acesso público disponibilizados no Portal do Departamento de Atenção Básica/PMAQ/e-Gestor que trazem as análises da avaliação externa, bem como sugestões para melhorar o desempenho da equipe. O relatório divide-se em cinco eixos temáticos fundamentais para as diretrizes da Atenção Básica: acesso e acolhimento; resolutividade; processo de trabalho; coordenação do cuidado e gestão e infraestrutura.

As equipes com médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil tiveram prioridade na homologação feita pelo MS.

A adesão e (re)contratualização das modalidades de equipes de Atenção Básica com Saúde Bucal (AB/SB)[7] se deu de forma conjunta, não sendo possível aderir e (re)contratualizar uma sem a outra. Para os NASF, mesmo os que já participaram do segundo ciclo, foram realizadas novas adesões. Dessa forma, foi necessário que o município possuísse NASF ativos em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015) no CNES.

A adesão e contratualização dos NASFs no terceiro ciclo esteve condicionada a participação das equipes de atenção básica. Portanto, a homologação dos NASF no PMAQ considerou necessário que as Equipes de Saúde da Família (eSF) possuíssem NASFs[8] vinculados no CNES, em uma das três competências (julho, agosto e setembro de 2015), assim como a adesão e (re)contratualização ao PMAQ fosse confirmada pelo gestor municipal no sistema.

Para homologar a adesão dos NASF considerou-se como critério a participação do número mínimo de equipes EAB, por modalidade:

NASF modalidade 1 –necessária adesão e (re)contratualização concomitante de no mínimo 05 equipes saúde da família;

NASF modalidade 2 –necessária adesão e (re)contratualização concomitante de no mínimo 03 equipes saúde da família;

NASF modalidade 3 –necessária adesão e (re)contratualização da equipe de saúde da família apoiada pelo NASF.

O gestor municipal também realizou o ranqueamento dos NASF levando em consideração a sua prioridade para participar do programa. O ranqueamento dos NASF **não** garantiu a participação no terceiro ciclo, a homologação do NASF esteve condicionanda a participação das EAB. Assim, o município acompanhou a homologação final publicada posteriormente pelo MS.

A Adesão e (Re)contratualizaçãoserá foi realizada em duas etapas no sistema. A primeira realizada foi a Adesão e (Re)contratualização de EAB (Etapa 1) e, posteriormente, do NASF (Etapa 2).

- **Etapa 1**

Na etapa 1, o sistema apresentou as equipes que puderam ser recontratualizadas (aquelas que já participaram do segundo ciclo) em conformidade com o CNES, e o gestor manteve selecionadas as equipes que devenam participar do programa, finalizando a recontratualização.

Em seguida, o sistema apresentou as equipes que poderiam aderir e contratualizar (novas equipes) conforme o CNES, e o gestor selecionou e ranqueou as equipes para participar do programa, quando houvesse.

No caso dos municípios que já possuiam todas as equipes participando do segundo ciclo **não** houve adesão e contratualização de novas equipes. No fim da adesão e (re)contratualização foi gerado um termo de

[7] No momento da avaliação externa a orientação será de que as equipes da AB, SB e NASF que fizeram adesão ou re(contratualização) sejam entrevistadas independente da sua condição futura de permanência ou não no Programa

[8] Idem nota nº 7.

compromisso para o gestor municipal e um termo para as equipes. A orientação é que o termo da equipe fosse impresso para o número total de equipes aderidas e (re)contratualizadas. Esse termo é o instrumento de pactuação entre a gestão e os trabalhadores, deve estar assinado pelo gestor municipal ou seu representante e pelo responsável de equipe e ser apresentado no momento da avaliação externa. Por fim, o sistema gerou um arquivo em PDF com a lista de equipes Aderidas e (Re)contratualizadas [9]. Vale lembrar que as equipes Aderidas e Contratualizadas (novas equipes) **não** tiveram a garantia de homologação.

Após finalizada essa etapa **não** foi mais possível entrar no sistema para refazê-la. Nesse momento foi importante que o gestor soubesse quais são os NASF que desejaram aderir ao PMAQ para poder fazer a adesão das EAB de forma a ter relação com a adesão do NASF na etapa 2.

- **Etapa 2**

Concluída a Adesão e (Re)contratualização de EAB, o momento posterior foi o de realizar a adesão dos NASF.

O sistema apresentou os NASF que poderiam aderir e contratualizar no PMAQ em conformidade com o CNES, e o gestor selecionou e ranqueou as equipes para participar do programa considerando as EAB que foram selecionadas na etapa 1.

No caso dos municípios que não tinham NASF no CNES **não** houve adesão e contratualização de novas equipes. Por fim, o sistema gerou um arquivo em PDF com a lista de NASF Aderidas e Contratualizadas. Após finalizada essa etapa **não** foi possível entrar no sistema para refazê-la.

O município receberá, mensalmente, o Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por cada equipe contratualizada:

a. Atenção Básica sem Saúde Bucal - R$ 1.700,00;
b. Atenção Básica com Saúde Bucal - R$ 2.200,00
c. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo I - R$ 1.000,00
d. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo II - R$ 600,00;
e. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo III - R$ 400,00).

mediante transferência fundo a fundo, após publicada portaria específica de homologação da adesão e (re)contratualização das equipes e municípios participantes do terceiro ciclo do PMAQ pelo Ministério da Saúde.

Após a homologação da adesão e contratualização/recontratualização das equipes do município, realizada pelo MS, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS)[10], à Comissão Intergestores Regional (CIR)[11] e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)[12].

---

[9] O gestor municipal por meio do acesso restrito no eGestor poderá , a qualquer momento, ter acesso a lista de adesões e ou re(contratualizações) realizadas pelo seu município no 3º ciclo.
[10] No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Conselho de Saúde do Distrito Federal.
[11] Ou comissão, conselho ou comitê análogo, presente no estado.
[12] No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

18

000619

3.1.2. Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é, desde 1994, a opção brasileira para expansão e fortalecimento da Atenção Básica. Desde então, observamos um importante aumento de sua cobertura e, ao mesmo tempo, do acesso global a serviços, insumos e ações em saúde.

No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na região centro-sul do país, na década de 1990, já possuíam importantes redes de Atenção Básica implantadas, responsáveis pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros. Esses serviços cobrem de 10% a 20% da população, conforme o critério que se use. Nesse cenário, com o objetivo de qualificar toda a Atenção Básica do país, o Ministério da Saúde considera a necessidade de incorporar as Equipes de Atenção Básica organizadas em outras modalidades nos processos de qualificação, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no Programa.

Após amplo debate e pactuação tripartite, o Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos para que as EAB organizadas de maneira diferente da ESF possam aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O conjunto de parâmetros construídos consideram núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

Conforme descrito nas diretrizes do PMAQ, todas as Equipes de Atenção Básica participantes do Programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita por EAB.

Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficará condicionada ao seu cadastramento no CNES, agrupando os profissionais de nível superior, de acordo com as faixas de carga horária dispostas no quadro 01:

Quadro 01 – Equivalência de Equipes de Atenção Básica que se organizam de maneira diferente da ESF com Equipes de Saúde da Família.

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Equivalência com a ESF
70 horas	60 horas	1 Equipe de SF
100 horas	80 horas	2 Equipes de SF
150 horas	120 horas	3 Equipes de SF

Uma Unidade Básica de Saúde que possuir a quantidade de profissionais médicos cuja carga horária somada extrapole às 150 horas, e a de profissionais enfermeiros extrapole às 120 horas poderá conformar mais de uma EAB. Em uma situação na qual a soma da carga horária dos médicos de uma UBS chegue a 220 horas e a de enfermeiros chegue a 180 horas, essa unidade poderá conformar uma EAB (150 horas médicas e 120 horas de enfermagem) que equivale a três equipes de SF, mais uma EAB (70 horas médicas e 60 horas de

enfermagem) que equivale a uma equipe de SF. Alternativamente, essa mesma unidade poderá conformar duas EAB13, sendo que cada uma delas equivale a dues equipes de SF.

Nos casos em que existirem ações em saúde bucal, e a adesão da EAB estiver vinculada a uma ESB, a carga horária do cirurgião dentista deverá estar de acordo com as faixas descritas no quadro abaixo:

Quadro 02 - Equivalência de Equipes de Saúde Bucal que se organizam de maneira diferente da ESF com Equipes de Saúde Bucal da ESF.

Soma da Carga Horária Mínima de Cirurgião Dentista	Equivalência com a ESF
40 horas	1 Equipe de SF
80 horas	2 Equipes de SF
120 horas	3 Equipes de SF

O valor de transferência do Componente de Qualidade do PAB Variável, por EAB que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecerá à equivalência descrita nos quadros acima. Nos casos em que a EAB equivale a três equipes da Saúde da Família, o gestor municipal receberá mensalmente o valor referente a três EAB do Componente de Qualidade do PAB Variável.

Para a parametrização, a composição das EAB deve ainda atender às seguintes regras:

Os profissionais médicos que serão considerados para a composição da equipe são:

- Generalista;
- Clínico;
- Pediatra;
- Ginecologista-obstetra.

1) Será obrigatória a presença do profissional médico generalista ou clínico e a soma da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a soma da carga horária dos demais profissionais médicos. Por razões demográficas, a necessidade de médicos que atendem a população adulta (generalista ou clínico) é maior do que a de médicos que atendem crianças (pediatra) e aspectos específicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (ginecologista-obstetra);
2) A presença do ginecologista-obstetra é opcional e quando não houver o mesmo na equipe, as ações de atenção integral à saúde da mulher serão realizadas pelo generalista e/ou clínico e enfermeiro, conjuntamente;
3) Os profissionais médicos generalistas, clínicos e pediatras, assim como enfermeiros e cirurgiões dentista deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais;

[13] Nesse caso, a distribuição da carga horária médica e de enfermagem por EAB poderá se dá de diferentes maneiras. Exemplo: (a) duas equipes com 110 horas médicas e 80 horas de enfermagem cada; (b) uma equipe com 100 horas médicas e 80 horas de enfermagem e outra com 120 horas médicas e 100 horas de enfermagem; etc.

20

000621

4) Os profissionais médicos ginecologista-obstetras, quando presentes, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 10 horas semanais.

Cada equipe poderá ter diferentes faixas de população adscrita, devendo ter relação com as faixas de carga horária dos profissionais. O gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente, no SISAB/eSUS AB, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações. Para essa modalidade de AB, os dados cadastrais poderão ser inseridos em uma única micro-área e vinculados não necessariamente a um ACS, mas a qualquer profissional da Equipe de Atenção Básica.

Um mesmo profissional poderá estar vinculado a duas UBS e até dois municípios diferentes, desde que sua carga horária global não ultrapasse os limites estabelecidos pela regulamentação do setor.

No que se refere à população adscrita por Equipe de Atenção Básica, o Ministério da Saúde considerará para o Programa as faixas de população adscrita, em relação à composição da carga horária de profissionais médicos e enfermeiros, conforme descrito no quadro a seguir:

A distribuição de carga horária dos profissionais médicos (generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra) fica a cargo do gestor, devendo respeitar o perfil demográfico e epidemiológico local.

Quadro 03 – Faixas Populacionais Adscritas de Referência conforme Carga Horária Mínima de Médicos e Enfermeiros em Equipes de Atenção Básica Parametrizadas.

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Faixas populacionais adscritas de referência (habitantes)	
		Mínima	Máxima
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

3.1.3 Compromissos

Ao completar a etapa de contratualização no sistema de adesão ao PMAQ, os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito da atenção básica. São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:

I – Compromissos das Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e NASF):

i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
ii. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;
iii. Alimentar o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica/e-SUS-SISAB de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe e segundo os critérios do Manual Instrutivo;
iv. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
v. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
vi. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
vii. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;
viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal.

II – Compromissos do Município/Distrito Federal:

i. Garantir a composição mínima da(s) Equipe(s) de Atenção Básica (incluindo as equipes de saúde bucal e do(s) Núcleo(s) de Apoio a Saúde da Família) participante(s) do Programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
ii. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por cada Equipe de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do NASF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas nos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo Programa;
iii. Realizar pactuação com os profissionais da(s) equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF para contratualizar a participação no PMAQ;
iv. Aplicar os recursos do Programa em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica;
v. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipes de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF;
vi. Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participante(s) do Programa;
vii. Implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, ao(s) NASF no município;
viii. Realizar ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, o(s) NASF;
ix. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada na(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde;
x. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (eSUS AB/SISAB), com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal e NASF participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente;

xi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município;

xii. Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participantes do Programa, recebendo as equipes de avaliadores da qualidade e auxiliando-os no contato com as equipes a serem avaliadas, quando necessário;

xiii. Utilizar os resultados dos indicadores e da avaliação externa para auxiliar na pactuação de prioridades de investimentos para melhoria da qualidade na Atenção Básica.

III – Compromissos das Gestões Estaduais:

i. Instituir mecanismos de Apoio Institucional aos municípios participantes do Programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica;

ii. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no estado;

iii. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;

iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do Programa no estado, de acordo com suas diretrizes;

v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica;

vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas às equipes participantes do Programa, por meio do CONASS;

vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de co-financiamento estadual da Atenção Básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

i. Assegurar a efetiva implementação do Programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;

ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente Qualidade do PAB Variável, de acordo com as regras do Programa;

iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no Programa.

iv. Elaborar instrumentos e promover processos de Apoio Institucional para subsidiar a implantação do Programa;

v. Ofertar ações de Educação Permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;

vi. Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no país;

23

900624

vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do Programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;

viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de Avaliação Externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do Programa;

ix. Coordenar o processo de recontratualização de ações para melhoria da qualidade da Atenção Básica, com cada Equipe de Atenção Básica participante do Programa, a partir do seu desempenho no processo de Certificação.

3.1.4. Condições de Permanência no Programa

São condições para permanência das equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ:

I. As mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente (Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011)[14] e na portaria que regulamenta os valores de repasse financeiro para o NASF (Portaria GM/MS nº 548 de 04 de abril de 2013). Dentre elas, destaca-se o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado;

II. Alimentação do Sistema de Informação (e-SUS/SISAB AB);

3.2 Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento

O eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Para fins didáticos, esse eixo deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do programa. Como sugestão de apoio ao processo de desenvolvimento do eixo transversal a gestão Municipal, Distrito Federal, Estadual e Federal poderá constituir grupos de trabalho (GT – PMAQ) para maior diálogo entre os atores que compõem o processo de trabalho do PMAQ no território.

O eixo de desenvolvimento está organizado em cinco dimensões:

1 – Autoavaliação;
2 – Monitoramento;
3 – Educação Permanente
4 – Apoio Institucional e
5 – Cooperação Horizontal.

[14] Para os casos de Equipes de Atenção Básica vinculadas a modalidades de organização diferentes da ESF que façam adesão como equipes parametrizadas, passam a valer exigências semelhantes em termos de funcionamento e alimentação dos sistemas de informação às das equipes de Saúde da Família, para efeitos de permanência no PMAQ.

3.2.1. Autoavaliação

A autoavaliação é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse coletivo gestor da mudança deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento.

Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. Frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado resultado. O PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a autoavaliação como instrumento que estimule o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo. Deve ainda ajudar a identificar demandas que o processo de mudança exigirá e, a partir disso, estabelecer diálogos, pedidos e compromissos com a gestão e a comunidade. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde.

Para as equipes que participaram do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, é fundamental que a autoavaliação anterior e a Matriz de Intervenção elaborada sejam também analisadas, a fim de se observar os avanços entre um ciclo e outro, os desafios que persistem, a necessidade de mudança de estratégia de atuação e prioridades. Uma nova autoavaliação ganha sentido e efeito somente após essa análise. O mesmo cabe para a gestão municipal e Coordenação de Atenção Básica.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, o qual varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (Uchimura & Bosi, 2002), é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – profissionais, usuários e gestores - entendendo que todos são co-responsáveis pela qualificação do SUS. Para tanto, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada com e por toda a equipe, utilizando-se instrumento composto por um conjunto de padrões de qualidade que consistem em declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da Atenção Básica. Dessa maneira, o instrumento de autoavaliação se configura em ferramenta com potencial pedagógico, caráter reflexivo e problematizador, em que a elaboração de soluções se dá a partir da identificação dos problemas pela equipe e gestão.

Para o terceiro ciclo do PMAQ, o DAB realizou a revisão do instrumento de autoavaliação (AMAQ) das EAB/SB e NASF. Ressalta-se que esse instrumento disponibilizado pelo departamento não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais, estaduais e equipes definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adeque(m) a sua necessidade e realidade. A realização da autoavaliação, seja utilizando o AMAQ ou outro instrumento, será verificada no processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da

> Visando instrumentalizar as equipes e a gestão municipal na realização da autoavaliação, foi desenvolvido o aplicativo do AMAQ pelo Ministério da Saúde. Com essa ferramenta é possível responder ao AMAQ e utilizar os recursos de construção de matriz de intervenção e geração de relatórios através do próprio sistema. A gestão municipal passará a ter acesso informatizado sobre quais equipes do seu município realizaram a autoavaliação, assim como obter informações sobre o desempenho das equipes em cada subdimensão, auxiliando a gestão na tomada de decisão para o desenvolvimento de ações para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

25

000626

equipe.

O instrumento AMAQ foi construído considerando as seguintes diretrizes:

I. Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

II. Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

III. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;

IV. Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dê por meio de escala numérica; e

V. Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de acesso e qualidade.

A partir desses elementos, o AMAQ foi organizado em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços, quanto os retrocessos. Contudo, é importante destacar que o AMAQ[15] não pretende esgotar todo o universo das práticas em atenção básica, entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

Com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídas Matrizes de Intervenção considerando-se, em um primeiro momento, problemas prioritários e que estejam sob responsabilidade dos atores em questão.

Por fim, cabe lembrar que a realização de autoavaliações, periodicamente, com auxílio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das "práticas avaliativas" cotidianas, nem sempre conscientes ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

3.2.2. Monitoramento

O monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações busca:

I. Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

[15] A ferramenta AMAQ online pode ser acessada na página do Departamento de Atenção Básica/PMAQ por meio da plataforma e-Gestor. Para fins de certificação do Programa é necessário que no último ano a equipe tenha feito pelo menos uma autoavaliação e apresente no momento da visita da avaliação externa a Matriz de Intervenção ao entrevistador. Para as equipes que utilizam o AMAQ online é computada automaticamente a realização da autoavaliação no Sistema do Ministério. Orienta-se que a autoavaliação seja otimizada regularmente no processo de planejamento de superação de limites no processo de trabalho das equipes e não apenas como percentual da nota para certificação final do programa. Outras dúvidas sobre o AMAQ podem ser esclarecidas no manual específico no Portal do DAB na janela AMAQ: http://dab.saude.gov.br/portaldab/epc_pmaq.php

960627

II. Subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;

III. Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV. Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas e resultados alcançados;

V. Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB a enfrentarem os desafios;

Cumpre destacar que, para o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade, é fundamental a realização constante de ações de monitoramento, com a identificação de prioridades de educação permanente, apoio institucional, programação e contratualização de ações. No âmbito do trabalho das equipes, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, destacando-se o cadastramento domiciliar e a elaboração do diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde no território. Esse diagnóstico, complementado por outras análises (como a da demanda que acessa a UBS, a das necessidades de intervenção e de ampliação do escopo de ações e serviços que são demandadas e percebidas por trabalhadores e usuários, etc.) deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho. No sistema e-gestor (http://egestorab.saude.gov.br) é possível acessar os relatórios analíticos e descritivos que são importantes ferramentas ofertadas pelo Ministério da Saúde para os trabalhadores e gestores da Atenção Básica, com a finalidade de refletir sobre alguns aspectos avaliados no PMAQ.

Para orientar o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, alguns pressupostos podem ser úteis, tais como:

I. Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um compromisso meramente formal, mas sim como um mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização;

II. Subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;

III. Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias. Isso dificulta a apropriação de seus resultados e compromete o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas de informação;

IV. Reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados;

27

000628

V. Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;

VI. Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades;

VII. Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento da AB, com vistas à democratização e transparência desses processos, ao aprendizado institucional, ao reconhecimento dos resultados alcançados e ao enfrentamento dos desafios para melhoria da qualidade da AB.

3.2.2.1 Indicadores para Contratualização e Certificação das Equipes

No terceiro ciclo do PMAQ, a avaliação dos indicadores será realizada a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB). Assim, as equipes que utilizam o e-SUS AB/SISAB, seja o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) ou Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB) serão acompanhadas quanto aos indicadores de desempenho do PMAQ.

O SISAB/e-SUS AB permitirá o acesso às informações com grau mínimo de agregação por EAB, SB e NASF participantes do PMAQ.

Caso o município utilize sistema de informação próprio, a base de dados a ser enviada deverá ser compatível com o SISAB/e-SUS AB, **sendo o município o responsável pelo compartilhamento e envio dos dados a base nacional.**

As regras de cálculo para os indicadores de desempenho estão descritas nas fichas de qualificação dos indicadores, presente no anexo deste Manual.

O conjunto dos indicadores, pactuados nos compromissos a serem assumidos pelas equipes participantes e pelas gestões municipais, foram definidos visando a incorporação de indicadores que guardem maior correspondência com elementos que integram a fase de desenvolvimento, considerando os princípios da Atenção Básica presentes na PNAB e sua relevância para melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil.

Com isso, foram selecionados, no terceiro ciclo do PMAQ, 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica (quadro 04) que estão subdivididos em quatros grupos:

- Acesso e continuidade do cuidado
- Coordenação do cuidado
- Resolutividade da equipe de atenção básica
- Abrangência da oferta de serviços

O conjunto de indicadores contratualizados está vinculado ao processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe.

28

000629

Quadro 04 – Indicadores de monitoramento para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada) no terceiro ciclo do PMAQ.

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal
NASF	5. Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): 5.1 Média de atendimentos individuais realizados por profissional do NASF 5.2 Média de atendimentos domiciliares realizados por profissional do NASF 5.3 Média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF 5.4 Média de atendimentos em grupo realizados por profissional do NASF

Considerando que a alimentação regular, consistente e em tempo oportuno dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da AB, é esperado que os resultados dos indicadores reflitam o esforço das equipes de saúde e da gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver uma coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade da Atenção Básica.

Para cada indicador será calculada uma pontuação proporcional ao resultado obtido pela equipe em relação aos respectivos parâmetros mínimos e/ou as médias definidas para cada indicador.

29

000630

3.2.3. Educação Permanente

A consolidação da Atenção Básica como reorientadora do modelo de atenção no Brasil e o aprimoramento das práticas em saúde pressupõe um saber e um fazer em educação permanente integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. O redirecionamento do modelo assistencial impõe claramente a necessidade de reformulações no processo de qualificação dos serviços e profissionais, além de mudanças no processo de trabalho em saúde, exigindo de trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde e que propiciem o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

A Educação Permanente deve pressupor um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e identificação de nós críticos, elabora-se estratégias de atuação. Estimula-se, assim, experiências inovadoras nas práticas de saúde e na gestão do cuidado reconhecendo o mérito de equipes e gestores que alcancem melhor desempenho e resultados na AB. Com isso, o PMAQ visa contribuir, inclusive, para que os cursos pré-formatados sejam ofertados/incorporados em momentos e com mediações que considerem necessidades de formação dos trabalhadores, para que façam mais sentido e tenham maior valor de uso.

Com relação à vinculação dos processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional, avalia-se o grande potencial de desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Portanto, é central que as gestões municipais e estaduais apostem e estimulem processos de educação permanente nas equipes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde oferta o portal Comunidade de Práticas que consiste em importante espaço virtual de comunicação dos gestores e trabalhadores da Atenção Básica e visualização e compartilhamento de experiências e informações. São apresentadas dificuldades do trabalho, narrativas vinculadas ao cotidiano, de maneira a viabilizar o aprendizado mediante as trocas e a reflexão sobre a experiência própria e a experiência do outro, facilitando ainda a sistematização de tecnologias da gestão e do cuidado.

3.2.4. Apoio Institucional

Um dos maiores desafios enfrentados no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido a necessidade de inovar as práticas de gestão. Nesta perspectiva, o apoio institucional propõe transformar os modos tradicionais

000631

de gerir pessoas, processos de trabalho, recursos e políticas públicas de saúde. Dentre as iniciativas e inovações experimentadas tem destaque a diversidade nos arranjos de Apoio Institucional.

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los.

O objeto de trabalho do apoiador institucional é considerado como o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias entre apoiador e equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos.

No cotidiano do trabalho das Equipes de Atenção Básica, os profissionais enfrentam grandes desafios, tais como: trabalhar em equipe; acolher as demandas dos usuários; discutir casos complexos de modo a ampliar a clínica dentre tantos outros. Neste contexto, o apoio institucional na saúde deve adotar como diretriz a democracia institucional, a autonomia dos sujeitos e a produção do cuidado integral, uma vez que o trabalho do apoiador envolve sempre a sua inserção em espaços coletivos, de maneira a permitir uma análise aprofundada dos aspectos de contexto que constrangem a atuação dos profissionais, bem como o exercício de autoanálise pelas equipes. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados deve estar atrelada a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização e impotência, o que não quer dizer desresponsabilização.

Dentre as estratégias de apoio institucional do PMAQ, compreende-se o apoio do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, COSEMS e municípios (eventualmente); o apoio das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios e o apoio da gestão municipal às equipes de saúde. Esse trabalho de apoio, pode se dar em três planos: (a) o das relações interfederativas, (b) o relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado, e (c) o que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano.

É importante considerar que, a despeito da lógica do apoio institucional ser a mesma para as três dimensões de apoio descritas (Ministério da Saúde, coordenações estaduais e gestões municipais), há certas especificidades que marcam cada uma delas, de modo que cada um dos três planos (relações interfederativas, arranjos da rede e processo de trabalho cotidiano das equipes), ainda que sempre presentes, terão pesos ou ênfases diferenciados, a depender do lugar do apoiador e do apoiado. Por exemplo, no apoio às equipes de saúde, os planos dois e três (em especial) tendem a ser mais marcantes.

Particularmente em relação ao apoio às equipes de saúde, é fundamental que haja um dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre os mesmos, que pode ser potencializada a partir da construção de agendas regulares de encontros.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores:

1. Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
2. Suporte à implantação do acolhimento a demanda espontânea;

960632

3. Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares;
4. Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
5. Análise de indicadores e informações em saúde;
6. Facilitação dos processos locais de planejamento;
7. Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade;
8. Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns.
9. Contribuir no apoio ao Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa.

Embora os exemplos citados deem maior ênfase ao apoio institucional às Equipes de Atenção Básica, grande parte das indicações também se aplica para o apoio à gestão estadual e municipal.

3.2.5. Cooperação Horizontal

Entende-se que parte significativa dos avanços observados na Atenção Básica são fruto das experimentações dos atores locais nas adequações cotidianas das ofertas por eles realizadas à população. Neste sentido, o terceiro ciclo do PMAQ, buscando valorizar o protagonismo local, propõe que as equipes participantes do PMAQ compartilhem suas experiências e possibilitem o aprimoramento de suas práticas, entrando em contato com experiências de outras equipes. Essas iniciativas, que no PMAQ serão tratadas como Cooperação Horizontal, já ocorrem no cotidiano de trabalho das equipes, o que se pretende é ampliá-las e valorizá-las tendo em vista seu potencial transformador.

A Cooperação Horizontal parte do princípio que todo trabalhador tem muito a ensinar e a aprender e abrange atividades que envolvem troca, produção e disseminação de diferentes saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado ao usuário, visando o fortalecimento da Atenção Básica a partir da interação entre seus profissionais.

Ela é vista como uma das estratégias para superar os desafios existentes na gestão municipal e no processo de trabalho das equipes, a partir de experiências concretas de enfrentamento das questões inerentes à organização do processo de trabalho da AB. Este modelo permite valorizar o conhecimento criado a partir da experimentação para resolver os problemas vivenciados no cotidiano das UBS. Além disso, a Cooperação Horizontal pode ainda desencadear a formação de uma rede solidária de Educação Permanente entre municípios e equipes para compartilhar essas experiências.

Tal compartilhamento pode ocorrer entre trabalhadores da Atenção Básica da mesma equipe ou de equipes diferentes (mesma unidade, município ou região), e trabalhadores da gestão (gerentes de unidades diferentes, gestores de áreas diferentes na mesma secretaria, gestores de municípios diferentes).

A Cooperação pode acontecer de forma presencial e virtual, debatendo temas como a organização do processo de trabalho, a realização do cuidado, a execução de procedimentos, a articulação com os usuários e

000633

o fortalecimento do conselho de saúde, a proposta de ofertas a partir da realidade do território, a organização da rede de assistência, o planejamento da alocação dos recursos da AB, etc.

Como oferta para troca de experiências de modo virtual, o DAB disponibiliza a Comunidade de Práticas (https://novo.atencaobasica.org.br/) que une profissionais e gestores da saúde em torno de um assunto ou interesse visando achar meios de melhorar o que fazem num aprendizado diário, através da interação regular. Na Comunidade de Práticas da Atenção Básica existe mais de 4.500 experiências compartilhadas por equipes de todo Brasil sobre ações realizadas na AB e também há espaço disponível para a inserção de novas experiências.

O êxito na execução da Cooperação Horizontal depende da identificação das demandas e fragilidades de cada local, do envolvimento dos municípios/equipes/profissionais que participarão da estratégia, da negociação dos instrumentos e da metodologia a fim de gerar bons momentos de contato para aprimorar as práticas locais.

Embora a Cooperação Horizontal seja uma das estratégias ofertadas pelo DAB no bojo do eixo transversal de desenvolvimento do PMAQ, entende-se que estados, municípios e equipes são protagonistas na realização deste tipo de estratégia e tem autonomia para organizar suas experiências e pensar metodologias de interação que correspondam às necessidades locais.

4. Certificação

O processo de certificação do PMAQ deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, é esperado que o PMAQ esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica, no contexto da implantação do SUS.

As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando:

a. **Avaliação externa de desempenho** das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados por um entrevistador in loco. No que diz respeito à avaliação externa, a certificação é realizada considerando os padrões gerais, essenciais e estratégicos. Os padrões essenciais e estratégicos são descritos a seguir neste Manual, já os padrões gerais, estão discriminados no Instrumento de Avaliação Externa (disponível no Portal do DAB).
b. Verificação da realização de **momento autoavaliativo** pelos profissionais das equipes de atenção básica
c. Avaliação de **desempenho do conjunto de indicadores contratualizados** na etapa de adesão e contratualização.

A distribuição dos percentuais para a certificação das equipes eSF, AB Parametrizadas, Saúde Bucal e NASF será:

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados	30%
Avaliação Externa	60%

A cada ciclo do Programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

4.1 Avaliação Externa de Desempenho das Equipes de Saúde e Gestão da Atenção Básica

A avaliação externa será realizada pelo DAB em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Ao contratualizar, o município assume que participará da avaliação externa, sem a necessidade de formalizar a solicitação.

Nessa etapa, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados pelas IEP, irão aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Serão realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes e verificação de documentos.

As questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação (AMAQ). Esses documentos estão disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (www.saude.gov.br/dab).

Cabe salientar que as atividades dos entrevistadores avaliadores da qualidade devem ser pactuadas anteriormente com o gestor municipal, estadual e COSEMS, possibilitando assim, um planejamento e logística adequados ao trabalho de campo.

4.1.1 Equipes da Saúde da Família, Saúde Bucal e de Atenção Básica Parametrizada

O instrumento de avaliação externa contempla elementos relacionados às características estruturais e de ambiência na Unidade Básica de Saúde e disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos que serão observados pelo entrevistador de qualidade, assim como elementos relacionados a organização do processo de trabalho que serão verificados mediante entrevista com profissionais de saúde.

34

000635

Quadro 05 - Síntese dos componentes da avaliação externa das Equipes de Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal (ESB e SB Parametrizada)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS	Funcionamento da Unidade de Saúde
	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS
	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS
	Informatização e Conectividade
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde
	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica
	Educação Permanente e Telessaúde
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo
	Plano de Carreira Remuneração por Desempenho
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	**Gestão do Processo de Trabalho e Acesso**
	População de Referência da Equipe de Atenção Básica
	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica
	Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde
	Rede de Atenção à Saúde
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Atenção à Saúde
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)
	Saúde Mental
	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio
	Promoção da Saúde
	Participação do Usuário e Controle Social

	Áreas Específicas*
	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas
	Programa Saúde na Escola
	Práticas Integrativas e Complementares
Dimensão V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	
	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde
	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado
	Acolhimento à Demanda Espontânea
	Saúde da Mulher e da Criança
	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)
	Satisfação e Participação do Usuário

As informações da subdimensão que trata da Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo Plano de Carreira Remuneração por Desempenho para os trabalhadores da AB não serão pontuadas, no 3º Ciclo, durante a visita do entrevistador e sim por meio do Módulo eletrônico (sistema eletrônico). O sistema será disponibilizado no e-Gestor. **O gestor municipal será o responsável por acessar o sistema** e incluir as informações sobre os profissionais de nível superior e médio das equipes de Atenção Básica (AB, SB e NASF) que aderiram ao PMAQ. A inserção das referidas informações vai compor a nota da Avaliação Externa das equipes.

* As subdimensões das Áreas Específicas serão avaliadas considerando as ofertas e ações das equipes de atenção básica.

4.1.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

As equipes do NASF terão um instrumento específico para avaliação da gestão e do processo de trabalho.

Quadro 06 - Síntese dos componentes da avaliação externa dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
DIMENSÃO I – Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho do NASF
DIMENSÃO II – Valorização do Trabalhador	Educação Permanente
	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo

36

000637

DIMENSÃO III – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho	**Gestão do Processo de Trabalho e Acesso**
	Processo de Trabalho da Equipe NASF
	Planejamento e Monitoramento das Ações do NASF
	Apoio Matricial às EAB
	Gestão do Cuidado Compartilhado
	Coordenação do cuidado e integração à RAS
	Fortalecimento de Ações Intersetoriais
	Ações Específicas para o Cuidado Integral (Ciclos de vida e Áreas Prioritárias)
	Doenças Crônicas
	Práticas Corporais
	Reabilitação
	Saúde da Mulher e da Criança
	Saúde Mental
	Atenção Nutricional
	Áreas Específicas*
	Práticas Integrativas e Complementares
	Assistência Farmacêutica
	Saúde do Trabalhador
DIMENSÃO IV – Satisfação das equipes apoiadas em relação ao trabalho do NASF	Perfil da Equipe NASF
	Apoio Matricial
	Resolutividade das Ações

* As subdimensões das Áreas Específicas serão avaliadas considerando as ofertas e ações das equipes de atenção básica.

4.2 Método de Certificação

Após o processo de avaliação externa, as equipes serão classificadas, conforme o art. 6º, § 1º, da portaria GM/MS nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, em:

- Desempenho Ótimo
- Desempenho Muito Bom
- Desempenho Bom
- Desempenho Regular
- Desempenho Ruim

Após a classificação da totalidade das equipes será definido um fator de desempenho em que se considerará o orçamento global destinado ao pagamento da certificação das equipes contratualizadas e a distribuição das equipes nas categorias de desempenho descritas acima, sendo que o Fator de Desempenho será o valor mínimo que uma equipe receberá.

Exemplo:

Considerando um orçamento mensal de R$ 100.000.000,00 para 20.000 equipes contratualizadas, observa-se que as equipes apresentaram o seguinte desempenho:

- 500 equipes tiveram desempenho Ótimo
- 6.500 equipes tiveram desempenho Muito Bom
- 5.000 equipes tiveram desempenho Bom
- 6.000 equipes tiveram desempenho Regular
- 2.000 equipes tiveram desempenho Ruim

Ao mesmo tempo, considerando nesse exemplo que:

- equipes com desempenho ótimo receberão 10 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho muito bom receberão 8 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho bom receberão 4 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho regular receberão 2 vezes o valor do fator de desempenho
- equipes com desempenho ruim receberão 1 vez o valor do fator de desempenho

O cálculo do Fator de Desempenho será:

$$\frac{\text{Valor do Orçamento Global das Equipes}}{(\text{Nº de Equipes com desempenho Ruim} \times 1) + (\text{Nº de Equipes com desempenho Regular} \times 2) + (\text{Nº de Equipes com desempenho Bom} \times 4) + (\text{Nº de Equipes com desempenho Muito Bom} \times 8) + (\text{Nº de Equipes com desempenho Ótimo} \times 10)}$$

Assim, para o exemplo citado, o fator de desempenho será:

$$\frac{\text{R\$ 100.000.000,00}}{(2.000 \times 1) + (6.000 \times 2) + (5.000 \times 4) + (6.500 \times 8) + (500 \times 10)} = \text{R\$ 1.098,90}$$

Os valores a serem repassados **por equipe** para cada categoria de desempenho seriam:

- Equipes com desempenho **Ruim**: R$ 1.098,90 x 1 = R$ 1.098,90
- Equipes com desempenho **Regular**: R$ 1.098,90 x 2 = R$ 2.197,80
- Equipes com desempenho **Bom**: R$ 1.098,90 x 4 = R$ 4.395,60

32

000639

- Equipes com desempenho **Muito Bom:** R$ 1.098,90 x 8 = R$ 8.791,21
- Equipes com desempenho **Ótimo**: R$ 1.098,90 x 10 = R$ 10.989,01

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber os valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o desempenho alcançado de suas equipes contratualizadas.[14]

Para as equipes de atenção básica que contratualizaram com a equipe de saúde bucal, a presença **por equipe,** de **Cadeira Odontológica em condições adequadas** é condição **Obrigatória** para a permanência no programa, sendo constatada a ausência dessa condição a equipe será considerada **Desclassificada** para fins de certificação de desempenho no Programa.

IMPORTANTE!

Com o PMAQ surgiu a necessidade de individualizar as equipes no SCNES, tanto para a adesão e contratualização do programa, quanto para a certificação final e pagamento pelo MS do componente de qualidade do PAB Variável. Para isso, desde 2013, foi criada uma codificação no SCNES denominada INE (Identificador Nacional de Equipes), a qual se caracteriza como um "CPF" das equipes, um registro que as identificam. E por meio desse número (composto por 10 dígitos) que uma equipe é identificada e tratada no caso de uma mudança de CNES (como ocorre frequentemente quando, devido a reformas ou construção de novas UBS, há mudança do número do estabelecimento – CNES). Por isso, para as equipes participantes do PMAQ e também no uso do nova sistema de informação (e-SUS AB/SISAB), é fundamental que se tenha especial atenção ao INE, evitando alterações equivocadas e a suspensão do repasse dos recursos financeiros relacionados a esses programas.

Exemplo: Se uma equipe mudou de estabelecimento de saúde, o gestor municipal deverá alterar o número do CNES (que é o que identifica o estabelecimento), porém a equipe permanece a mesma, então o gestor municipal NÃO DEVERÁ alterar o INE (que é o que identifica a equipe). O gestor municipal somente deverá migrar esta equipe (INE) para o estabelecimento novo (CNES).

Nos casos em que, no processo de certificação, a equipe seja classificada como **Insatisfatória** ou **desclassificada**, o gestor municipal deixará de receber o valor de incentivo referente a essa equipe durante todo o ciclo do programa conforme definições expostas no quadro 07.

[14] A Certificação final das equipes será publicada em Portaria em período posterior a fase de Avaliação Externa.

Quadro 07: Condições de não permanência das Equipes no Programa

Status de desempenho da Equipe	Descrição	Situação final Certificação
Desclassificada	1- A equipe será considerada desclassificada quando não apresentar o padrão obrigatório que condiciona a permanência no programa na seguinte situação: a equipe de saúde bucal não apresentar a Cadeira Odontológica. 2- Será desclassificada a equipe que se recusar a realizar a Avaliação Externa ou na situação de não haver o perfil de profissional previsto no ato da entrevista[17].	A equipe será certificada como Desclassificada e não receberá o repasse do durante todo o ciclo do programa a partir da data de Publicação da Portaria de Certificação. No ciclo subsequente a equipe poderá fazer a recontratualização e obter uma nova certificação. Os recursos serão repassados apenas após a nova Certificação a partir da data de Publicação da Portaria de Certificação.
Insatisfatória	1- Não alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS /SISAB). O não envio de dados de produção pela equipe impossibilita, nos meses indicados, o cálculo dos indicadores pactuados na adesão/recontratualização do 3º. Ciclo. Como o monitoramento de indicadores faz parte da Certificação, entende-se que a equipe não cumpriu a condição pactuada na adesão/recontratualização.	A equipe será certificada/status/classificada como Insatisfatória deixando de receber o repasse do durante todo o ciclo do programa. No ciclo subsequente a equipe poderá fazer a recontratualização e obter uma nova certificação.

[17] Para a Equipe de Atenção Básica deverá responder a Avaliação Externa um profissional de nível superior (enfermeiro, médico ou outro) caso não haja profissional de nível superior no ato da entrevista a equipe de AB será desclassificada. No caso da Equipe de Saúde Bucal, na ausência do profissional de nível superior o profissional de nível técnico poderá realizar a entrevista, porém a equipe será penalizada na pontuação final. Consultar também o documento Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal (Saúde da Família ou parametrizada) disponível no PMAQ / 3º Ciclo na página do DAB.

40

960641

Padrões Essenciais

Os Padrões Essenciais são aqueles relacionados às condições mínimas de acesso e qualidade que as equipes de Atenção Básica devem ofertar aos usuários. Conforme a Portaria GM/MS nº 1.645 de 02/10/2015 que dispõe sobre o PMAQ-AB, caso a equipe contratualizada não alcance **todos os padrões essenciais** de qualidade, ela será automaticamente certificada com **desempenho ruim.**

Os quadros a seguir apresentam os padrões essenciais de qualidade que serão considerados para a certificação por modalidade de equipe.

Quadro 08 – Padrões Essenciais para as Equipes de Atenção Básica

	Condições de Funcionamento das UBS		
Categoria	**Padrão Essencial de Acesso e Qualidade**	**Questões no Instrumento**	**Módulo/Código Variável**
Horário de Funcionamento	A Unidade Básica de Saúde funciona 40 horas	Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?	Módulo I – Variável I.4.5
Equipamentos	Aparelho de Pressão Adulto	Quantidade de aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?	Módulo I – Variável I.8.2
	Balança antropométrica que pese pessoas até 150 Kg	Balança antropométrica que pese pessoas até 150 Kg	Módulo I – Variável I.8.9
	Balança infantil	Quantidade de balanças infantis em condições de uso?	Módulo I – Variável I.8.11
	Estetoscópio adulto	Quantidade de estetoscópios adulto em condições de uso?	Módulo I – Variável I.8.5
	Régua antropométrica infantil	Quantas réguas antropométricas infantil em condições de uso?	Módulo I – Variável I.8.13
	Geladeira exclusiva para vacina	Quantas geladeiras/câmaras exclusivas para vacina em condições de uso?	Módulo I – Variável I.8.20
Materiais e Insumos	Espéculo	Espéculo sempre disponível.	Módulo I – Variável I.12.15
	Espátula de Ayres	Espátula de Ayres sempre disponível	Módulo I – Variável I.12.16
	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível.	Módulo I – Variável I.12.19
	Escovinha endocervical	Escovinha endocervical sempre disponível.	Módulo I – Variável I.12.21
	Lâmina de vidro com lado fosco	Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível.	Módulo I – Variável I.12.17
	Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível.	Módulo I – Variável I.12.18

Padrões Essenciais para as Equipes de Atenção Básica

	Processo de Trabalho das EAB		
Categoria	Padrão Essencial de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Territorialização e População de Referência	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	Módulo II – Variável II.6.2
Procedimentos realizados na Atenção Básica	Retirada de pontos	Retirada de pontos	Módulo II – Variável II.11.3.3
	Nebulização/inalação	Nebulização/inalação	Módulo II – Variável II.11.3.6
	Curativos	Curativos	Módulo II – Variável II.11.3.7
	Medicações injetáveis intramusculares	Medicações injetáveis intramusculares	Módulo II – Variável II.11.3.8
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea	Módulo II – Variável II.10.1
Atenção à Saúde	A equipe realiza a coleta do exame citopatológico	A equipe realiza a coleta do exame citopatológico	Módulo II – Variável II.14.1
	A equipe realiza consulta de pré-natal	A equipe realiza consulta de pré-natal	Módulo II – Variável II.15.1
	A equipe cuida de pessoas com hipertensão	A equipe cuida de pessoas com hipertensão	Módulo II – Variável II.17.1
	A equipe cuida de pessoas com diabetes	A equipe cuida de pessoas com diabetes	Módulo II – Variável II.18.1

Quadro 09 – Padrões Essenciais para a Equipe NASF

Categoria	Padrão Essencial de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Processo de trabalho	Existe planejamento articulado da AB junto com o NASF	As ações do NASF são planejadas de forma articulada ao planejamento das Equipes de Atenção Básica?	Módulo IV– Variável IV. 7.2
	O NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho	A equipe NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho?	Módulo IV– Variável IV.7.3
	O NASF realiza consultas individuais, consultas compartilhadas com as Equipes de Atenção Básica e atendimentos no domicílio	IV.7.7.1 Consultas compartilhadas entre profissionais da equipe do NASF e com a ESF	Módulo IV– Variáveis - IV.7.7.1 e IV.7.7.1/1
	A equipe realiza suas atividades de forma		Módulo IV– Variáveis IV.7.13

42

969643

	integrada com as ESF	A equipe do NASF desenvolve suas atividades de forma integrada com as EAB ?	
Educação permanente	O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as ESF consideram pertinentes	O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes?	Módulo IV– Variáveis IV.4.2
	O NASF realiza educação em saúde	Atividades de educação em saúde	Módulo IV– Variável IV.7.7.4

Quadro 10 - Padrões Essenciais para as Equipes de Saúde Bucal (Condições de Funcionamento das UBS)

Categoria	Padrão Essencial de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Horário de Funcionamento	A Unidade Básica de Saúde funciona 40 horas	Esta unidade funciona quais dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)?	Módulo V – Variável V.4.2.1 a V.4.2.7.2
	Caneta de alta rotação	Quantidade de canetas de alta rotação em condições de uso.	Módulo V – Variável V.6.6
	Caneta de baixa rotação	Quantidade de caneta de baixa rotação em condições de uso.	Módulo V – Variável V.6.7
	Compressor de ar com válvula de segurança ou compressor elétrico	Quantos compressores em condições de uso? De ar com válvula de segurança **ou** Elétrico	Módulo V – Variáveis: V.6.8.1 ou V.6.8.2
	Cuspideira	Quantidade de cuspideiras em condições de uso.	Módulo V – Variável V.6.9
	Autoclave	Quantas autoclaves de uso exclusivo da ESB em condições de uso. Compartilhado **ou** Exclusivo	Módulo V – Variável V.6.3
	Mocho	Quantidade de mochos em condições de uso.	Módulo V – Variável V.6.14
	Refletor	Quantidade de refletores em condições de uso.	Módulo V – Variável V.6.15
	Sugador	Quantidade de sugadores (mangueiras) em condições de uso.	Módulo V – Variável V.6.17
Materiais e Insumos	Brocas de alta rotação	Brocas de alta rotação em quantidade suficiente?	Módulo V – Variável V.9.6
	Luva descartável	Luvas em quantidade	Módulo V – Variável V.9.55

43

900644

		suficiente?	
	Máscara descartável	Máscara em quantidade suficiente?	Módulo V– Variável V.9.57

Quadro 11 - Padrões Essenciais para as Equipes de Saúde Bucal (Processo de Trabalho das ESB)

Categoria	Padrão de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Territorialização e População de Referência	A equipe de Saúde Bucal possui mapa do território	A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território?	Módulo VI – Variável VI.3.3 e VI 3.3/1.
Planejamento	Existe planejamento articulado da AB junto com a equipe de saúde bucal	A Equipe de Saúde Bucal participa de reuniões em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	Módulo VI – Variável VI.4.2 e 4.2/1
Organização da Agenda	A equipe de Saúde Bucal realiza consultas de demanda espontânea e agendada	O atendimento clínico da Equipe de Saúde Bucal garante: Atendimento agendado/ programado e Atendimento de demanda espontânea	Módulo VI – Variável VI.7.3

4.2.1 **IMPORTANTE:**

- **Ata de reunião/Termo de compromisso:** no 3º ciclo não será exigida a Ata de Reunião. Quanto ao Termo de Compromisso poderá ser apresentado o Termo da época da Adesão. Caso a equipe opte por apresentar o Termo com as assinaturas atualizadas poderá acessar o documento por meio da plataforma e-Gestor, perfil de gestor do programa.
- **Ficha de informação para os profissionais:** para o 3º ciclo as informações sobre os profissionais de nível superior e médio serão inseridas em sistema eletrônico. Assim não haverá necessidade de preenchimento em meio físico e entrega durante a avaliação externa aos entrevistadores.
- **Material de comprovação online:** os documentos solicitados durante a entrevista como "documento que comprova" que possuam versão eletrônica poderão ser apresentados neste formato sem a necessidade de estar impresso.
- **Autoclave para saúde bucal**: será considerado ter pelo menos uma autoclave de uso compartilhado ou exclusivo da saúde bucal.
- **Equipe funcionando em local provisório:** o instrumento terá campo específico para que o responsável da equipe informe ao entrevistador essa situação.
- **Equipe de Saúde Bucal funcionando em local diferente da equipe de Atenção Básica**: caso esta seja uma estratégia local de organização da oferta de serviço estará fora das diretrizes da Saúde da Família e a equipe será desclassificada. Caso as equipes não atuem no mesmo local devido a reformas a equipe de saúde bucal será entrevistada no local provisório sem prejuízos.
- **Dispensação de medicamentos:** as questões sobre dispensação de medicamentos não incidirão na nota de certificação, seja na UBS ou de forma centralizada.

44

000645

- **Insumos com distribuição insuficiente:** caso no momento da avaliação externa tenha havido interrupção ou a distribuição insuficiente de determinados insumos sob responsabilidade da gestão federal (vacinas, testes rápidos, etc.) a equipe não será prejudicada.

4.2.2 Padrões Estratégicos

Padrões estratégicos são ofertas e ações de padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica. Ainda conforme a Portaria GM nº 1.645 de 02/10/2015 para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter as maiores notas, deverá alcançar um **percentual de padrões considerados estratégicos**.

Os quadros a seguir apresentam os padrões estratégicos de qualidade que serão considerados para a certificação das equipes apresentados por modalidade de equipe.

Quadro 12 – Padrões Estratégicos para as Equipes de Atenção Básica (Condições de Funcionamento das UBS)

Categoria	Padrão Estratégicos de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Acessibilidade na unidade de saúde	Lista (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe	Lista (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe	Módulo I – Variável I.4.3.2
	Equipe realiza atendimento no horário do almoço (12h às 14h)	Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?	Módulo I – Variável I.4.6
Equipamentos	Balança antropométrica de 200 kg	Quantidade de balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso.	Módulo I – Variável I.8.10
	Oftalmoscópio	Quantidade de oftalmoscópios em condições de uso.	Módulo I – Variável I.8.30
Materiais e Insumos	Preservativo feminino	Preservativo feminino sempre disponível.	Módulo I – Variável I.12.24

45

000646

Padrões Estratégicos para as Equipes de Atenção Básica (Processo de Trabalho das EAB)

Categoria	Padrão Estratégico de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Organização dos Prontuários na UBS	As informações de saúde são registradas por meio de prontuário eletrônico	Como são registradas as informações de saúde? - Fichas em papel; - Prontuário eletrônico;	Módulo II – Variáveis: II.7.2.2
		Qual o tipo de prontuário eletrônico? -Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB; -Prontuário eletrônico próprio;	Módulo II – Variáveis: II.7.3.1 ; II.7.3.2 e II.7.3/1
Oferta de Ações da Equipe	Coleta/exame de sangue	Coleta/exame de sangue	Módulo II – Variáveis II.11.2.1
	Coleta/exame de urina	Coleta/exame de urina	Módulo II – Variáveis II.11.2.2
	Coleta/exame de fezes	Coleta/exame de fezes	Módulo II – Variáveis II.11.2.3
	Eletrocardiograma	Eletrocardiograma	Módulo II – Variáveis II.11.2.4
Procedimentos realizados na Atenção Básica	Drenagem de abscesso	Drenagem de abscesso	Módulo II – Variáveis II.11.3.1
	Sutura de ferimentos	Sutura de ferimentos	Módulo II – Variáveis II.11.3.2
	Lavagem de ouvido	Lavagem de ouvido	Módulo II – Variáveis II.11.3.4
	Extração de unha	Extração de unha	Módulo II – Variáveis II.11.3.5
	Inserção de DIU	Inserção de DIU	Módulo II – Variáveis II.11.3.10
	Medicações injetáveis endovenosas	Medicações injetáveis endovenosas	Módulo II – Variáveis II.11.3.9
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento.	Módulo II – Variáveis II.10.6 e II.10.6/1
	No acolhimento a equipe realiza atendimento de urgência	No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza.	Módulo II – Variável II.10.5.1

46

000647

Quadro 13 – Padrões estratégicos para as equipes NASF (Processo de Trabalho)

Categoria	Padrão Estratégico de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Processo de trabalho	O NASF realiza a gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas	O NASF realiza, mediados pela EAB, a gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas?	Módulo IV – Variáveis IV.5.4 e IV.5.4/1
Cuidado integral	O NASF utiliza metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis	IV.12.2 - Quais das seguintes ações são realizadas? - Promove ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira? (IV.12.2.4)	Módulo IV – Variáveis IV.12.2.4
	O NASF oferta apoio a Equipe de Atenção Básica para ofertar outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos.	IV.11.2. Quais das seguintes ações são realizadas? - Oferta outras ações terapêuticas concomitantes ao uso de psicofármacos.	Módulo IV – Variáveis IV.11.2.4
	O NASF realiza acompanhamento dos casos de gestação de alto risco compartilhada com a atenção especializada	O NASF realiza o acompanhamento dos casos de gestação de alto risco, de forma compartilhada com a atenção especializada?	Módulo IV – Variável IV.5.14
	O NASF realiza ações que fortaleçam o cuidado das ESF para os casos diagnosticados de câncer	O NASF desenvolve ações que fortaleçam o cuidado da Equipe de Atenção Básica para os casos diagnosticados de câncer, que necessitem?	Módulo IV – Variável IV.8.3

	O NASF realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade	Realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade, de acordo com a classificação do estado nutricional e a presença de outros fatores?	Módulo IV – Variável IV.13.2.5
	O NASF realiza coordenação do cuidado dos casos complexos de obesidade que necessitam de outros pontos de atenção para usuários que apresentam IMC 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²	Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m² com comorbidades?	Módulo IV – Variável IV.13.2.2
	O NASF realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território?	Módulo IV – Variável IV.9.1
	O NASF realiza acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual)	Acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual)?	Módulo IV – Variável IV.9.2.4
	O NASF desenvolve atividades com equipes de outros serviços de saúde	O NASF auxilia a EAB a fim de qualificar os encaminhamentos de usuários para outros serviços de saúde?	Módulo IV – Variável IV.5.7
Práticas Integrativas e Complementares	A UBS realiza atividades de práticas integrativas e complementares	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas a práticas integrativas e complementares?	Módulo IV – Variável IV.14.1

49

000649

Quadro 14- Padrões Estratégicos para as Equipes de Saúde Bucal (Condições de Funcionamento das UBS)

Categoria	Padrão Estratégico de acesso de qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Equipamentos	Aparelho RX odontológico	Quantos aparelhos de RX odontológico em condições de uso? 1- convencional 2- digital	Módulo V – Variável V.7.2
Materiais e insumos	Avental de chumbo com protetor de tireoide	Quantos aventais de chumbo com protetor de tireoide em condições de uso?	Módulo V – Variável V.7.3
	Caixa de revelação ou outro dispositivo para revelação	Quantas câmaras escuras (caixas de revelação) em condições de uso?	Módulo V – Variável V.7.4
	Colgadura	Quantas colgaduras em condições de uso?	Módulo V – Variável V.7.5
	Filme radiográfico	Filme radiográfico sempre disponível?	Módulo V – Variável V.7.6
	Fixador e revelador ou outro dispositivo par revelação	Fixador para processamento de filme radiográfico em condições de uso? Revelador para processamento de filme radiográfico em condições de uso?	Módulo V – Variável V.7.7 e 7.8
	Recipiente para descarte de lâmina de chumbo	Recipiente para descarte de lâmina de chumbo em quantidade suficiente?	Módulo V – Variável V.9.53

Padrões Estratégicos para as Equipes de Saúde Bucal (Processos de Trabalho)

Categoria	Padrão Estratégico de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Módulo/Código Variável
Reuniões da Equipe	A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?	A Equipe de Saúde Bucal realiza discussão de casos e de projetos terapêuticos?	Modulo VI - Variável VI.4.4 e 4.4I1
Planejamento, Acompanhamento e Avaliação	A equipe investiga o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território	A equipe investigou o perfil epidemiológico de saúde bucal da população do território?	Modulo VI – Variável VI.4.3
Organização dos Prontuários na UBS	As informações de saúde são registradas por meio de prontuário eletrônico;	Como são registradas as informações de saúde? (VI. 6.1) -Prontuário eletrônico	Modulo VI – Variável VI.6.1.2
Coordenação do Cuidado	A equipe utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde para todas as especialidades	A equipe de saúde bucal utiliza protocolos que orientem o encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção na rede de saúde?	Modulo VI – Variável VI.10.3

5. Recontratualização

A terceira fase do PMAQ constitui o processo de recontratualização que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

000051

Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais equipes, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

6. Referências

ALMEIDA, PF et al. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde**. Cad Saúde Pública, RJ, Fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia.** Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** Hucitec, 2000.

CAMPOS, GWS & GUERRERO, AVP. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Ed. Hucitec . SP 2008.

FAUSTO, M. et al. **A posição da ESF na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**. Revista Saúde em Debate.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano.** Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Org). Agir Em Saúde: um desafio para o público. Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de doutorado. Campinas, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primaria: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.
Disponível em: <http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/0715.pdf> Acessado em: 18/09/2015.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. **Ecology of care.**The New England Journal of Medicine, Massachusetts, n. 265, 885-892, 1961.

ANEXO A

1. Relação das Equipes de Atenção Básica aptas a contratualização no 3º ciclo do PMAQ

TIPO	SIGLA	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
1	ESF	EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA
2	ESFSB_M1	ESF COM SAUDE BUCAL - M I
3	ESFSB_M2	ESF COM SAUDE BUCAL - M II
12	ESFR	EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA RIBEIRINHA
13	ESFRSB_MI	ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MI
16	EAB1	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO I
17	EAB2	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO II
18	EAB3	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO III
19	EAB1SB	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO I COM SAUDE BUCAL
20	EAB2SB	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO II COM SAUDE BUCAL
21	EAB3SB	EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO III COM SAUDE BUCAL
24	ESF1	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO I
25	ESF1SB_M1	ESF TIPO I COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
26	ESF1SB_M2	ESF TIPO I COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
27	ESF2	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO II
28	ESF2SB_M1	ESF TIPO II COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
29	ESF2SB_M2	ESF TIPO II COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
30	ESF3	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO III
31	ESF3SB_M1	ESF TIPO III COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
32	ESF3SB_M2	ESF TIPO III COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
33	ESF4	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO IV
34	ESF4SB_M1	ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I
35	ESF4SB_M2	ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II
39	ESFRSB_MII	ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MII

2. Relação das Equipes NASF aptas a contratualização ao 3º ciclo do PMAQ

TIPO	SIGLA	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
6	NASF1	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA - NASF MODALIDADE 1
7	NASF2	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA - NASF MODALIDADE 2
5	NASF3	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA - NASF MODALIDADE 3

53

000654

ANEXO B

Ficha de Qualificação dos Indicadores

1. Eixo: Acesso e continuidade do cuidado

1.1. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante

Conceituação:	Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de atendimentos de médicos e enfermeiros na Atenção Básica e a população cadastrada no e-SUS AB/SISAB na mesma área geográfica. O indicador pode ser desagregado por profissional (média de atendimentos de médicos por habitantes e média de atendimentos de enfermeiros por habitantes) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de médicos e enfermeiros na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de médicos e enfermeiros em relação às necessidades da população adscrita. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número de atendimentos de médicos e de enfermeiros}}{\text{População cadastrada}}$
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS) **Denominador:** Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de cadastro individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
Periodicidade:	Mensal
Parâmetro	**1,8** consultas/habitante/ano. **0,15** consulta/habitante/mês.
Limitações:	✓ Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica. ✓ Inclui os atendimentos realizados em pessoas não cadastradas, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

54

960655

Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/ atualização continua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com o intuito do acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador. ✓ Planejamento de ações no território que possam refletir na garantia de acesso da população ao cuidado ofertado pelo médico e enfermeiro.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. CRMPE. Resolução do n.º 01/2005. Determina os parâmetros a serem obedecidos, como limites máximos de consultas ambulatoriais, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, de atendimentos em urgências e emergências e os realizados em serviço de terapia intensiva. Recife, 2005. Disponível: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmpe/resolucoes/2005/1_2005.htm>. Acessado em: 18 de maio de 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2002. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Sala A, Mendes JDV. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011. SMS. São Bernardo do Campo. Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo – Documento norteador. 2ª edição. São Bernardo do Campo, 2014. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2685-2696, 2016. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro N, Fonseca A, Fonseca FLA. Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central Nordestino. Revista Eletrônica Gestão & Sociedade, v.10, n.26, p. 1290-1301, Maio/Agosto – 2016. Bonfim, D. Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho. São Paulo, 2014. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

55

900656

1.2. Percentual de atendimentos de demanda espontânea

Conceituação:	Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por médicos e enfermeiros em relação ao total de atendimentos individuais na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Este indicador expressa o percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por médicos e enfermeiros em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado (Brasil, 2015). O atendimento de demanda espontânea consiste no atendimento ao usuário com **necessidade de saúde que exige atenção imediata, no mesmo dia**. Essa necessidade se refere a um quadro de sofrimento agudo, com evolução de risco, ou potencialidade de prevenção. Este tipo de atendimento remete à revisão do processo de trabalho pela equipe, de modo a facilitar o acesso de usuários com necessidades de saúde imediatas e estabelecendo o processo de acolhimento, vínculo e responsabilização das equipes. O indicador, por sua vez, mede a relação de atendimentos de demanda espontânea realizados por médicos e enfermeiros e o total de atendimentos. Os atendimentos à demanda espontânea consistem em: (1) **consulta no dia** (realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço); e, (2) **atendimentos de urgência**, quando há possibilidade de agravamento do quadro ou risco de vida e que determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento físico e/ou psíquico, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário. O modelo de atenção à saúde deve preconizar o atendimento a todos os tipos de demanda, de modo que percentuais altos a um tipo de demanda podem sugerir negligência a outros tipos de demanda. Por exemplo, privilegiar excessivamente o atendimento a demandas espontâneas sugere falta de atendimento a demandas por consulta agendada ou cuidado continuado. Assim, recomenda-se que a oferta de atendimentos aos diversos tipos de demanda seja organizada de forma a atender ao perfil epidemiológico prevalente no território, às necessidades da população e à dinâmica dos profissionais das equipes. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na oferta de atendimentos à demanda espontânea na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número de consultas no dia e atendimento de urgência} * 100}{\text{Número total de atendimentos}}$
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de "atendimentos de urgência" + "consulta no dia" realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de

56

000657

	Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** Total de atendimentos de "Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado" + "Consulta Agendada" + "Consulta no dia" + "Atendimento de Urgência" registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro:	**40%** das consultas de médicos e enfermeiros/mês. Os outros 60% serão distribuídos entre demanda agendada e cuidado continuado, de acordo com as necessidades de saúde e o perfil epidemiológico da população adscrita.
Limitações:	✓ Dificuldade no entendimento dos conceitos dos tipos de atendimentos abordados no sistema, como consulta programada, consulta agendada, consulta no dia, escuta inicial, atendimento de urgência, o que pode resultar em erros de registro pelos profissionais. ✓ Ausência de classificação de risco nas unidades: dificuldade dos profissionais no manejo de situações de urgência, que podem se apresentar na unidade ou no território. ✓ Falta de materiais e insumos na UBS para oferecer o atendimento à demanda espontânea.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB, visando minimizar os erros de registros. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB com o intuito de acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador. ✓ Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar o aumento da demanda.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Gusso GDF. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a classificação Internacional de Atenção Primária. 2ª edição (CIAP-2), São Paulo 2009. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Ciência & Saúde Coletiva, 17(10):2687-2702, 2012. SES. Paraná. Oficina do APSUS. Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 6. Programação da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2013. Disponível: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApostilaAPSUS_FINAL_SEMCORTES.pdf>. Acessado em: 02 de junho de 2017. SMS. Florianópolis. Carteira de Serviços – Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2014. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):821-832, 2017. Bonfim, D. Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho. São Paulo, 2014. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

57

000656

1.3. Percentual de atendimentos de consulta agendada

Conceituação:	Percentual de atendimentos de consulta agendada realizados por médicos e enfermeiros por consulta agendada em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Assim como no indicador anterior, este tipo de atendimento busca acolher os usuários com necessidade de saúde que não se enquadram no atendimento de cuidado continuado; porém, **não exige atenção imediata ou no mesmo dia, podendo ocorrer no prazo máximo de 30 dias**. Surge a partir da necessidade de acolher um determinado perfil de usuários com características específicas (trabalhadores, adolescentes, pessoas que não apresentam doenças crônicas, populações transitórias, privadas de liberdade, etc.) que não se encaixam no acompanhamento por ações programáticas, mas que podem, ou não, possuir outras doenças e dificilmente teriam um atendimento longitudinal. O indicador mede a relação dos atendimentos de consulta agendada realizados por médicos e enfermeiros e o total de atendimentos. As consultas agendadas consistem em atendimentos realizados com agendamento prévio, oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendida no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia. O modelo de atenção à saúde deve preconizar o atendimento a todos os tipos de demanda, de modo que percentuais altos a um tipo de demanda podem sugerir negligência a outros tipos de demanda. Por exemplo, privilegiar excessivamente o atendimento a consultas agendadas sugere falta de atendimento a demandas espontâneas, bem como às consultas programadas para o cuidado continuado. Assim, recomenda-se que a oferta de atendimentos aos diversos tipos de demanda seja organizada de forma a atender ao perfil epidemiológico prevalente no território, às necessidades da população e à dinâmica dos profissionais das equipes. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na oferta de consultas agendadas na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número de atendimentos de consulta agendada} * 100}{\text{Número total de atendimentos}}$
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de atendimentos individuais de "Consulta Agendada" informados no campo Tipo de Atendimento registrado por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** Total de atendimentos de "Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado" + "Consulta Agendada" + "Consulta Dia" + "Atendimento de Urgência" registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

58

900659

Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro:	**25 a 35%** das consultas de médicos e enfermeiros/mês.
Limitações:	Dificuldade no entendimento dos conceitos atribuídos para os tipos de atendimentos (consulta programada, consulta agendada, consulta no dia, escuta inicial, atendimento de urgência) o que pode resultar em erros de registro pelos profissionais.
Ações que promovam a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB visando minimizar os erros de registros. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica ao SISAB, com o intuito de acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador. ✓ Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar o aumento da demanda.
Referências:	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Gusso GDF. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a classificação Internacional de Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). São Paulo 2009. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

59

000660

1.4. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada

Conceituação:	Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por condição de saúde avaliada, multiplicado pela prevalência da condição no território, em determinado espaço geográfico, no período considerado. As condições de saúde avaliadas consideradas são: (1) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 2) Diabetes Mellitus (DM); e 3) Obesidade (Obes).
Interpretação:	Mensura a relação entre a produção de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros na Atenção Básica por condição de saúde avaliada, considerando o perfil epidemiológico da população cadastrada no e-SUS AB/SISAB. Pode ser desagregado por condição de saúde avaliada (hipertensão arterial, diabetes e obesidade), por profissional (média de atendimentos de médicos por condição avaliada e média de atendimentos de enfermeiros por condição avaliada) e por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos por condição de saúde avaliada na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos por condição de saúde avaliada em relação às necessidades da população. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{(Atend HAS)} + \text{(Atend DM)} + \text{(Atend Obes)}}{\text{(Pop * Coef Prev HAS)} + \text{(Pop * Coef Prev DM)} + \text{(Pop * Coef Prev Obes)}}$$

Onde:

Atend = número de atendimentos na condição avaliada
Coef Prev = Coeficiente de prevalência da condição de saúde referente à UF de lotação da equipe (INE).
Pop = população cadastrada vinculada à equipe (INE).

Variável/Fonte:	**Numerador**: Total de atendimentos individuais para pessoas com DM + total de atendimentos individuais para pessoas com HAS + total de atendimentos individuais para pessoas com obesidade realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador**: População cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de HAS + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de DM + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de Obesidade. Fonte: Ficha de Cadastro Individual do SISAB/MS e a Pesquisa Nacional de Saúde[18] (IBGE, 2013). * A população cadastrada com 18 anos ou mais deve estar devidamente vinculada à equipe (INE).

[18] Para estimar a prevalência das seguintes condições de saúde: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade.

Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro:	**0,30/mês**
Limitações:	✓ Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica. ✓ Inclui os atendimentos realizados em pessoas não cadastradas, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador. ✓ Os dados disponíveis na Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013) são representativos apenas para Brasil, por regiões e por estados, sendo generalizados para os territórios de atuação das equipes de Atenção Básica e para os municípios.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB, visando minimizar os erros de registros. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com o intuito de acompanhamento dos resultados, negociação de metas e definição de prioridades para a melhoria do indicador. ✓ Disponibilização e adoção de protocolos pelas equipes de saúde como forma de subsidiar a organização do processo de trabalho, bem como melhorar a qualidade da oferta do cuidado. ✓ Avaliação periódica do indicador para subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, assim como identificar os fatores que possam influenciar o aumento da demanda e o controle do agravo.
Referências:	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 130 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Ciência & Saúde Coletiva, 17(10):2687-2702, 2012. Silva CS, Paes NA, Ribeiro TM, Figueiredo M, Cardoso MAA, Silva ATMC, Araujo JSS. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP2013; 47(3):584-90. Radigonda B, Souza RKT, Cordoni Junior L, Silva AMR. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(1):115-126, jan-mar 2016.

61

909662

Quadro síntese do coeficiente de prevalência por condição de saúde referente às Unidades da federação (UF)

Condição de saúde / Coef. De Prevalência	HAS	DM	Obesidade
Brasil	0,214	0,062	0,208
Norte	0,145	0,043	0,176
Rondônia	0,191	0,05	0,196
Acre	0,161	0,033	0,185
Amazonas	0,137	0,046	0,219
Roraima	0,142	0,04	0,197
Pará	0,131	0,038	0,18
Amapá	0,133	0,05	0,196
Tocantins	0,196	0,054	0,17
Nordeste	0,194	0,054	0,18
Maranhão	0,136	0,054	0,136
Piauí	0,193	0,05	0,151
Ceará	0,187	0,049	0,187
Rio Grande do Norte	0,208	0,056	0,211
Paraíba	0,216	0,045	0,173
Pernambuco	0,215	0,062	0,202
Alagoas	0,192	0,068	0,209
Sergipe	0,207	0,06	0,199
Bahia	0,2	0,05	0,171
Sudeste	0,233	0,071	0,22
Minas Gerais	0,24	0,064	0,172
Espírito Santo	0,206	0,061	0,178
Rio de Janeiro	0,239	0,064	0,231
São Paulo	0,23	0,077	0,242
Sul	0,229	0,062	0,233
Paraná	0,214	0,057	0,216
Santa Catarina	0,218	0,055	0,257
Rio Grande do Sul	0,249	0,07	0,236
Centro-oeste	0,212	0,065	0,219
Mato Grosso do Sul	0,211	0,078	0,24
Mato Grosso	0,208	0,062	0,244
Goiás	0,221	0,064	0,208
Distrito Federal	0,197	0,058	0,197

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p (adaptado).

62

900663

1.5. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

Conceituação:	Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo do útero realizados na Atenção Básica em relação ao total de mulheres entre 25 e 64 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre os procedimentos de coleta de material citopatológico do colo do útero realizados na Atenção Básica e o total de mulheres cadastradas na faixa etária de 25 a 64 anos. O indicador possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando o rastreamento do câncer de colo de útero, a fim de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento. A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar o acesso de mulheres ao exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau) na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação da estratégia de rastreamento do câncer do colo de útero e de busca ativa das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos público-alvo desse procedimento. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo: **Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero** **População feminina cadastrada entre 25 e 64 anos de idade**	
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de procedimentos* de "coleta de material citopatológico do colo do útero" ou código "SIGTAP 02.01.02.003-3" informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizados por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de procedimentos – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). *Serão considerados os procedimentos realizados em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos. **Denominador:** Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE). Fonte: Ficha de cadastro individual - SISAB/MS.
Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro	**0,3** exame/população/ano. **0,025** exame/população/mês.
Limitações:	✓ Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica.

63

000664

	✓ Inclui os procedimentos realizados em pessoas não cadastradas, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação de todos os profissionais da Atenção Básica, quanto às diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero: periodicidade, população alvo, método de coleta do exame e registro do procedimento no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Orientação à população quanto à necessidade do exame é realizar busca ativa das mulheres na idade de 25 a 64 anos, para realização do exame citopatológico conforme normas preconizadas pelo Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero.
Referências:	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Dias MBK, Tomazelli JG, Assis M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(3):293-306, jul-set 2010. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Santos RS, Melo ECP, Santos KM. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 809-16. Brasil. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Fichas Técnicas dos Indicadores. Disponível em: http://idsus.saude.gov.br/ficha5a.html. Acessado em: 8 de março de 2017. INCA. Ficha técnica de indicadores das ações de controle do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro. Dezembro/2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665f/a9/FICHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665f/a9. Acesso em: 8 de março de 2017. Secretaria Estadual de Saúde, Paraná. Situação de Cobertura Citologia de Colo do Útero no Estado do Paraná. 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2015/01_RO_CIB/01.pdf. Acessado em 7 de abril de 2017. Assunção JRG, Araújo DDO, Araújo DV, Andrade FB, Ludovico MRGL. Avaliação de indicadores para câncer de colo do útero no período de 2008 a 2012. Revista Ciência Plural. 2015;1(3):38-50. Netto LR. Exame citopatológico de colo de útero: demanda estimada e registrada – Bagé RS, 2011-2014. Porto Alegre, 2014. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

64

909665

1.6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Conceituação:	Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica e a população cadastrada na mesma área geográfica. O indicador reflete o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano uma resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe intenciona dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência que não tem seguimento previsto. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde: mental, mulher, trabalhador, adolescente, idoso, etc. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo ou condição de saúde específica, por exemplo, gestantes.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da produção de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de primeira consulta odontológica programática em relação às necessidades da população. ✓ Contribuir para a avaliação do perfil de atendimento dos serviços odontológicos básicos no SUS. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	$$\frac{\text{Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática} * 100}{\text{População cadastrada}}$$
Fonte:	**Numerador:** Total de "Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas" informadas no campo Tipo de Consulta registradas por cirurgião dentista vinculado à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE). Fonte: Ficha de cadastro individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
Periodicidade:	Mensal

65

000666

Parâmetro:	**15%** atendimento de primeira consulta odontológica programática/ano **1,25%** atendimento de primeira consulta odontológica programática/mês.
Limitações:	✓ Não existe orientação direta para que as unidades básicas tradicionais façam o cadastro das pessoas residentes em seu território, o que pode resultar na subestimação do denominador quando a desagregação for por unidade básica. ✓ Inclui os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador. ✓ Inconsistência no registro deste evento pelos profissionais. Comumente ocorrem registros do código "Consulta Odontológica (1ª consulta)– 03.021.01-7" em qualquer tipo de consulta, seja de urgência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno). A descrição do procedimento na tabela SIA/SUS define como "exame do paciente com finalidade de diagnóstico e/ou plano de tratamento, e condicionamento do paciente". Não existe código para os outros tipos de consulta odontológica. Portanto, os outros casos devem ser registrados somente como procedimentos realizados. Exemplo: Registrar como uma restauração ou uma exodontia, por exemplo, e não uma "Primeira Consulta Odontológica". É necessário realizar treinamento, com vistas a padronizar o conceito "primeira consulta odontológica programática" e aprimorar os registros.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de saúde bucal no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/ contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada. ✓ Programação das ações de atendimento, considerando critérios para classificação de risco. ✓ Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica.
Referências:	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Silva LS, Santana KR, Pinheiro HHC, Nascimento LS. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. Epidemiol. Serv. Saúde v.22 n.2 Brasília jun. 2013. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, Acioli RML, Souza WV. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 54-61, 2014. Matos FES. Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do Sistema de Informação da Atenção Básica. Bauru-SP. Tese. 2014.

66

900687

Secretaria Municipal de Saúde, São Bernardo do Campo, SP. Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo. Documento norteador. 2ª edição, 2014.

Sartori, C., Valim, A. M., Ritter, F., Graff, V. A., & Warmling, C. M. (2015). Avaliação de indicadores de saúde bucal: estudo de caso de uma unidade de saúde da família. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida. 2015. p. 184-194.

Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):545-550, jul-set 2015.

Savariz ARM, Soler MGP, Cosentino SF, Jahn AC. O perfil da saúde bucal no âmbito público na Rota da Produção. Revista Espaço Ciência & Saúde, v. 4, 2016, p. 55-66.

67

900688

2. Eixo: Coordenação do cuidado

2.1. Média de atendimento a recém-nascidos na primeira semana de vida

Conceituação:	Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida realizados por médicos e enfermeiros na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Este indicador configura-se como uma estratégia na qual são realizadas atividades de atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN) pelos profissionais de nível superior. Estas ações contribuem diretamente para a redução da mortalidade infantil e materna. Mede a relação entre os atendimentos (ambulatorial e atenção domiciliar) a recém-nascidos, na primeira semana de vida, realizados por médicos e enfermeiros e o total de crianças nascidas vivas no município a serem acompanhadas na primeira semana de vida. A equipe de Atenção Básica deve identificar e acompanhar, em tempo oportuno, os recém-nascidos do território que tiveram alta da maternidade. A primeira semana de vida do recém-nascido constitui num momento propício para que o médico e o enfermeiro realizem o atendimento clínico do bebê e da puérpera, identificando riscos e vulnerabilidades ao nascer e também da puérpera e particularidades concernentes ao recém-nascido, tais como: identificar os reflexos primitivos principais (como marcha, busca, sucção, etc); avaliar sinais de alerta (como recusa alimentar, vômitos, convulsões, apneia, etc); avaliar o comprimento e o perímetro cefálico da criança; realizar exame clínico/físico completo (conforme CAB 33: Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido); avaliar os sistemas (tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, neurológico e endócrino); identificar a realização dos testes de triagem neonatal; além da avaliação do estado vacinal BCG e contra a Hepatite B. Além dessas primeiras ações, outras deverão ser desenvolvidas pelos ACS, técnicos de enfermagem e outros profissionais da AB, como: o cadastro do RN, o auxílio dos familiares nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientação e realização das demais imunizações, estabelecimento e reforço da rede de apoio à família. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde e município).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição no atendimento em tempo oportuno a recém-nascidos na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil pós-natal no território das equipes. ✓ Contribuir para avaliar a adequação da estratégia utilizada para a captação de recém-nascidos em tempo oportuno para a primeira consulta de puericultura em relação às necessidades da população. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo: **Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida no município** **Total de recém-nascidos a serem acompanhados no município** Onde: Recém-nascidos a serem acompanhados = Nascidos vivos – Óbitos neonatal precoce (até 6 dias).	
Fonte:	**Numerador**: Total de atendimentos individuais a recém-nascidos até seis dias de vida realizados por médicos e enfermeiros das equipes do município*. Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de

000669

	Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** Total de nascidos vivos até o sexto dia de vida subtraído dos óbitos neonatais precoce, por município. Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/MS)[17] e Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM/MS)[18] para o município. **Obs: o cálculo do indicador será municipal e o resultado será replicado para todas as equipes do município. Serão consideradas todas as equipes do município, independente da adesão ao PMAQ.**
Periodicidade:	Mensal
Parâmetro:	**1,0** atendimento/recém-nascido, exclusivamente na primeira semana de vida.
Limitações:	✓ A estimativa de recém-nascidos a serem acompanhados é baseada nos últimos dados disponíveis pelo SINASC e pelo SIM, podendo não refletir os recém-nascidos no ano avaliado quando há variações temporais maiores. ✓ Inclui os atendimentos realizados em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/ atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/ contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Busca ativa dos recém-nascidos identificados no território pela equipe de atenção básica a fim de garantir os primeiros cuidados com a saúde do bebê e de sua família.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Abe R, Ferrari RAP. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família. REME – Rev. Min. Enferm.;12(4): 523-530, out./dez., 2008. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 117-124, jul./set.2009. Domingos CM, Almeida Nunes EFPA, Stutz AC. Monitoramento da saúde da criança em uma Unidade de Atenção Básica do município de Londrina-PR. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 11, n. 2, p. 01-10, jun. 2010.

[17] Para estimar o número de nascidos vivos.
[18] Para estimar o número de óbitos neonatal precoce.

69

909670

3. Eixo: Resolutividade

3.1. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado

Conceituação:	Percentual de encaminhamentos médicos de usuários para serviço especializado, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede os encaminhamentos realizados por médicos para serviços especializados em relação aos atendimentos realizados pelo profissional médico. O indicador permite verificar o nível de resolutividade na Atenção Básica, a fim de identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas, melhorando a organização da oferta do cuidado em saúde entre os pontos da rede de atenção à saúde. A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. De forma complementar dentro de um sistema de saúde, a regulação serve como ferramenta importante para o uso racional dos serviços especializados, organizando o acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos, por meio dos protocolos de regulação, apenas quando apresentam indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na AB, evitando a exposição dos usuários a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária) (NORMAN; TESSER, 2009). Além da otimização do uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (BRASIL, 2015). O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na realização de encaminhamentos médicos para serviços de atenção especializada, no intuito de avaliar o nível de resolutividade da Atenção Básica e identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas deste nível de atenção, melhorando a organização entre os níveis assistenciais. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a qualidade e resolutividade dos serviços da Atenção Básica.
Método de cálculo:	$\frac{\text{Número de encaminhamentos médicos para serviço especializado} * 100}{\text{Número total de atendimentos médicos individuais}}$
Fonte:	**Numerador**: Total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE), onde o conduta/desfecho for registrado como "encaminhamento para serviço especializado". Fonte: Ficha de atendimento individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador**: Total de atendimentos individuais realizados por médico vinculados à equipe (INE) exceto "Escuta Inicial/Orientação". Fonte: Ficha de atendimento individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

70

960671

Periodicidade:	Mensal
Parâmetro:	De 5 a 20% encaminhamentos médicos para serviço especializado/mês.
Limitações:	Não permite identificar a qual especialidade o usuário foi encaminhado.
Magnitude epidemiológica:	Dados referentes ao primeiro semestre de 2015 apontaram quase 5,5 milhões de encaminhamentos da Atenção Básica para serviços da atenção especializada[21], sendo percebida redução de 15% quando comparado ao mesmo período de 2014.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes da Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Aprimoramento e utilização de protocolos clínico-terapêuticos, com vistas a aumentar a capacidade clínica das equipes de Atenção Básica e qualificar os encaminhamentos de usuários para a atenção especializada. ✓ Melhoria das práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, bem como a instituição de mecanismos de comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, entre outros), bem como incorporação das ferramentas de telessaúde articulada às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):821-832, 2017. Locks MTR. Central de marcação de consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso. Florianópolis, 2002. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, Rocha Filho FS. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6(20): 175-81. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Ligia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

[21] http://subweb.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sisab/cnv/SIABPbr.def

71

000672

3.2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Conceituação:	Número de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião dentista em relação ao número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião-dentista, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação dos tratamentos concluídos pelos cirurgiões-dentistas em relação às primeiras consultas odontológicas programáticas. Permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. A adesão ao tratamento odontológico pode ser determinada por fatores sociais e econômicos, pela equipe/ sistema de cuidado de saúde, pelas características da doença, pelas terapias da doença e por fatores relacionados ao paciente (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006) O reconhecimento, por parte dos profissionais, da complexidade da relação dentista-paciente promove melhor aceitação e adesão ao tratamento e, consequentemente, maior possibilidade de sucesso, não só para quem presta, mas também para quem recebe os cuidados (GÜRDAL et al, 2000). Considerando o indicador, resultado menor que 1 (um) reflete que que o número de tratamentos concluídos foi menor do que os tratamentos iniciados. Porém, quando esse resultado é muito menor do que 1, isso pode apontar dificuldade de conclusão dos tratamentos iniciados. Quando o resultado é maior que 1 (um), indica que tratamentos estão sendo concluídos sem que novos tratamentos sejam iniciados. Essa situação aponta para uma possível falha na capacidade de promover acesso a novos pacientes. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na conclusão de tratamentos odontológicos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica.
Método de cálculo:	**Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista** / **Número de primeiras consultas odontológicas programáticas**
Variável/Fonte:	**Numerador**: Total de atendimentos odontológicos individuais informados com "tratamento concluído" no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião-dentista vinculado à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador**: Total de atendimentos odontológicos individuais informados com "Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas" no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião dentista vinculado à equipe (INE). Fonte: Ficha de atendimento odontológico individual – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
Periodicidade:	Mensal

72

900673

Parâmetro:	0,5 - 1,0 tratamento concluído/mês.
Limitações:	✓ Pode ocorrer que o paciente não tenha seu tratamento concluído no mesmo mês em que iniciou, desta forma o indicador será maior ou menor que 1 devido a complexidade do caso ou absenteísmo, por exemplo. ✓ O indicador menor que 1 pode incluir pacientes que não concluíram seu tratamento no mesmo mês da sua primeira consulta odontológica programática. E o indicador maior que 1 pode incluir pacientes que concluíram seu tratamento posterior ao mês que realizou sua primeira consulta ✓ Não permite analisar de forma individualizada, ou seja, que o paciente que concluiu seu tratamento foi o mesmo que o iniciou naquele mesmo mês
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Capacitação/atualização do cirurgião dentista da equipe de atenção básica para a qualificação dos atendimentos e melhoria da adesão aos tratamentos. ✓ Estratégias para garantir a adesão aos tratamentos programáticos (humanização do atendimento, busca ativa de faltosos, lembretes aos usuários das consultas agendadas, entre outros). ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de saúde bucal, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização e conclusão dos Planos Preventivo-Terapêuticos (PPT) dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica. ✓ Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado. ✓ Garantia de disponibilidade suficiente de referências especializadas que condicionem a continuidade e conclusão dos tratamentos iniciados. ✓ Melhorar o acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Matos PES. Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do Sistema de Informação da Atenção Básica. Bauru-SP, Tese, 2014. Secretaria Municipal de Saúde, São Bernardo do Campo, SP. Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo. Documento norteador. 2ª edição, 2014. Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):545-550, jul-set 2015. Savariz ARM, Soler MGP, Cosentino SF, Jahn AC. O perfil da saúde bucal no âmbito público na Rota da Produção. Revista Espaço Ciência & Saúde, v. 4, 2016, p. 55-66.

73

000674

4. Eixo: Abrangência da oferta de serviços

4.1. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica

Conceituação:	Percentual de serviços em Atenção Básica ofertados para a população, em determinado espaço geográfico, no período considerado. São atributos da Atenção Básica: a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a abrangência do cuidado. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, sendo para isso necessário que todos os usuários tenham um acesso facilitado a esses serviços (STARFIELD, 2002; PNAB, 2012). Com vistas à integralidade do cuidado, diversos serviços devem estar disponíveis aos usuários dos serviços de atenção básica. Considerando o perfil epidemiológico atual, caracterizado pela tripla carga de doenças (doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas), e a necessidade de oferta de ações para tratamento, cura, reabilitação, promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, foi elencado um rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para oferta na Atenção Básica: **Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica** Administração de medicamentos endovenoso Administração de medicamentos via intramuscular Administração de medicamentos via oral Administração de Penicilina para tratamento de sífilis Aferição de pressão arterial Atendimento de urgência em atenção básica Atendimento individual em domicílio Atividade coletiva - Educação em saúde Atividade coletiva - Atendimento em grupo Atividade coletiva - Avaliação/ Procedimento coletivo Avaliação antropométrica Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino Coleta de material p/ exame laboratorial Consulta médica em atenção básica Curativo especial Curativo simples Drenagem de abscesso Exame do Pé Diabético Glicemia capilar Nebulização/inalação Retirada de Cerume Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal Retirada de corpo estranho subcutâneo Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) Sutura simples

74

000675

	Tamponamento nasal anterior e/ou posterior Terapia de Reidratação Oral Teste do Pezinho Triagem oftalmológica É essencial que as Unidades de Saúde da Atenção Básica estejam organizadas para disponibilizarem aos usuários o acesso a esses serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde da população visando aumentar a resolutividade da equipe e evitar encaminhamentos desnecessários de usuários para outros pontos de atenção à saúde da rede de atenção à saúde da região de saúde e/ou município.
Interpretação:	Mede o quantitativo de serviços ofertados para a população em relação ao total de serviços e ações na atenção básica que se espera ofertar. Pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na oferta de serviços em Atenção Básica à população, no intuito de avaliar a abrangência da oferta de serviços neste ponto de atenção e identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	**Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe* 100** **Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Básica**
Fonte:	**Numerador:** Total de ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme "Quadro de Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica". Fonte: Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Atenção Básica, conforme "Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica". Fonte: Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
Periodicidade:	Mensal
Parâmetro:	**70%** mês.
Limitações:	Atendimentos/procedimentos não registrados podem indicar falta de demanda, e não falta de oferta.
Ações que promovam a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e

75

000678

	educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado. ✓ Implantação dos protocolos clínico-terapêuticos direcionados para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, além do monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados visando aumentar a resolutividade na atenção básica. ✓ Melhoria das condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos).
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, van Stralen ACS, Lauar TV, David RB. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2739-2748, 2016. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):821-832, 2017.

75

500677

4.2. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Conceituação:

Percentual de serviços ofertados em Saúde Bucal para a população na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

São atributos da Atenção Básica a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a abrangência do cuidado. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, sendo para isso necessário que todos tenham um acesso facilitado a esses serviços (STARFIELD, 2002; PNAB, 2012). No tocante às ações de saúde bucal na Atenção Básica, diversos serviços devem estar disponíveis aos usuários, de modo a favorecer a integralidade do cuidado. Considerando a situação de saúde bucal atual, foi elencado um rol de serviços e ações de saúde considerados importantes para serem ofertados na Atenção Básica:

Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
Ação coletiva de escovação dental supervisionada
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica
Acesso à polpa dentaria e medicação (por dente)
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional.
Atendimento a gestante
Atendimento de urgência
Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal
Consulta agendada
Consulta de conclusão do tratamento em odontologia
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
Exodontia de dente decíduo
Exodontia de dente permanente
Orientação de higiene bucal
Primeira consulta odontológica programática
Profilaxia/ remoção de placa bacteriana
Pulpotomia dentária
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
Restauração de dente decíduo
Restauração de dente permanente anterior
Restauração de dente permanente posterior
Selamento provisório de cavidade dentária
Tratamento de alveolite
Ulotomia/ulectomia

É essencial que as equipes de saúde bucal da Atenção Básica estejam organizadas para disponibilizarem aos usuários o acesso a estes serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde bucal da população visando aumentar a resolutividade da equipe e evitar encaminhamentos de usuários para outros níveis de atenção.

77

500678

Interpretação:	Mede o quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal para a população em relação ao total de serviços de saúde bucal que se espera realizar. O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na oferta de serviços em Saúde Bucal à população, no intuito de avaliar a abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica e identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.
Método de cálculo: **Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe de Saúde Bucal* 100** **Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal**	
Fonte:	**Numerador**: Total de ações e serviços realizados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme "Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal". Fonte: Ficha de atendimento odontológico individual e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador**: Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme "Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pelas equipes de Saúde Bucal Fonte: Ficha de atendimento odontológico individual e de atividade coletiva – Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).
Periodicidade:	Mensal
Parâmetro:	**70%** mês.
Limitações:	Atendimentos/procedimentos não registrados podem indicar falta de demanda, e não falta de oferta.
Magnitude Epidemiológica:	O último e mais completo estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional foi conduzido pelo Ministério da Saúde em 26 capitais, no Distrito federal e 150 municípios do interior de todas as regiões do País e concluído em 2011. Esse estudo revelou que o índice de ataque da cárie dentária na dentição permanente (CPO-D) atingiu a média de 2,07 dentes aos 12 anos de idade, elevando-se a 4,25 na população da faixa etária entre 15 a 19 anos. Na faixa etária adulta (35 a 44 anos) e entre os idosos (65 a 74 anos) atinge níveis alarmantes com valores médios de 16,7 e 27,5 respectivamente. Os resultados do Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). As desordens oclusais atingem 38,8% dos escolares de 12 anos de idade (BRASIL, 2012).
Ações que promovem a melhoria do	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados,

78

960679

Indicador:	negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Avaliação periódica do indicador de forma a subsidiar a organização do processo de trabalho das equipes, bem como identificar os fatores que possam influenciar no resultado. ✓ Melhoria das condições de atendimento nas unidades básicas (espaço físico, equipamentos, medicamentos e outros insumos). ✓ Organizar a oferta de serviços essenciais em saúde bucal na Atenção Básica; ✓ Melhorar o acesso e cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica à saúde.
Referências	Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acessado em: 27 de abril 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Pimentel FC. Análise da Atenção à Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife-PE. Monografia, 2008. Campos ACV, Borges CM, Lucas SD, Vargas AM, Ferreira EF. Public service dental actions in a small town. Rev. Gaúcha Odonto, Porto Alegre, v. 60, n. 1, p. 27-32, 2012. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, Acioli RML, Souza WV. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 54-61, 2014. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):821-832, 2017.

5. **Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

Conceituação:	Índice composto pelos tipos de atendimentos que devem ser realizados pelos NASF, quais sejam: atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, atendimentos compartilhados e atendimentos em grupo. Esse índice é composto por 4 (quatro) indicadores, cujas fichas de qualificação estão descritas nos itens de 5.1 a 5.4: (1) Média de atendimentos individuais registrados por profissional do NASF; (2) Média de atendimentos domiciliares registrados por profissional do NASF (3) Média de atendimentos compartilhados realizado por profissional do NASF e (4) Média de atendimentos em grupo registrados por profissional do NASF. Para fim de cálculo, considera-se que a cada 40h da carga horária ambulatorial semanal dos profissionais do NASF será equivalente a 1(um) profissional. Isso quer dizer que uma equipe de NASF com 200 horas semanais cadastradas terá o número 5 como denominador; a equipe de NASF com 120 horas semanais cadastrados terá o número 3 como denominador e a equipe de NASF com 80 horas semanais cadastradas terá o número 2 como denominador, independentemente do número de profissionais efetivamente cadastrados no CNES. Equipes com carga horária semanal diferente terão o valor encontrado no CNES dividido por 40.

79

000680

Interpretação:	Mede a realização pelo NASF de atendimentos individuais específicos, atendimentos domiciliares, atendimentos compartilhados entre equipe do Saúde da Família/Saúde Bucal e NASF e atendimentos em grupo. Para realização do trabalho do NASF, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até ambas ao mesmo tempo), a saber: atendimento em conjunto com profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Saúde Bucal (eSB), atendimentos individuais em estabelecimentos de saúde, discussões de casos, construção e execução conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade, atendimentos domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes. As atividades de apoio direto às eSF/SB, por meio de atendimentos em grupos, atendimentos individuais específicos, atendimentos domiciliares e atendimentos compartilhados (entre eSF/SB e NASF) devem ser intervenções frequentes na rotina de trabalho de um profissional do NASF. Os atendimentos compartilhados contribuem para que os profissionais da eSF/SB possam conduzir casos semelhantes com maior autonomia, tornando estas equipes mais resolutivas. Outro importante recurso a ser utilizados pelos profissionais do NASF são os trabalhos em grupo, especialmente grupos terapêuticos e operativos, e os atendimentos individuais específicos, que são essenciais para a resolutividade da AB e devem ser definidos e pactuados junto às eSF/SB apoiadas e com gestão municipal. Essas atividades desenvolvidas pelo NASF possuem um maior potencial de impacto tanto no trabalho das equipes de saúde da família quanto na população coberta, sendo necessário um equilíbrio na oferta de atividades realizadas por esses profissionais. Por isso, busca-se balancear os pesos dos indicadores.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de profissionais do NASF na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de profissionais do NASF em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao NASF. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	**(Média de atend. indiv. x 0,15) + (Média de atend. domic. x 0,25) + (Média de atend. compart. x 0,25) + (Média de atend. grupo x 0,35)** **Número de profissionais do NASF a cada 40h** O peso atribuído a cada indicador é:

Indicador	Peso
Média de atendimentos individuais registrado por profissional do NASF	0,15
Média de atendimentos individuais domiciliares por profissional do NASF	0,25
Média de atendimentos compartilhados por	0,25

80

500631

	profissional de NASF		
	Média de atendimentos em grupo por profissional de NASF	0,35	
Fontes:	**Numerador:** "Média de atendimento individual realizado por profissional do NASF x 0,15" + "Média de atendimento domiciliar realizado por profissional do NASF x 0,25" + "Média de atendimento compartilhado realizado pelo NASF x 0,25" + "Média de atendimento em grupo realizado pelo NASF x 0,35". Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). Ficha de atividade coletiva - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). Atividade: código 04 "Educação em saúde", 05 "Atendimento em grupo", código 06 "Avaliação/Procedimento coletivo" e 07 "Mobilização social". **Denominador:** O número de profissionais de NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40. Fonte: Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES).		
Periodicidade:	Mensal.		
Parâmetros:	**50 atendimentos individuais específicos/profissional/mês.** **12 atendimentos domiciliares/profissional/mês.** **12 atendimentos compartilhados/profissional/mês.** **08 atendimentos em grupo/profissional/mês.**		
Limitações:	✓ As diferentes categorias profissionais, por sua natureza, podem apresentar variação nas atividades realizadas. ✓ O desenvolvimento de algumas atividades como atendimentos individuais, atendimentos domiciliares e atividades coletivas podem ser influenciadas por questões logísticas e de infraestrutura disponíveis.		
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Implantação dos protocolos clínico-terapêuticos, além do monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados visando aumentar a resolutividade na atenção básica. ✓ Discutir estratégias de compartilhamento de casos entre eSF e NASF.		
Referências:	Almeida P. Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF): Uma breve reflexão. Monografia, 2009. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de		

81

000682

	Atenção Básica, n. 39). Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. Fisioter. Mov., v. 29, n.4, p. 741-50, 2016. Reis DC et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, v.21, n.4, Brasília, dez. 2012. Secretaria de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2009. Tesser C., Nato P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

5.1 – Média de atendimentos individuais realizados por profissional do NASF

Conceituação:	Número médio de atendimentos individuais realizados por profissionais da equipe NASF à população cadastrada nas equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de atendimentos individuais de profissionais da equipe NASF e o número de profissionais da equipe NASF. A integração do trabalho do NASF com as equipes de saúde da família deve se dar a partir das necessidades, dificuldades ou dos limites das equipes de atenção básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando ao mesmo tempo, contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar a articulação delcom outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários. Dessa forma, os profissionais do NASF desenvolvem um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial, a qual produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários, e técnico-pedagógica, que produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014). Estratégias para o atendimento de demandas existentes na UBS anteriormente à chegada dos profissionais do NASF à Atenção Básica precisam, também, ser definidas. A chegada de novas categorias profissionais antes não presentes neste ponto de atenção gera, frequentemente, procura por parte das equipes de AB por resposta à demanda reprimida por meio de atendimentos específicos realizados pelo NASF. Portanto, cabe a esses profissionais, conforme as diretrizes preconizadas para o desenvolvimento de seu processo de trabalho, discutir estratégias com essas equipes, evitando a superlotação de suas agendas no início das atividades e o distanciamento da lógica preconizada (centrada no usuário e com base em discussões de casos, e não encaminhamentos), ainda que isso não elimine a possibilidade de atendimentos individuais por profissionais do NASF (BRASIL, 2014). O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de profissionais do NASF na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de

82

900683

	profissionais do NASF em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao NASF. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo: **Número de atendimentos individuais registrados por profissional do NASF** **Número de profissionais da equipe NASF a cada 40h**	
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de atendimentos individuais registrados por todos os profissionais que compõe a equipe NASF. Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40. Fonte: Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES).
Periodicidade:	Mensal
Parâmetro:	**50 atendimentos individuais específicos/profissional/mês.**
Limitações:	✓ As diferentes categorias profissionais, por sua natureza, podem apresentar variação no quantitativo de atendimentos individuais. ✓ O trabalho do NASF deve acontecer de forma integrada com as equipes de saúde da família. O desenvolvimento de algumas atividades, a saber, atendimentos individuais, pode ser influenciado por questões logísticas e necessidade do território.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais da Atenção Básica na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes de Atenção Básica no SISAB, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. ✓ Implantação dos protocolos clínico-terapêuticos, além do monitoramento da conformidade das condutas às boas práticas preconizadas pelos protocolos implantados visando aumentar a resolutividade na atenção básica. ✓ Discutir estratégias de compartilhamento de casos acompanhados pelas equipes de saúde da família para o atendimento por profissionais das equipes NASF vinculadas.
Referências	Almeida P. Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF): Uma breve reflexão. Monografia, 2009. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Fernandes JM, Ros TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. Fisioter. Mov., v. 29, n.4, p. 741-50, 2016.

83

000634

	Reis DC et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, v.21, n.4, Brasília, dez. 2012. Secretaria de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2009. Tesser C., Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

5.2 – Média de atendimentos domiciliares registrados por profissional do NASF

Conceituação:	Número médio de atendimentos domiciliares realizados por profissionais do NASF à população cadastrada nas equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre a produção de atendimentos domiciliares de profissionais da equipe NASF e o número de profissionais da equipe NASF. A atenção domiciliar realizada por profissionais do NASF à população cadastrada pelas equipes de saúde da família se caracteriza tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos usuários. É importante destacar que para o sucesso de um atendimento domiciliar existe uma série de habilidades de observação e comunicação por parte do profissional que realiza o apoio, uma vez que o domicílio é o território íntimo e privativo da família, é extremamente necessário que seja mantida postura de respeito aos valores pessoais e culturais em questão (BRASIL, 2014). O indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe). Pode ainda ser calculado considerando uma determinada população, a partir da especificação da faixa etária ou do sexo.
Usos:	Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos domiciliares de profissionais do NASF na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos domiciliares de profissionais do NASF em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao NASF. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	**Número de atendimentos domiciliares registrados por profissional do NASF** / **Número de profissionais da equipe NASF a cada 40h**
Variável/Fonte:	**Numerador**: Total de atendimentos individuais registrados por todos os profissionais que compõe a equipe NASF e que na ficha de atendimento individual tenha marcado a opção "04- domicílio" no campo Local de atendimento. Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

84

000685

	Denominador: O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40. Fonte: Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES).
Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro:	**12 atendimentos domiciliares/profissional/mês.**
Limitações:	O desenvolvimento de algumas atividades como atendimentos domiciliares, pode ser influenciado por questões logísticas. As diferentes categorias profissionais, por sua natureza, podem apresentar variação no quantitativo de atendimentos individuais.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	Capacitação /atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação para a atenção básica. Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão. Orientação dos protocolos clínico-terapêuticos para os profissionais do NASF a fim de que as equipes prestem atendimento às famílias vinculadas as equipes de saúde da família vinculada.
Referências	Almeida P. Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF): Uma breve reflexão. Monografia, 2009. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. Fisioter. Mov., v. 29, n.4, p. 741-50, 2016. Reis DC et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, v.21, n.4, Brasília, dez. 2012. Secretaria de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2009. Tesser C., Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

5.3 - Média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF

Conceituação:	Número médio de atendimentos individuais com registro de pelo menos dois profissionais, sendo um deles de um profissional do NASF e outro de um profissional de uma das equipes vinculadas

85

000686

	ao NASF em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre o número de atendimentos compartilhados realizados por profissionais da equipe NASF em conjunto com profissionais da eSF vinculada ao NASF e o número de profissionais da equipe NASF. Entre as atividades desenvolvidas pelo NASF no território, está o atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas. Este atendimento, considerado compartilhado e interdisciplinar serve a vários propósitos: fortalecer o vínculo preexistente de confiança do usuário com a equipe de Saúde da Família e agora com os profissionais do NASF; facilitar a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permitir a pactuação de ações por meio de um mediador externo e possibilitar ao apoiador contato com a realidade do usuário sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica inédita (BRASIL,2014). No contexto de trabalho do NASF, as consultas compartilhadas constituem uma oportunidade para um contato pessoal entre equipe de apoio e usuário, oportunizando momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento (BRASIL,2014). Este indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de profissionais do NASF na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de profissionais do NASF em conjunto com as equipes de saúde vinculadas. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	**Número de atendimentos individuais registrados conjuntamente por profissionais do NASF e da eSF/SB** / **Número de profissionais da equipe NASF a cada 40h**
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de atendimentos individuais registrados conjuntamente por profissionais do NASF e da eSF. Serão contabilizados os atendimentos que tiverem registro de pelo menos dois nº CNS do profissional, sendo um deles de um profissional do NASF e outro de um profissional de uma das equipes vinculadas ao NASF. Fonte: Ficha de atendimento individual - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40. Fonte: Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES).
Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro:	**12 atendimentos compartilhados/profissional/mês.**

86

000637

Limitações:	✓ O desenvolvimento de algumas atividades do NASF como atendimentos compartilhados pode ser influenciado por questões logísticas e por demandas do território. ✓ As diferentes categorias profissionais, por sua natureza, podem apresentar variação no quantitativo de atendimentos compartilhados.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização contínua dos profissionais do NASF na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Planejamento do processo de trabalho da equipe NASF conjuntamente com a eSF de forma a garantir espaço nas agendas para atendimentos compartilhados e apoio matricial.
Referências:	Almeida P. Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF): Uma breve reflexão. Monografia, 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Fernandes JM, Rios TA, Conches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. Fisioter. Mov., v. 29, n.4, p. 741-50, 2016. Reis DC et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, v.21, n.4, Brasília, dez. 2012. Secretaria de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Estratégia Saúde da Família. Diretrizes/parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2003. Tesser C, Nato P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

5.4 - Média de atendimento em grupo realizado por profissional do NASF

Conceituação:	Número médio de atendimentos em grupo realizado por todos os profissionais que compõe a equipe NASF, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
Interpretação:	Mede a relação entre o número de atendimentos em grupo realizado por profissionais da equipe NASF e o número de profissionais da equipe NASF. O atendimento em grupo possibilita a ampliação da capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como amplia as ofertas/ações de saúde na AB. As atividades desenvolvidas em grupo não devem ser pensadas apenas como uma possibilidade de atendimento à grande demanda, mas numa perspectiva de socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos. (BRASIL,2014). A participação do NASF nesse atendimento pode ocorrer desde o planejamento conjunto das atividades à estruturação e aprimoramento de grupos já existentes nas equipes de saúde ou ainda na formação de novos grupos, de acordo com a demanda. Cabe salientar que esta atividade pode ser realizada tanto na própria unidade de Saúde como em outros espaços no território. (BRASIL,2014).

87

000638

	Este indicador pode ser desagregado por espaço geográfico (Brasil, estado, região de saúde, município, unidade básica de saúde e equipe).
Usos:	✓ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos atendimentos de profissionais do NASF na Atenção Básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. ✓ Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de atendimentos de profissionais do NASF em relação às necessidades da população e das equipes de saúde vinculadas ao NASF. ✓ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços de Atenção Básica.
Método de cálculo:	**Número de atendimentos em grupo registrado pelo profissional do NASF** / **Número de profissionais do NASF a cada 40h**
Variável/Fonte:	**Numerador:** Total de atendimentos em grupo registrados por cada profissional que compõe a equipe NASF e que registraram a atividade nos seguintes campos da ficha de atividade coletiva: "04 - Educação em saúde" ou "05 - atendimento em grupo" ou "06- avaliação/procedimento coletivo" ou "07 - Mobilização Social". Fonte : Ficha de atividade colativa - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS). **Denominador:** Número total de profissionais da equipe NASF registrado no SCNES na competência de atendimento. Considera-se para fins do número de profissionais a soma de carga horária encontrado no CNES dividido por 40h., Fonte: Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES).
Periodicidade:	Mensal.
Parâmetro:	**08 atendimentos em grupo/profissional/mês.**
Limitações:	✓ Para o desenvolvimento das atividades do NASF devem ser consideradas as demandas e necessidades de saúde do território, como também as atividades podem ser influenciadas por questões logísticas. ✓ As diferentes categorias profissionais, por sua natureza, podem apresentar variação no quantitativo de atendimento em grupo.
Ações que promovem a melhoria do indicador:	✓ Capacitação/atualização continua dos profissionais do NASF na coleta e no registro dos dados no e-SUS AB. ✓ Planejamento do processo de trabalho da equipe NASF conjuntamente com a eSF de forma a garantir espaços nas agendas para atendimentos em grupo.
Referências	Almeida P. Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF): Uma breve reflexão. Monografia, 2009. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de

88

900689

Atenção Básica, n. 39).

Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. Fisioter. Mov., v. 29, n.4, p. 741-50, 2016.

Reis DC et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, v.21, n.4, Brasília, dez. 2012.

Secretaria de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2009.

Tesser C., Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

89

500630

INSTITUTO GNOSIS

REGIMENTO INTERNO

Unidades de Atenção Primária Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde

Abril
2021

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000631

INSTITUTO GNOSIS

APRESENTAÇÃO

O documento apresentado trata-se do Regimento Interno adotado pelo Instituto Gnosis para regimentos das clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. Este documento tem a finalidade de orientar e regulamentar os serviços ofertados pelos profissionais lotados nas unidades de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. O Documento será publicado nas unidades por meio de treinamentos in loco, mural(QR CODE) e rede.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.589 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000692

INSTITUTO GNOSIS

Missão, Visão e Valores

1- Missão

Prestar cuidados em saúde com qualidade e integralidade, de maneira em que todos possam participar de maneira conjunta, promovendo autonomia a todos os moradores da área de abrangência. Promoção do desenvolvimento profissional e pessoal aos funcionários, qualificando positivamente uma relação saudável com a Comunidade.

2- Visão

A finalidade é o desenvolvimento de uma prestação de serviços em saúde humanizados junto à comunidade, de tal forma satisfatória que os cidadãos estabeleçam um vínculo com a equipe.

A garantia ao acesso igualitário e universal a todos os moradores da comunidade visa à melhoria da qualidade de vida oferecida a população, pois o atendimento integral a saúde é demasiadamente importante para promoção a saúde e prevenção de agravos.

3- Valores

Trabalhar no objetivo de alcançar uma assistência humanizada e de qualidade. Praticar os princípios da equidade com justiça social, a integralidade e estímulo à participação social

Bases Legais

O funcionamento das Unidades e as ações de Saúde desenvolvidas são embasadas nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB – Portaria 648/06), na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde e no Contrato de Gestão firmado entre a Organização Social de Saúde.

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000693

INSTITUTO GNOSIS

A Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. O Capítulo II refere-se aos Princípios e Diretrizes do SUS:

> Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
>
> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
>
> II - integralidade de assistência, entendida como 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;
>
> III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
>
> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
>
> V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
>
> VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
>
> VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
>
> VIII - participação da comunidade;
>
> IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
>
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
>
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
>
> X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
>
> XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
>
> XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
>
> XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das Conferências

de Saúde e dos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo; e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Portaria 648 de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as normas para a reorganização da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

> I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
>
> II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
>
> III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
>
> IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
>
> V - ser um espaço de construção de cidadania.

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. Aborda a organização do serviço e serviços de saúde oferecidos na APS (atenção centrada no idoso/adulto, criança/adolescente, saúde mental, saúde bucal, vigilância em saúde, promoção à saúde, procedimentos/cirurgias ambulatoriais e manejo de situações de urgência/emergência).

O Contrato de gestão firmado entre a OSS e a SMS trata das obrigações e responsabilidades referente ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde, dos equipamentos destinados ao Saúde da Família no âmbito da Área de Planejamento, e estabelece as especificações dos serviços prestados a produção mínima de procedimentos esperado.

Horário de atendimento

As unidades exercerão suas atividades de acordo com os parâmetros estabelecidos pela SMS.

1.1 - Atribuições dos Funcionários

Enfermeiro

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente da equipe;
- Facilitar a relação entre os profissionais da unidade de saúde e dos agentes comunitários de saúde, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- Supervisionar o cumprimento da produção mínima da equipe de saúde da família e comprimento do plano de ação conforme as matrizes nos anexos I e II;
- Realizar consultas e procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade;
- Realizar visitas domiciliares;
- Realizar atividades de grupo nas escolas e creches localizadas na sua área de atuação;
- Participar das reuniões de equipe e de educação permanente.

Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.);
- Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
- Realizar visitas domiciliares;
- Realizar atividade de grupo nas escolas e creches localizadas na sua área de atuação;
- Participar das reuniões de equipe e de educação permanente.

Cirurgião Dentista

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da

saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- Realizar supervisão técnica do THD e ACD;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários ara o adequado funcionamento das USF.

Técnico em Saúde Bucal (TSB)

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Organizar a agenda clínica;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Agentes Comunitários

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastrados atualizados;
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os agentes comunitários de saúde em relação à prevenção e ao controle de agravos transmissíveis, incluindo na visita domiciliar os procedimentos de prevenção e controle da dengue;
- Participar das reuniões de equipe e educação permanente.

É permitido aos agentes comunitários de saúde desenvolver atividades nas unidades de saúde desde que vinculadas às atribuições acima.

Agente de Vigilância em Saúde

As atividades do agente de endemias devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, onde as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde—ACS e dos Agentes de Combate a Endemias—ACE, devem ser desempenhadas de forma integrada e complementar.

- Desenvolver atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado;
- Exercer atividades específicas de fiscalização de residências, terrenos baldios, ferro velho, locais de reciclagem, borracharia, indústrias e todo tipo de estabelecimento comercial para levantamento de índice amostral de eventos de risco a população;
- Exercer atividades de apoio à fiscalização de residências, terrenos baldios, ferro velho, locais de reciclagem, borracharia, indústrias e todo tipo de estabelecimento comercial para combate de criadouros de insetos e aplicação de inseticidas;

- Atuar em ações educativas de saúde;
- Realizar recenseamento de residências, terrenos baldios, ferro velho, locais de reciclagem, borracharia, indústrias e todo tipo de estabelecimento comercial como também animais domésticos de criação da população;
- Apoio às atividades de combate a vetores e doenças transmissíveis;
- Executar ações elementares de saneamento básico;
- Participar dos principais eventos vinculados à saúde pública;
- Desempenhar outras atividades correlatas.

Atribuições da Equipe de Suporte

Gerente

- Responsável pelo funcionamento da unidade junto à equipe de saúde;
- Construir com as equipes o Plano de Ação da unidade de saúde com base no Plano Municipal de Saúde, Política Nacional de Saúde, Diretrizes, Indicadores e Metas, conforme anexo I;
- Construir relatório anual de atividades da unidade de saúde, até mês de fevereiro subsequente ao ano em curso;
- Proceder à avaliação de desempenho de seus subordinados;
- Monitorar o plano de trabalho;
- Informar, sempre que necessário as atribuições de cada membro da equipe, qualificando o processo de trabalho e o alcance das metas;
- Controlar o fluxo dos documentos encaminhados e enviados pelas equipes;
- Controlar a agenda de compromissos da Unidade;
- Supervisionar o cumprimento de metas da unidade de saúde;
- Manter atualizadas a agenda telefônica da unidade de saúde;
- Elaborar documentos necessários aos integrantes da Coordenação;
- Manter o setor administrativo arrumado e organizado;
- Zelar pelo cumprimento da carga horária dos profissionais da unidade de saúde estabelecida no seu vínculo de trabalho;
- Liberar a folha de ponto para assinatura de cumprimento de carga horária;

- Participar das reuniões de equipe e de educação permanente;
- Responsabilizar-se por todas as chaves da unidade de saúde;
- Responsabilizar-se pela movimentação de mobiliário e equipamentos dentro da unidade de saúde e fora da mesma;

Auxiliar Administrativo

- Subsidiar o coordenador de módulo no bom desempenho de suas atividades;
- Controlar e supervisionar os setores sob sua subordinação;
- Manter em condições de uso todo o material de consumo e permanente, necessários às atividades administrativas;
- Selecionar, organizar, disponibilizar e armazenar as informações necessárias para apoiar as operações diárias e a tomada de decisão em todos os níveis;
- Requer ordinariamente mensalmente o pedido de materiais necessários ao funcionamento ideal da unidade de saúde (impressos, material de insumo médicos e odontológicos, saneantes, vidraria, desinfetantes, material de limpeza e material educativo);
- Solicitar sempre que necessário o reparo de instalações elétricas e hidráulicas e suas peças;
- Manter a rotina de serviços de limpeza geral e de segurança da unidade de saúde;
- Dar suporte as atividades de acolhimento ao usuário sempre que necessário;
- Controlar o fluxo de medicamentos e materiais de insumos médicos;
- Elaborar e encaminhar o pedido de medicamentos, insumo médicos e odontológicos, saneantes, vidraria, desinfetantes e material de limpeza mensalmente e em caso de emergência;
- Acompanhar o prazo de validade dos medicamentos;

- Guardar e encaminhar a folha de ponto dos profissionais aos setores responsáveis;
- Controlar o fluxo de requerimentos para: liberação para cursos; autorizações de viagens; ajuda de custo, diárias, auxílio maternidade, licença maternidade, licenças médicas, amamentação e férias;
- Divulgar as rotinas e ordens de serviço;
- Manter atualizados todos os documentos individuais dos colaboradores em arquivo;
- Protocolar as Correspondências Internas, Memorandos expedidos e recebidos pela unidade, Despachos, Cautelas e outros documentos;
- Manter atualizadas as fichas funcionais da equipe de trabalho de acordo com as normas vigentes;
- Controlar e supervisionar os setores sob sua subordinação;
- Manter em condições de uso todo material de consumo e permanente, necessários às atividades administrativas e técnicas;
- Responsabilizar-se pela guarda e controle de documentos sigilosos da unidade de saúde;
- Supervisionar a execução das medidas necessárias para a segurança física e patrimonial da unidade de saúde;
- Selecionar, organizar, disponibilizar e armazenar as informações necessárias para apoiar as operações diárias e a tomada de decisão em todos os níveis;
- Controlar a manutenção do parque de informática da Clínica da Família;
- Sugerir o aperfeiçoamento dos processos relacionados à informatização da unidade;
- Controlar e manter atualizado o cadastro dos bens do patrimônio das Clínicas da Família, através de um responsável específico;
- Encaminhar à Coordenadoria de Área Programática ou Organizações Sociais de Saúde as Notas Fiscais dos serviços prestados e de materiais entregues na Unidade no prazo máximo de 48 horas;
- Acompanhar as empresas prestadoras de serviço na realização de serviços de reparos e de manutenção predial e de equipamentos na unidade de saúde;
- Manter registro de todos os reparos e manutenção efetuados na Unidade;

de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN – Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN – Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS/SUBPAV.

– Sistema de Regulação

SISREG – Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

A operação do sistema é de responsabilidade do profissional de nível superior que realizou o atendimento ou do auxiliar administrativo previamente capacitado.

1.3 – Sistema de Ouvidoria

No quadro informativo da unidade o usuário encontra as informações sobre o Sistema de Ouvidoria:

Ouvidoria da Prefeitura do Rio de Janeiro: 1746

O usuário pode encaminhar suas dúvidas, sugestões, elogios ou reclamações por esses meios de comunicação. Em caso de reclamação, o profissional envolvido responderá formalmente à ouvidoria.

- Remover produtos e medicamentos excedentes para outra unidade, para que os mesmos possam ser utilizados, quando o prazo de validade esteja por vencer.

2.4 – Planejamento semanal dos profissionais

A escala com o planejamento de atividades semanal se encontra no anexo 04.

1.2 – Sistemas de Informação

Os sistemas de informação em saúde vigentes e que vierem a ser implantados e de relevância a organização dos serviços locais, devem ser alimentados pelas equipes de saúde e supervisionados pelo coordenador de módulo, de acordo com a periodicidade estabelecida pela SMS/RJ e para tanto as equipes deverão enviar as informações em tempo oportuno a OSS e a SMS/RJ.

Instrumento de coleta de dados

- *Ficha A (cadastro da família):* Este instrumento deve ser preenchido para as famílias de cada microárea. O preenchimento deve ocorrer no início da implantação do PSF, com a finalidade de fazer o diagnóstico da situação de vida e saúde da população adstrita ao território da equipe.

e-SUS:
Prontuário eletrônico, visa a facilitação da elaboração dos dados estatísticos, uniformizando o modelo de informação.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada

Capítulo III – Compromisso Assistencial

O capítulo III discorre sobre o compromisso assistencial na oferta de serviços

Acolhimento

É realizado pelo agente comunitário de saúde na entrada da unidade, priorizando viabilizar o acesso ao serviço de saúde, identificando a necessidade do usuário (consulta agendada, demanda espontânea, imunização, curativo, coleta de sangue ou outro procedimento). Após a identificação, o ACS direciona o usuário para:

- Consulta agendada: aguardar na sala de espera ser chamado pelo profissional para o atendimento, pois o prontuário familiar dos usuários agendados é previamente separado e já se encontra no consultório com o profissional médico ou enfermeiro;
- Demanda espontânea (não agendado): aguardar na sala de espera ser chamado pelo técnico de enfermagem que verificará os sinais vitais e medidas antropométricas e encaminhará a pessoa ao enfermeiro da equipe, que mediante classificação de risco dá os encaminhamentos necessários (agendamento de consulta, consulta de enfermagem ou consulta médica imediata, ou referência para um serviço de maior nível de complexidade).
- Procedimentos (vacina, coleta de sangue, curativo, retirada de pontos, administração de medicação injetável): encaminha o usuário à sala onde é realizado o procedimento e comunica o técnico de enfermagem sobre a demanda.
- Marcação de consulta: realiza a marcação na agenda do profissional da equipe ou registra o caso a ser discutido em reunião de equipe, levando posteriormente a marcação da consulta ao domicílio do usuário.

O acolhimento é realizado durante todo o horário de funcionamento da Unidade e todos os profissionais da unidade (equipe gerencial, assistencial e de apoio) estão aptos a acolher o usuário de forma resolutiva e humanizada.

INSTITUTO GNOSIS

Consultas agendadas

Consultas médica e de enfermagem aos programas estabelecidos

A marcação da consulta é realizada pelo ACS na própria casa do usuário, na unidade ou durante as discussões de casos na reunião de equipe.

Visita domiciliar (VD)

Feita por todos os profissionais da equipe em turnos definidos, priorizando os pacientes acamados e com dificuldade de locomoção, indivíduos portadores de patologias crônicas e famílias do risco social, entre outras situações trazidas pelos ACS e discutidas na reunião de equipe. As VD são planejadas conforme prioridades e agendadas.

Curativo, Imunização, Teste do Pezinho, administração de medicações injetáveis, retirada de pontos e coleta de sangue

Procedimentos realizados pela equipe técnica durante todo o horário de funcionamento da Unidade.

Os procedimentos são realizados em sala própria para o tal, como exemplo Sala de Vacinas, Sala de Curativo e Sala de Procedimentos. Cada sala possui todo o material necessário à realização do procedimento, evitando deslocamento do profissional ou usuário desnecessariamente.

Coleta exame preventivo do câncer de colo uterino e TIG

A coleta é feita pela médica e enfermeira da equipe com horário agendado ou por livre demanda em consultório adequada para o procedimento, com mesa ginecológica e material para a coleta.

Capitulo IV – Formação e Compromisso com a qualidade

O Capitulo IV discorre sobre a formação e compromisso com a qualidade assumidos pelas equipes ESFs.

Educação Permanente

A reunião de equipe e reuniões gerais da unidade são espaços usados para a educação permanente dos profissionais da equipe. É feita através de discussões de casos clínicos, seminários, oficinais e dinâmicas, sempre partindo darealidade do serviço e necessidades identificadas pelos próprios profissionais.

Os profissionais também participam de treinamentos externos à unidade promovidos pela SMS e/ou OSS para aperfeiçoamento em assuntos diversos, como Tuberculose, Imunização, Saúde da criança, Saúde da Mulher, entre outros. Todos os treinementos externos à unidade são agendados previamente, para que não ocorra prejuízo assistencial aos usuários.

Planejamento anual de atividades

Ao final de cada ano deverá ser elaborado um planejamento para o ano seguinte, com a participação de todos os profissionais da Unidade estabelecendo as metas e planos de atividades.

Considerações Finais

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade

sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2006).

Os profissionais assumem o compromisso com a consolidação da Estratégia Saúde da Família, reconhecendo suas responsabilidades e atribuições descritos neste regimento interno.

O presente regimento poderá ser modificado sempre que houver a necessidade de aperfeiçoamento dos processos gerenciais da unidade, mediante participação dos profissionais e em cumprimento a exigências da SMS.

Referências

BRASIL, MS. **Lei 8.080/90**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf

BRASIL, MS. **Lei 8142/90**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

_____. **Portaria 648/06**. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm

_____. **Avaliação para Melhoria da Qualidade** (AMQ). Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqOquee.asp

SMSDC. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: http://200.141.78.78/dlstatic/10112/137240/DLFE-209410.pdf/guia_verseo_profissionais.pdf

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

INSTITUTO GNOSIS

Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento

Pesquisa de Satisfação do Usuário

Segundo o Ministério da Saúde a satisfação do usuário é a "condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida." A satisfação dos usuários é considerada um aspecto central para a avaliação de serviços e sistemas de saúde.

Descrevemos todas o processo de pesquisa de satisfação no ITEM 5.D.

Ouvidoria

O processo de Ouvidoria do Instituto Gnosis tem como foco garantir a melhoria da qualidade do funcionamento e da organização dos serviços. Tem como Objetivo a clareza, na propriedade e precisão dos objetivos, permitindo aos profissionais da saúde e aos cidadãos um entendimento mais eficaz e uma comunicação objetiva e sem ambiguidades, que favoreça o desempenho das ações institucionais.

A Ouvidoria é a segunda instância de relacionamento entre a Prefeitura e o cidadão, através do telefone 1746, e destina-se a receber reclamações de solicitações dirigidas à Prefeitura, mas que não foram realizadas no prazo ou com a qualidade desejada. Através da ouvidoria também é possível fazer elogios, sugestões e críticas. As ouvidorias feitas pelo 1746 vão da Coordenação às gerências das unidades e passam pela área técnica do Instituto quando não há resolução à gestão local.

INSTITUTO GNOSIS

O Instituto Gnosis disponibiliza para o usuário um canal direto para Reclamações, Criticas, Elogios e/ou Sugestões através do site https://www.institutognosis.org.br. Além das redes sociais, que viram canais de comunicação com o usuário.



Print do site – Caminho Ouvidoria

Demandas de site, redes sociais e etc., a tratativa é feita com o gestor responsável e com nosso setor de comunicação.

Atualmente, as manifestações são devidamente classificadas nas diferentes categorias: elogio, reclamação, denúncia, sugestão, informação, ou outras solicitações.

O Instituto Gnosis terá um serviço de ouvidoria presencial que irá acompanhar de forma centralizada todas as ouvidorias do projeto, sempre alinhada com a SMS e a CAP.

O acompanhamento das demandas é ação precípua do ouvidor, que contata os demandantes e os demandados, a fim de buscar informações precisas para a resolução ágil dos casos, além de estabelecer um fluxo de cobrança para as demandas eventualmente não respondidas.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.599 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

060712

INSTITUTO GNOSIS

Destacamos que as demandas podem ser anônimas , garantindo assim a privacidade da autoria e informações. Por outro lado, a área de ouvidoria, conta também, com um serviço de recebimento de ouvidorias presenciais, de modo que os funcionários podem dirigir-se à sede da OS na área em questão e terem as suas demandas acolhidas, sendo garantido o sigilo das informações.

O ouvidor identifica, capta, classifica, processa, planilha, armazena e dissemina as informações, para possibilitar acompanhamento evolutivo do serviço. Um número de protocolo é gerado como identificador da demanda. Através da Planilha de controle padronizada acompanhamos o Status da demanda, ou seja, a situação em que se encontra a manifestação do demandante na ouvidoria. Um relatório gerencial é enviado aos gestores mensalmente, para análise do desempenho institucional, permitindo o planejamento e a tomada de decisões, baseados nos dados apresentados.

INSTITUTO GNOSIS

Referência:

NBR ISO 10002 – Gestão da Qualidade – Satisfação do Cliente – Diretrizes para o Tratamento de Reclamações nas Organizações.

Resolução SES nº 1250 de 04 de setembro de 2015 - Dispõe sobre a organização dos serviços de ouvidoria em unidade da estrutura da Secretária estadual de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.

Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes.* Archives of Psychology, 22(140), 1-55.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.589 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000714

INSTITUTO GNOSIS

IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, na importância do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento. Acolher é uma obrigação de resposta às necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde.

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Nesse sentido, o acolhimento é considerado uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento se revela mais nas práticas concretas do que no discurso sobre ele. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica.

Desde o primeiro momento do usuário na unidade deve haver profissionais disponíveis para acolhê-lo imediatamente e auxiliá-lo em seu itinerário na unidade. Para tanto, a equipe da recepção da unidade deverá acolher, orientar e direcionar todos os usuários de acordo com a demanda apresentada, incluindo os não cadastrados na unidade. Ao chegar na unidade o usuário deverá ser inserido no sistema, e este precisará ser direcionado ao setor correspondente para a atividade que procura.

A recepção deverá ser uma atividade contínua na unidade de saúde, e estar organizada com um profissional para cada duas ou três equipes de saúde

Sede
Edifício Flog's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abrou Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

900715

da família, podendo haver remanejamento em caso de identificação de gargalos ou ociosidade no fluxo. Qualquer profissional que esteja na recepção pode acolher e direcionar qualquer usuário à atividade agendada anteriormente ou solicitada no momento. Durante a recepção, deve-se oportunizar a atualização dos dados referentes ao cadastramento (PEC- eSUS - AB e CADWEB).

Ainda, toda unidade deve destacar um profissional para atuar como "Posso Ajudar?". Este deve ser identificado com colete próprio e adotar postura de contato ativo com os usuários da unidade, tão logo estes adentrem, e orientar sua trajetória na unidade de saúde, esclarecendo dúvidas sobre os serviços e atividades, independentemente de serem usuários da área de abrangência ou não.

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento e por isso deve ser compreendido como possibilidade de ser:

- mecanismo de ampliação/facilitação do acesso;
- postura, atitude e tecnologia de cuidado;
- dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe;

O Instituto GNOSIS estabelece ações nesse sentindo, que visam fortalecer os aspectos relacionados a Diretrizes de Acolhimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e a orientações do Ministério da Saúde para o acolhimento da demanda na atenção básica.

Ainda como uma síntese, do processo de acolhimento e itinerário do usuário na unidade, apresenta-se a seguir um fluxograma como forma de ilustrar este processo. Assim, este fluxo deve ser compreendido como uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, promovendo a facilidade do acesso, a escuta qualificada e o atendimento as necessidades de

INSTITUTO GNOSIS

saúde dos usuários sempre que acessarem a unidade observando a aplicação de todos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

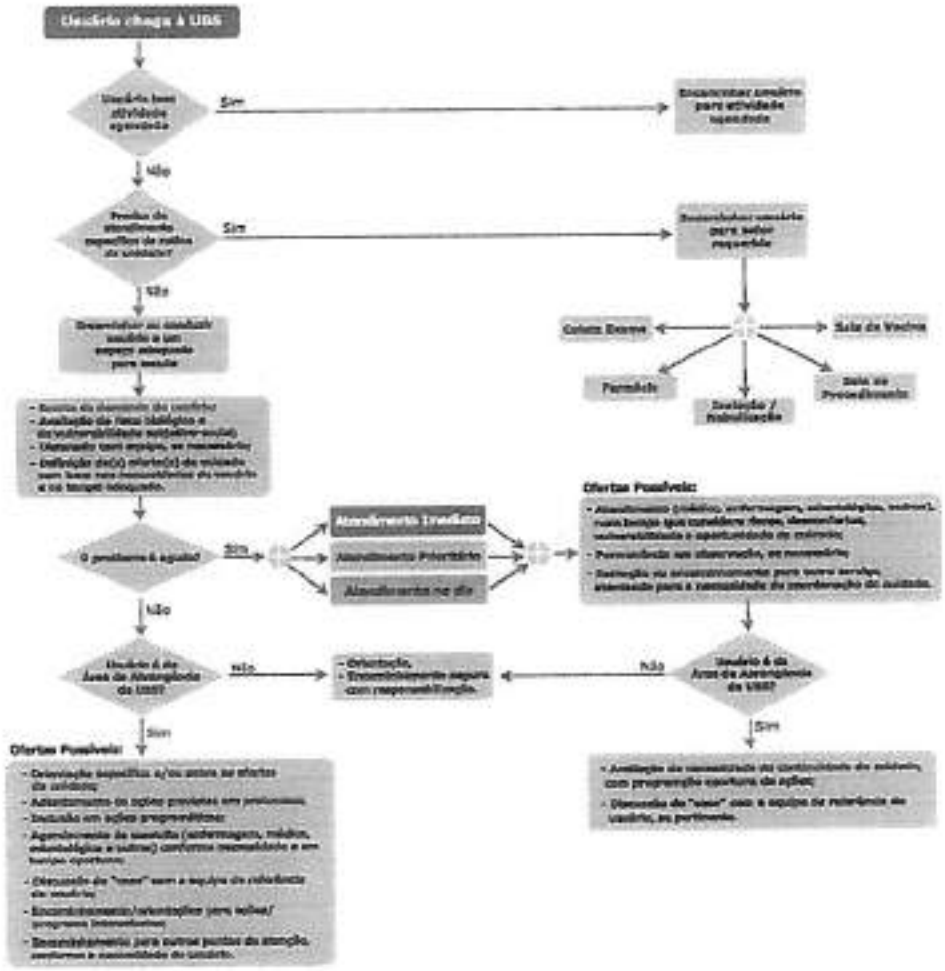
Destacamos que anualmente os colaboradores participam de treinamentos focados em humanização e acolhimento.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

900717

INSTITUTO GNOSIS



Fonte: Caderno Nº 28 Atenção Básica, MS-Brasil

INSTITUTO GNOSIS

Humanização x Acolhimento

Atender de forma humanizada é mais do que atender a demanda. Humanizar se traduz, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (4).

A Política Nacional de Humanização (PNH) corrobora os princípios do SUS no dia a dia das práticas de atenção e gestão, de forma a qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários/acompanhantes (5), fomentando novas possibilidades do fazer saúde.

Seja na Atenção Primária à Saúde, em Unidades de Pronto Atendimento ou Centros de Atenção Psicossocial, o Acolhimento vai muito além de um espaço físico de recepção. Acolher favorece o processo inicial de abordagem clínico-social do usuário/paciente e a comunicação é fundamental para estabelecer a abordagem de cuidados em saúde seja na APS e nos CAPS. O Instituto Gnosis compreende o acolhimento como um reconhecimento da singularidade do sujeito e a legitimação de sua necessidade em saúde. Acredita ainda que uma escuta atenciosa, qualificada, com respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso do usuário e/ou acompanhante desde a recepção e atendimento, até o encaminhamento externo e o retorno, pode de feto concretizar uma assistência acolhedora com proposta de resolutividade (5,6). Um acolhimento de qualidade possibilita o estreitamento das relações sociais proporcionando garantias de ampliação do acesso desse usuário aos serviços de saúde ampliando assim a efetividade das práticas de saúde quando reorganiza o processo de trabalho integrando não apenas a prática médica, mas toda uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta sensível do usuário, comprometendo-se a buscar respostas ao problema de saúde (7). O acolhimento é construído no coletivo e de forma dinâmica com objetivo de estabelecer um vínculo e a confiança dos usuários/acompanhantes e seus acompanhantes nos serviços, nos trabalhadores e nas equipes de saúde.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.859 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24930-020

000719

INSTITUTO GNOSIS

A proposta do Instituto Gnosis para as unidades sob sua gestão é a de contribuir com a construção coletiva do processo de acolhimento adotando estratégias que contemplem acesso, qualidade e assistência, por considerar que essas são indissociáveis nos processos do fazer saúde nas unidades sob sua gestão. Grupos de recepção, Rodas de Conversa, abordagens coletivas e individuais, ações comunicacionais, escuta as necessidades e manifestações dos usuários/acompanhantes no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde - nos diferentes dispositivos de saúde e nos diferentes níveis de cuidado em saúde - são alguns caminhos já implementados pelo Instituto Gnosis para um acolhimento humanizado. Outras estratégias como implementação/qualificação de Classificação de Risco nas Unidades de Urgência e Emergência, adequação da ambiência das unidades para condições adequadas de biossegurança no trabalho, têm sido observadas como efetivas em contribuir com o acolhimento humanizado. Em unidades de atenção especializada e atenção básica a flexibilização nas agendas tem possibilitado acolhimento às demandas espontâneas para uma maior agilidade diagnóstica, terapêutica e atendimentos às intercorrências.

Experiências em âmbito hospitalar/maternidade relacionadas à métodos de Humanização aos pacientes:

- Visita Ampliada - O método consiste em ampliar os horários de visita e proporciona diversos benefícios ao paciente, como, por exemplo, a redução da incidência de distúrbios psicológicos. O paciente, ao ver a família, sente-se mais calmo, e os familiares têm conforto emocional.
- Permanência da doula - A unidade garante o direito de acesso e permanência da doula durante o trabalho de parto, conforme determina a Nota Técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro nº03/2019. Essa medida visa o conforto da parturiente, para que a mesma sinta-se familiarizada ao ambiente e tenha um parto mais tranquilo e, na medida do possível, dentro do que ela tenha planejado.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.559 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 203
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

0007.20

- Projeto Octo - (Polvinho) - A iniciativa surgiu na Dinamarca, com a finalidade de acalmar e aconchegar o bebê, fazendo com que a criança pegue nos tentáculos do polvo como se fosse o cordão umbilical (sensação de segurança). O projeto foi criado por um grupo de voluntários, que se uniram para fazer e doar polvinhos de crochê, para prematuros em UTI neonatal. Os polvinhos são colocados como se estivessem abraçando as crianças, sendo colocados delicadamente entre os dedinhos, evitando com isso que puxem sondas e fios que estão conectados. Um simples gesto que passa uma sensação de cuidado. Quando as crianças saem de alta, esses polvinhos vão para casa junto a elas, como uma lembrança de carinho dos momentos vividos na neonatal.
- Terapia da Redinha - Conhecida também como Método Hammock, consiste em colocar uma redinha dentro da incubadora com a finalidade de proporcionar conforto aos bebês prematurinhos. Favorece o desenvolvimento neurossensorial e corporal; Auxilia na função respiratória; Estimula a posição flexora do bebê; Proporciona conforto ao recém nascido, simulando a postura intra-uterina. É indicado para recém nascido de baixo peso, com ausência materna e submetidos a grandes períodos de internação.
- A Hora do Soninho - Durante dois momentos do dia, o setor de Neonatal, durante 40 minutos, é colocado na penumbra, e os funcionários orientados a diminuir o tom de voz e os ruídos dentro do setor, a fim de favorecer um momento de tranquilidade para os bebês.
- O Banho de Ofurô - Prática de colocar o bebê para relaxar dentro de um balde que se assemelha ao útero materno, com água morna. A preferência é para o bebê que está mais agitado e com peso superior a 1.800 kg. O bebê é deixado nesta posição por cerca de 10 minutos, onde ele se acalma, e dorme tranquilamente após a terapia.

- Método Canguru - É uma técnica de atenção ao recém nascido em situação de baixo peso ao nascer ou prematuridade. Tem como objetivo, promover uma abordagem humanizada e segura que se fundamenta no contato pele a pele entre mãe e o bebê. Benefícios: Auxilia no desenvolvimento físico e emocional do bebê; Reduz o estresse, a dor e o choro do recém nascido; Estabiliza o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura do corpo do bebê; Aumenta o vínculo mãe-bebê; Favorece o Aleitamento materno; Contribui para otimização dos leitos de UTI.
- Print da Placenta - Sentimentos e emoções são marcantes na chegada de um filho na família. Para eternizar ainda mais esse momento, as mães recebem uma impressão do "Carimbo do Amor". O desenho é uma recordação artística, como uma forma marcante de tornar a experiência de ser mãe, ainda mais significativa, por meio de uma lembrança do parto. Conhecida como "Árvore da vida", a lembrança é um registro da placenta de maneira ilustrativa, em uma tela ou papel. O carimbo, feito a partir da pintura com tintas guache coloridas envolto da placenta, faz alusão ao formato de uma árvore com ramificações.



Fig 5. Equipe multidisciplinar em ação de Humanização à mãe e seu bebê no Hospital da Mulher Heloneida Studart, em São João de Meriti – RJ.

Além disso, o Instituto promove educação continuada em acolhimento de forma a ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionadas ao tema. Cada unidade se insere num território que possui seus determinantes e sua dinamicidade. Apesar de lograr êxito em estratégias de acolhimento humanizado, o Instituto Gnosis acredita que cada unidade é singular, o que exige olhares distintos e novas práticas que promovam um acolhimento efetivo para cada uma delas (4).

Com foco nas pessoas e ampliando o conceito de acolhimento aos trabalhadores em saúde, o Instituto Gnosis possui o Projeto de Integração de Novos Colaboradores que dissemina a cultura organizacional do Instituto. Com frequência mensal, os novos colaboradores são recepcionados com um projeto de integração que contempla ações e palestras sobre conduta profissional, boas práticas no ambiente de trabalho, alertamento e conscientização da nova cepa da COVID-19, dentre outros. Atividades práticas como lavagem correta das mãos e manuseio de EPIs descartáveis também são abordados, bem como apresentação do canal de denúncias e o Programa de Ética e Integridade. A organização busca, intensamente, o avanço da qualidade de vida dos colaboradores e proporciona crescimento e desenvolvimento profissional.



Fig 6. Projeto de integração de novos colaboradores Centro de Emergência Regional - CER Centro e Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, ambos no centro do Rio de Janeiro - RJ.

O Instituto Gnosis reforça o compromisso de planejar e executar, a partir de ferramentas e instrumentos de apoio, a organização dos espaços de produção das práticas de cuidados em saúde a partir da lógica abordada pela Política

INSTITUTO GNOSIS

Nacional de Humanização em toda a sua extensão e em especial a diretriz sobre o acolhimento. O interesse institucional está pautado em proporcionar espaços receptivos e afetivos diante dos usuários/acompanhantes dos serviços e trabalhadores, proporcionando um lugar de referência e pertencimento para práticas relacionadas ao processo saúde doença.

REFERÊNCIAS

1. BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários/acompanhantes. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.
2. Abreu de Jesus W L, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Cien Saude Colet 2010; 15(1):161-170.
3. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e Limites do Acolhimento na Percepção de Usuários/acompanhantes. Rev. enferm. UERJ 2011; 19(3):457-462.

INSTITUTO GNOSIS

Diretrizes de Gestão de Pessoas

O Processo de Recrutamento e Seleção é uma das ferramentas que a organização utiliza para manter seu êxito, definida pelo conjunto de práticas e processos utilizados para atrair candidatos para vagas já abertas. Esse processo pode ocorrer tanto internamente quanto externamente.

A etapa de Recrutamento é dada como inicial para o preenchimento de uma vaga, onde nesse momento já deve haver clareza quanto às características do cargo/função e do profissional que se buscará, onde o olhar deve ser ampliado para observação da cultura, valores da organização e as expectativas que a mesma possui sobre o cargo, além das condições ofertadas, como por exemplo: necessidade de viagens, disponibilidade de horários e afins.

Após essa etapa, inicia-se a seleção dos candidatos (as) referida pelo conjunto de práticas e processos utilizados para escolher, dentre os candidatos (as) disponíveis, aquele que denota ser o mais adequado para a vaga existente. A decisão de quem será contratado (a) deve ser uma soma da avaliação gestor, avaliador técnico, onde o recrutador deve fornecer informações sobre o perfil dos candidatos (as) que possuam condições para indicação em dado momento.

Ressalta-se que o Processo de Recrutamento e Seleção não acaba quando contratamos, e sim na aprovação do período de experiência/efetivação, pois existem requisitos do perfil que somente poderão ser avaliados a partir de atitudes e ações do contratado frente ao desempenho de sua função. Por isso, a importância do acompanhamento próximo neste período.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.883 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000725

INSTITUTO GNOSIS

Motivo da contratação e formas de contratação

A contratação se dá a partir dos seguintes motivos:

a) Substituição de colaborador em contrato de prazo indeterminado: desligamento, transferência, promoção, falecimento e aposentadoria.

b) Substituição de colaborador em contrato de prazo determinado: auxílio doença e licença maternidade.

c) Aumento de quadro de pessoal (contrato de prazo indeterminado ou determinado), face às alterações do volume ou complexidade do trabalho ou para trabalhos excepcionais decorrentes de necessidades adversas.

As formas possíveis de contratação de colaboradores no Instituto serão as seguintes:

a) CLT contrato de prazo indeterminado – Lei Nº 5.452/1943

b) CLT contrato de prazo determinado: Lei Nº 229/1967 – em caso de acréscimo extraordinário de trabalho ou substituição de colaboradores afastados por auxílio doença, após o décimo quinto dia de afastamento e com previsão de afastamento superior a 30 dias no mínimo, auxílio maternidade ou acidente do trabalho.

c) Jovens Aprendizes (CLT) – Lei Nº 10.097/2000.

PROCESSOS

Todo o processo delineado está embasado no respeito à privacidade de todos os dados/informações prestadas e/ou geradas por cada candidato (a), onde devem ser sempre preservadas e sobrepostas a qualquer interesse. Da mesma

forma, enfatiza-se o respeito e o zelo pela proteção dos direitos humanos reconhecidos internacionalmente, seja por cor, gênero, religião, nacionalidade, orientação sexual, origem social, preferência política e/ou entre outros. Essa prática faz com que todos tenham condições iguais e as mesmas oportunidades frente ao Processo de Recrutamento e Seleção proposto pelo Instituto.

O processo seletivo pode ocorrer de três formas, são estas: Interno, Externo Simplificado e Público.

a. Interno: ocorre quando são buscados internamente candidatos que desejam e cumpram os pré-requisitos para a vaga, sendo uma forma de valorização e crescimento dos mesmos.

b. Externo Simplificado: ocorrem quando são buscados candidatos externamente, ou seja, no mercado de trabalho, através de anúncio de vagas e captação de currículos.

c. Público: ocorre através de Edital Seletivo Público, contendo todas as normas e diretrizes deste modelo de seleção.

O processo seletivo seguirá as etapas abaixo, podendo ser alterado conforme decisão da área de RH, sempre garantindo a qualidade e eficácia do resultado.

A responsabilidade de aprovação do candidato no processo seletivo deve ser compartilhada entre o Gestor, Área Técnica e a área de RH, baseando-se no perfil da vaga e resultado da avaliação do candidato.

ETAPAS

1 ° Abertura e análise da vaga: A abertura de vagas ocorrerá após o preenchimento e aprovação da Requisição de Pessoal. Após o recebimento da

RP, o recrutador juntamente com o Gestor requisitante deverá definir os aspectos da vega.

Seleção Pública: o Edital é elaborado, através do cumprimento dos empregos existentes no Contrato de Gestão, em parceria com as seguintes áreas – RH, Área Técnica, Jurídico, Compliance e validado pela Superintendência do Instituto.

2° Divulgação do Processo Seletivo: As vagas de trabalho do Instituto são disponibilizadas no site (www.institutognosis.org.br). O recebimento de currículos também é dado através da área de cadastro permanente no site – Banco de Talentos.

Seleção Pública: sua divulgação é feita no site do Instituto, com até 15 dias de antecedência a abertura das inscrições (para que de forma transparente, todos tenham acesso as normas exigidas no certame).

3° Triagem dos Currículos Profissionais: cadastrados para a vaga e que cumpram com os requisitos mínimos divulgados;

4° Prova Técnica/Específica: Conhecimentos gerais importantes para execução das rotinas profissionais da vaga em questão, onde o candidato (a) deve atingir nota mínima de 6.0. A prova é formulada em conjunto com o Gestor da área solicitante;

Seleção Pública: A etapa de prova é bem definida no Edital, especificando a pontuação por conteúdo, a nota de corte e o conteúdo programático por função.

5° Entrevista Individual / Técnica – Comprovação de Título: Nesta etapa o candidato (a) é entrevistado, pelo recrutador e gestor solicitante, podendo ser uma entrevista em conjunto ou não, dependendo do alinhamento no momento de abertura da vaga.

Seleção Pública: nesta etapa além da entrevista em conjunto (Gestor, RH e Área Técnica) é realizada também a entrega de comprovação de títulos para o cargo específico.

6° Devolutiva sobre os resultados do Processo Seletivo a todos os participantes: As devolutivas de cada etapa seletiva ao candidato (a) serão ofertadas com prazo de até 15 dias úteis a partir da data de realização. Estas serão encaminhadas via endereço eletrônico, exceto quando o candidato (a) não o possuir, sendo assim via contato telefônico.

Seleção Pública: todas as etapas do Processo Seletivo Público possuem um cronograma, previamente divulgado, aplicando-se também ao resultado final e homologação do processo.

7° Encaminhamento do candidato indicado para o Processo de Admissão: Entrega de documentação, checagem do CNES e encaminhamento a consulta Médica e exames pertinentes.

INSTITUTO GNOSIS

CONTRATAÇÃO DE JOVEM APRENDIZ

Tem por objetivo educar profissionalmente o jovem com a finalidade de aumentar as suas oportunidades de entrada e permanência no mercado de trabalho, além de atender as determinações legais.

Para a participação no processo seletivo é pré-requisito ter entre 18 a 22 anos.

A contratação deste possui duração de no máximo dois anos.

Os jovens aprendizes serão assistidos pelo RH e pela Instituição formadora, sendo que essa desenvolverá um programa específico de capacitação ao longo do período de permanência deles no Instituto, visando um melhor rendimento interno.

CONTRATAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIENCIA (PCD)

Tem por objetivo promover a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, atendendo assim as determinações legais referentes a inclusão.

É de responsabilidade do setor de Medicina Ocupacional proceder as avaliações visando o enquadramento do candidato a condição de PCD, bem como de correlacionar a função e o posto de trabalho com as suas condições.

Qualquer vaga poderá ser preenchida por PCD, sendo que cada área deverá absorver, no mínimo, 5% do seu quadro nessa condição.

Segue abaixo os documentos padronizados da área de gestão de Pessoas:

INSTITUTO GNOSIS

Política

de

Gestão de Pessoas

Instituto Gnosis

Sede
Edifício Flag's Center – 1º andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 300 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000731

INSTITUTO GNOSIS

APRESENTAÇÃO

A Área de Recursos Humanos tem por finalidade tratar do adequado aprovisionamento da retenção e do desenvolvimento das pessoas do Instituto GNOSIS, almejando além dos aspectos trabalhistas, buscar a participação de cada colaborador, em um clima de corresponsabilidade, na construção coletiva de um instituto forte e coeso, que atenda aos anseios de nossos colaboradores e clientes internos e externos.

Este manual tem por objetivo a padronização de condutas, rotinas e procedimentos. Ele deve assegurar que todos os colaboradores realizem o seu trabalho de forma ordenada, organizada, de maneira que o tempo e os recursos sejam utilizados eficientemente e que todos estejam conscientes sobre quem é responsável para fazer o que, quando, como, onde e principalmente para quem. Ele também deverá ser utilizado como ferramenta para o gerenciamento da prevenção de erros e de melhorias contínuas e poderá ser revisado, discutido e atualizado pela equipe sempre que necessário ou conforme os prazos estabelecidos. Alinhamento com as normas e diretrizes preconizadas pela SES/SMS através dos contratos de gestão, e estreitar os laços com os colaboradores que estão na ponta.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO | DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO

A área de Recrutamento e Seleção e Desenvolvimento e Avaliação do Instituto GNOSIS está sob a responsabilidade de profissionais da área de Psicologia, Educação e Administração. Tendo como principais atividades a realização de processos de recrutamento e seleção, por meio de avaliação de perfil técnico e comportamental; elaboração de laudo, estabelecendo relação entre o perfil do candidato com o perfil solicitado; diagnósticos de equipe; orientação aos líderes de equipe; acompanhamento dos colaboradores; atividades, treinamentos e/ou capacitações para os colaboradores de diferentes setores; desenvolvimento de equipes e de pessoas; integração; administração de conflitos; acolhimento; relatórios/projetos; avaliação de desempenho e entregas de rotinas administrativas. O objetivo desta área é de possibilitar a realização de um processo de Recrutamento e Seleção e Desenvolvimento de Pessoas qualificado, por meio de um conjunto de técnicas específicas que possibilitam adequar o perfil dos Recursos Humanos dos colaboradores aos objetivos estratégicos da Instituição.

INSTITUTO GNOSIS

Objetivos Específicos

- Atrair e reter talentos humanos com conhecimentos, habilidades e atitudes alinhados ao Instituto;
- Assegurar processo de seleção transparente e igualitário;
- Garantir quantitativamente e qualitativamente os Recursos Humanos adequados para qualidade dos serviços;
- Oportunizar a construção de um clima organizacional que favoreça o bem-estar das pessoas;
- Possibilitar um ambiente de trabalho cada vez mais humanizado, propiciando a participação das pessoas;
- Capacitar e desenvolver os recursos humanos de acordo com os objetivos estratégicos do instituto;
- Redução de turnover dos colaboradores;
- Aumento da eficiência e da eficácia dos serviços prestados ao cliente final;
- Construção de banco de dados efetivo e que permita a reposição dos colaboradores no menor prazo possível;
- Incluir os líderes de equipe e os supervisores de unidade no processo de recrutamento e seleção, podendo assim, ter um maior acompanhamento deste colaborador desde o processo de contratação;
- Percepção mais completa deste colaborador, a fim de reduzir problemas de adaptação e comportamentais;
- Projetar o sistema de avaliação de desempenho;
- Oferecer um serviço qualificado que permita que o candidato possa demonstrar as suas potencialidades e concorrer de forma justa e igualitária a vaga em questão.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

900733

1. CRITÉRIOS PARA RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

1.1. Regulamento de Contratação de Pessoal

TÍTULO I

INTRODUÇÃO

Artigo 1º - O presente Regulamento tem por finalidade:

I Disciplinar a contratação de recursos humanos necessários ao atingimento dos objetivos previstos nos contratos de gestão firmados pelo Instituto com a Administração Pública.

II Fixar políticas e diretrizes para os processos de recrutamento, seleção e remanejamento dos recursos humanos de que trata o inciso I, do caput deste artigo.

Parágrafo único: Serão definidas neste regulamento as modalidades de seleção de pessoal e suas respectivas tramitações procedimentais.

Artigo 2º - Para os fins dispostos no presente Regulamento entende-se por:

I Colaborador – todo e qualquer pessoa natural contratada pelo Instituto GNOSIS sob o regime jurídico da consolidação das leis do trabalho (CLT).

II Recrutamento – o conjunto de procedimentos que visam a atrair candidatos potencialmente qualificados de acordo com as competências indispensáveis para o exercício do emprego a prover;

III Seleção – o conjunto de procedimentos que permitam avaliar os candidatos recrutados para o exercício do emprego a prover, através da utilização de métodos e técnicas adequados.

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000734

IV Remanejamento – redistribuição de colaboradores, motivada por criação, extinção ou transformação de áreas ou ainda por excesso de colaboradores em determinado setor, atendidas as exigências legais.

V Processo de Recrutamento e Seleção – conjunto de procedimentos e operações necessários à captação e posterior avaliação de candidatos a vagas de emprego, visando maior agilidade e eficiência na contratação de profissionais compatíveis com o perfil desejado pelo emprego a prover e pelo Instituto GNOSIS.

VI Candidato – pessoa natural que esteja concorrendo a uma vaga no Instituto GNOSIS, através de Processo d e Recrutamento e Seleção.

VII Solicitante – aquele que, autorizado por este Regulamento e nos limites de sua atribuição, requerer a contratação de pessoal.

Artigo 3º - O Processo de Recrutamento e Seleção subdivide-se em:

I Processo de Seleção Simplificado – destina-se a contratação de colaboradores para o exercício de atividades de apoio necessárias ao atingimento das atividades e finalidades precípuas previstas em Contratos de Gestão firmados pelo Instituto GNOSIS com a Administração Pública.

II Processo Seletivo Público – destina-se a contratação de colaboradores para o exercício das atividades precípuas do Instituto GNOSIS, previstas nos contratos de gestão formalizados pelo Instituto com a Administração Pública.

Artigo 4º - O Processo de Seleção Simplificado será cabível nas hipóteses previstas neste Regulamento e subdivide-se em:

I Recrutamento Interno – destinado ao reaproveitamento de colaborador já contratado pelo Instituto GNOSIS, em razão da identificação de seu de potencial, respeitando-se à legislação vigente.

II Processo de Seleção Simplificado Externo – destinado à contratação de candidato quando, após a análise criteriosa do setor responsável, a realização única de recrutamento interno se tornar inviável.

Artigo 5º - A contratação ou o remanejamento de candidato será precedido de Processo de Recrutamento e Seleção, atendidas as exigências deste Regulamento e observadas às exceções a revistas.

Artigo 6º - Nas contratações de colaboradores oriundas da atuação do Instituto GNOSIS como Organização Social serão especialmente observados, no que couber, os princípios constitucionais da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da eficiência e da economicidade.

Artigo 7º - A área de Gestão de Pessoas do Instituto GNOSIS será responsável pela execução e coordenação dos Processos de Recrutamento e Seleção.

Parágrafo Primeiro – Para a seleção dos profissionais que apresentem maior qualificação e capacitação para o exercício do emprego a prover, serão utilizadas técnicas previamente definidas, selecionadas e ajustadas à melhor forma de avaliação dos requisitos necessários para cada função.

Parágrafo Segundo – As técnicas e instrumentos a serem utilizados para aferição dos critérios de avaliação definidos neste Regulamento serão alinhados pela área de Gestão de Pessoas, conforme o emprego a prover e os requisitos exigidos, com base na legislação e reconhecimento dos órgãos competentes.

Artigo 8º - O Instituto GNOSIS poderá contratar terceiros para organizar e realizar o Processo de Recrutamento e Seleção.

Artigo 9º - As contratações de Agente Comunitário da Saúde (ACS) serão regidas pelas condições gerais do Processo Seletivo Público, atendendo ainda seus requisitos especiais definidos em Capítulo próprio e na legislação pertinente.

TÍTULO II

PROCESSOS DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10 – A realização do Processo de Recrutamento e Seleção e a contratação dos aprovados estão condicionadas ao requerimento dirigido expressamente a Direção Geral do Instituto GNOSIS.

Parágrafo único – Possui legitimidade para solicitar a contratação de pessoal e a realização de processos de recrutamento e seleção os Diretores de Área, os Gerentes de Área, a Direção Geral e o Presidente da Diretoria Executiva, definidos neste Regulamento como Solicitantes.

Artigo 11 – ADireção Geral do Instituto GNOSIS decidirá expressamente o requerimento, provando ou não a realização do Processo de Recrutamento e Seleção e a contratação dos futuros aprovados.

Parágrafo Primeiro – As decisões previstas no caput deste artigo serão pautadas em um estudo prévio e minucioso do contrato de gestão a que se destina a contratação de pessoal.

Parágrafo Segundo – O estudo de que trata o parágrafo primeiro deste artigo será baseado na proposta apresentada pelo Instituto GNOSIS à Administração Pública, as rubricas definidas no Contrato de Gestão e o respectivo orçamento.

Artigo 12 – Decidindo pela realização do Processo de Recrutamento e Seleção, a Direção Geral do Instituto GNOSIS definirá a modalidade do processo, dentre as opções previstas neste Regulamento.

Parágrafo único – Quando a modalidade de Processo de Recrutamento e Seleção escolhida permitir, o Solicitante poderá participar ativamente das etapas do processo e da decisão final de escolha do candidato a ser contratado ou remanejado.

Artigo 13 – No requerimento para a realização do Processo de Recrutamento e Seleção constará a exposição mínima dos motivos, o número de vagas, a função a ser preenchida e os pré-requisitos mínimos que os candidatos deverão atender.

Parágrafo único – Se o Processo de Recrutamento e Seleção for destinado à formação de cadastro de reserva, deverá constar expressamente do requerimento elaborado pelo Solicitante.

Artigo 14 – Autorizada formalmente pela Direção Geral do Instituto GNOSIS a realização do Processo de Recrutamento e Seleção requerido, a Área de Gestão de Pessoas do Instituto GNOSIS dará publicidade ao processo, divulgando-o no sítio eletrônico do instituto.

Parágrafo único – O texto de divulgação do processo de recrutamento e seleção conterá, resumidamente:

I As funções do emprego a prover;

II O número de vagas disponíveis;

III O s prazos respectivos;

IV As condições de participação;

V A data e local para comparecimento e ou entrega de documentação;

VI O local para maiores informações;

VII Demais informações que se faça m necessária s.

Artigo 15 – O Processo de Recrutamento e Seleção atenderá pelo menos a dois dos seguintes critérios:

I Análise da Experiência Profissional;

II Análise de Conhecimentos Específicos a cada segmento de carreira;

III Análise das Competências Técnicas e Comportamentais necessárias para a função.

Parágrafo único – A comprovação de experiência profissional, quando cabível, se fará através da apresentação de cópia da carte ira profissional ou cópia de declaração de empregador anterior do candidato, em papel timbrado, assinado e carimbado.

Artigo 16 – A contratação do candidato ficará condicionada à sua aprovação em todas as fases e avaliações previstas para cada Processo de Recrutamento e Seleção, incluindo o exame médico de caráter eliminatório.

Parágrafo Primeiro – O candidato que participar de Processo de Recrutamento e Seleção promovido pelo Instituto GNOSIS, além dos requisitos específicos previstos em cada processo, deverá atender aos requisitos estabelecidos neste Regulamento.

Parágrafo Segundo – O Instituto GNOSIS se reserva ao direito de investigar sigilosamente, em caráter eliminatório, os antecedentes do candidato aprovado em processo de recrutamento e seleção.

Artigo 17 – A aprovação do candidato em todas as fases do Processo de Recrutamento e Seleção não obriga o Instituto GNOSIS a sua contratação.

Artigo 18 – A convocação para contra tação de candidato aprovado em Processo de Recrutamento e Seleção promovido pelo Instituto GNOSIS será expressa mente forma lizada.

Parágrafo único – Na hipótese do candidato convocado para contratação desistir da vaga a que concorreu, o Instituto GNOSIS providenciará um termo de desistência que deverá ser assinado pelo candidato convocado, para posterior arquivamento em conjunto com a documentação do processo.

Artigo 19 – A área de gestão de pessoas cuidará para que todo o Processo de Recrutamento e Seleção seja documentado e arquivado, incluindo-se a divulgação das vagas, o número de candidatos interessados, o número de candidatos selecionados para cada etapa, o cumprimento das etapas, os resulta dos parciais, os resultados finais, as convocações dos candidatos, o compare cimento dos candidatos para a contratação e/ou a desistência do mesmo, sem prejuízo das demais medidas cabíveis.

CAPÍTULO II

DO PROCESSO DE SELEÇÃO SIMPLIFICADO

Artigo 20 – O Processo de Seleção Simplificado destina-se a contratação de colaborado res para o exercício de atividades de apoio do instituto GNOSIS, definidas no artigo 39, inciso I.

Parágrafo único – O Processo de Seleção Simplificado subdivide-se Recrutamento Interno e Processo de Seleção Simplificado Externo

SEÇÃO I

Do Recrutamento Interno

Artigo 21 – Ocorrendo a abertura de vagas para os empregos passíveis de preenchimento através de Processo de Seleção Simplificado, será realizado o Recrutamento Interno com a finalidade de oportunizar o crescimento profissional dos colaboradores do instituto GNOSIS.

Parágrafo único – O Recrutamento Interno somente ocorrerá quando se apresentarem, no mínimo, três candidatos do emprego a prover.

Artigo 22 – Poderão participar do Recrutamento Interno os colaboradores que atenderem às seguintes condições:

I Contar com no mínimo 6 (seis) meses de emprego e efetivo exercício na função e na unidade em que estiver lotado, na data do início do processo de seleção simplificado;

II Ter perfil e qualificação adequados à vaga, estabelecido na descrição da função;

III Apresentar bom desempenho no exercício da função que está ocupando;

IV Pleitear um cargo que ofereça perspectivas de carreira superior ao que ocupar no momento do processo;

Artigo 23 – O Recrutamento Interno automaticamente se converterá em Processo de Seleção Simplificado Externo quando o número mínimo exigido no parágrafo único do artigo 21 não for alcançado.

Parágrafo único – A conversão do Recrutamento Interno não exclui a possibilidade dos colaboradores que preencheram os requisitos deste capítulo participarem do Processo de Seleção Simplificado Externo.

SEÇÃO II

Processo de Seleção Simplificado Externo

Artigo 24 – O Processo de Seleção Simplificado Externo ocorrerá sempre que o Recrutamento Interno for inviabilizado pela ausência de candidatos suficientes.

Artigo 25 – O Instituto GNOSIS poderá fazer uso dos meios mercadológicos disponíveis para o recrutamento de candidatos aptos a participarem do Processo de Seleção Simplificado Externo.

Parágrafo único – O recrutamento de que trata este artigo não exclui a obrigatoriedade de divulgação do Processo de Seleção Simplificado Externo no site do Instituto GNOSIS.

SEÇÃO III

Do Procedimento

Artigo 26 – Antes da divulgação do Processo de Seleção Simplificado, a área de gestão de pessoas do Instituto GNOSIS dará efetividade as regras gerais p revistas no Capítulo I deste Regulamento.

Artigo 27 – O Processo de Seleção Simplificado, em quaisquer das modalidades previstas no artigo 22, consistirá na participação do candidato em pelo menos duas das três etapas, que serão realizadas em qualquer ordem de preferência.

I Primeira etapa: Prova Objetiva e /ou Redação: Aplicação de provas objetivas, com questões esclusivas do tipo múltipla escolha e/ou redação

II Segunda etapa: Análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

III Terceira Etapa: Composta por duas Entrevistas de Avaliação, ambas de caráter eliminatório.

a) A primeira entre vista será realizada pela área de Gestão de Pessoas setor de Recursos Humanos, que indicará ao Solicitante apenas os candidatos aprovados;

b) A segunda entrevista será realizada pelo Solicitante, onde somente participarão os candidatos tecnicamente habilitados e pré-selecionados pela primeira entrevista.

Parágrafo único – Cada Etapa de avaliação terá um peso a ser determinado de acordo com o perfil e características do emprego a prover.

Artigo 28 – O Instituto GNOSIS convocará o candidato mais bem avaliado em todas as etapas do Processo de Seleção Simplificado para ocupação da vaga disponível.

Parágrafo Primeiro – O Processo Seletivo Simplificado realizado para o preenchimento duas ou mais vagas para uma mesma função contará com a divulgação, pelo Instituto GNOSIS, da ordem de classificação.

Parágrafo Segundo – Na hipótese do parágrafo anterior, o Instituto GNOSIS convocara os candidatos para a contratação segundo a o rd em de classificação divulgada.

Artigo 29 – A convocação do candidato aprovado para a contratação será formalizada pelo Instituto GNOSIS, podendo ser utilizados os meios eletrônicos disponíveis.

Artigo 30 – Na hipótese do candidato convocado para a contratação não comparecer na data agendada ou previamente recusar-se à contratação, e não sendo a convocação para contratação dos candidatos aprovados e subsequentes, o Instituto GNOSIS realiuará novo Processo de Seleção Simplificado.

Parágrafo único – No caso de impossibilidade e de convocação do candidato por ausência de dados suficientes ou sua inconsistência, o mesmo será desclassificado do processo.

Artigo 31 – O Instituto GNOSIS atentará para formalização e arquivamento de todas as fases dos procedimentos.

CAPÍTULO III

DOS PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS

Artigo 32 – Para a seleção de colaboradores destinados ao exercício das atividades precípuas do Instituto GNOSIS, previstas em Contratos de Gestão firmados pelo Instituto com a Administração Pública, serão realizados Processos Seletivos Públicos.

Parágrafo único – O Processo Seletivo Público será pautado em critérios objetivos de avaliação e realizar-se-á com pelo menos uma prova escrita, que poderá ser objetiva ou discursiva.

Artigo 33 – Antes da divulgação do Processo Seletivo Público, a área de gestão de pessoas do Instituto GNOSIS dará efetividade às regras gerais p revistas no Capítulo I deste Regulamento.

Artigo 34 – O processo seletivo público atenderá no que couber, aos princípios constitucionais da administração pública e será documentado através de um Edital.

Artigo 35 – O Edital de que trata o artigo anterior será público e deverá conter, no mínimo:

a) Identificação do despacho de autorização da abertura do processo seletivo público;

b) Identificação da categoria e do número de vagas e/ou cadastro de reserva, incluindo-se as vagas para pessoas portadoras de necessidades especiais;

c) Regime jurídico de contratação;

d) Áreas a que o processo se letivo vai abranger;

e) Procedimentos e documentos exigidos para a inscrição e para a contratação, com previsão expressa de que o candidato é responsável pela indicação correta de seus dados;

f) Valor da taxa de inscrição, prazos e forma de pagamento;

g) Procedimento para o requerimento de isenção de taxa de inscrição;

h) Local de trabalho, salário, adicionais, carga horária e atribuições da função.

i) Identificação dos parâmetros de avaliação, métodos, etapas, tipos de prova e critérios de seleção adotados;

j) O local e o horário da realização das provas e demais etapas;

k) Divulgação da submissão, quando cabível, do candidato aprovado e convocado a exame médico de caráter eliminatório.

l) Procedimento de divulgação dos resultados parciais e finais.

m) Procedimento para interposição de recursos administrativos, quando cabíveis;

n) Procedimento de convocação dos candidatos aprovados e classificados;

o) Validade do Processo Seletivo e sua prorrogação;

p) Os meios que serão utilizados para a divulgação das informações relativas ao processo seletivo público.

q) Aceitação tácita do candidato do inteiro teor do Edital e deste Regulamento;

Artigo 36 – O Instituto GNOSIS poderá cobrar taxa de inscrição destinada ao custeio dos processos seletivos públicos.

Parágrafo Primeiro – Nos casos em que o valor da inscrição no Processo Seletivo Público ultrapasse 7% (sete por cento) do valor do Salário Mínimo Federal, o Instituto GNOSIS poderá conceder a isenção no pagamento da taxa de inscrição.

Parágrafo Segundo – Os critérios para a apresentação do requerimento, comprovação dos requisitos e deferimento da isenção de que trata este artigo serão definidos nos respectivos Editais.

Parágrafo Terceiro – O candidato deverá ser comunicado do indeferimento do pedido de que trata o parágrafo primeiro anteriormente ao término do prazo previsto para as inscrições.

Artigo 37 – O Edital determinará o prazo para correção das provas, divulgação de notas e classificação dos candidatos e ainda:

I Os tipos de provas que serão aplicadas;

II O caráter de cada prova (eliminatório ou classificatório);

III O número total de questões;

IV A pontuação mínima em cada prova, para que o candidato seja considerado aprovado;

V O número máximo de pontos das provas;

VI Os critérios para apuração da nota final e para a classificação dos candidatos;

VII O conteúdo das provas;

VIII O tempo de duração das provas;

IX Os critérios de desempate e anulação das provas, quando necessários;

X Os procedimentos a serem seguidos pelos candidatos para a realização das provas, assim como as situações e objetos proibidos durante a realização das mesmas;

XI As sanções que serão aplicadas aos candidatos que desobedecerem às regras do Edital;

XII A forma de preenchimento do cartão de resposta e sua entrega, assim como da prova discursiva, conforme o caso.

Artigo 38 – No caso de realização de prova de títulos, o Edital determinará:

I Os títulos que serão aceitos;

II Os critérios para a avaliação dos títulos;

III A pontuação de cada título;

IV O número máximo de pontos atribuídos aos títulos;

V O local, período e o horário para a entrega dos títulos;

VI Os procedimentos que precisam ser observados pelo candidato para a entrega dos títulos.

Parágrafo único – O Edital esclarecerá que somente os candidatos aprovados na prova escrita deverão entregar o s títulos.

Artigo 39 – Cabendo recurso administrativo ao Diretor da Área de gestão de pessoas do Instituto GNOSIS, o mesmo poderá ser interposto no prazo de dois (02) dias a contar da data de divulgação dos resultados parciais do Processo Seletivo Público.

Parágrafo único – O resultado do recurso administrativo será divulgado até 5 (cinco) dias após a sua interposição.

Artigo 40 – Após a divulgação dos resultados dos recursos, quando cabíveis, o Instituto GNOSIS divulgará a classificação final dos aprovados e sua homologação.

Artigo 41 – O Instituto GNOSIS convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Público.

Parágrafo único – A validade do Processo Seletivo Público tem início da data de homologação do resultado final.

Artigo 42 – Os candidatos aprovados dentro do número de vagas previstas no edital serão convocados para a contratação.

Parágrafo único – Nos processos seletivos públicos realizados com a finalidade de formação de cadastro de reserva, o Instituto GNOSIS convocará o número de candidatos aprovados para a contratação de acordo com as reais necessidades do Instituto.

Artigo 43 – A convocação dos candidatos para a contratação será realizada de acordo Edital e com base nas informações de contato prestadas no ato da inscrição.

Parágrafo Primeiro – No caso de impossibilidade de convocação do candidato por ausência de dados suficientes ou sua inconsistência, o mesmo será desclassificado do Processo Seletivo Público e será convocado o candidato subsequente.

Parágrafo Segundo – Na hipótese do candidato convocado para a contratação não comparecer na data agendada ou previamente recusar-se-á contratação, será convocado o candidato subsequente.

Parágrafo Terceiro – O Instituto GNOSIS cuidará para que os casos previstos nos parágrafos primeiro e segundo deste artigo sejam documentados e arquivados.

Artigo 44 – Os candidatos convocados para a contratação de verão apresentar a documentação necessária de acordo com a norma editalícia, sob pena de desclassificação.

Artigo 45 – A área de gestão de pessoas do Instituto GNOSIS cuidará para que não haja contratações de colaboradores em detrimento à ordem de classificação de Processos Seletivos Públicos em aberto.

Artigo 46 – Constará expressamente em todas as informações do Processo Seletivo Público a data de sua divulgação no meio elegido pelo Ed ital.

CAPÍTULO IV

DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Artigo 53 – Será assegurado aos portadores de necessidades especiais direito de reserva de percentual de vagas d o Processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir.

Artigo 54 – Os candidatos portadores de necessidades especiais participarão do Processo Seletivo Público em igualdade de condições com os demais candidatos.

Artigo 55 – A inscrição dos candidatos portadores de deficiência far-se-á na forma estabelecida pelo edital, que conterá:

a) Os preceitos jurídicos gerais que conformam a inscrição de pessoas portadoras de necessidades especiais;

b) O número de vagas oferecidas;

c) Os procedimentos que o candidato deverá seguir para inscrever-se e para fazer uso das prerrogativas que lhes são facultadas;

d) Os procedimentos que serão adotados pela instituição responsável pela realização do processo seletivo no caso de inexistirem candidatos aprovados para as vagas reservadas.

Artigo 56 – Após aprovação os candidatos portadores de deficiência deverão comparecer munidos de laudo médico que ateste a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme especificado no Decreto n.º 3.298/99 e suas alterações.

Parágrafo Único – A não observância do disposto acima acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos em tais condições.

Artigo 57 – As vagas definidas no Edital, que não forem preenchidas por falta de candidatos portadores de deficiência serão preenchidas pelos demais candidatos aprovados, observando-se rigorosamente os critérios de avaliação e a ordem de classificação.

Artigo 58 – Caso haja necessidade do Instituto GNOSIS disponibilizar condições específicas ao candidato portador de necessidades especiais, no momento da realização das etapas do processo seletivo, o candidato nesta condição deverá solicitá-la no ato da inscrição, indicando claramente quais os recursos especiais necessários, arcando o candidato com as consequências de sua omissão.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

INSTITUTO GNOSIS

Artigo 59 – Os colaboradores do Instituto GNOSIS serão contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Artigo 60 – O Instituto GNOSIS poderá contratar profissionais autônomos para atender necessidade transitória e por prazo determinado.

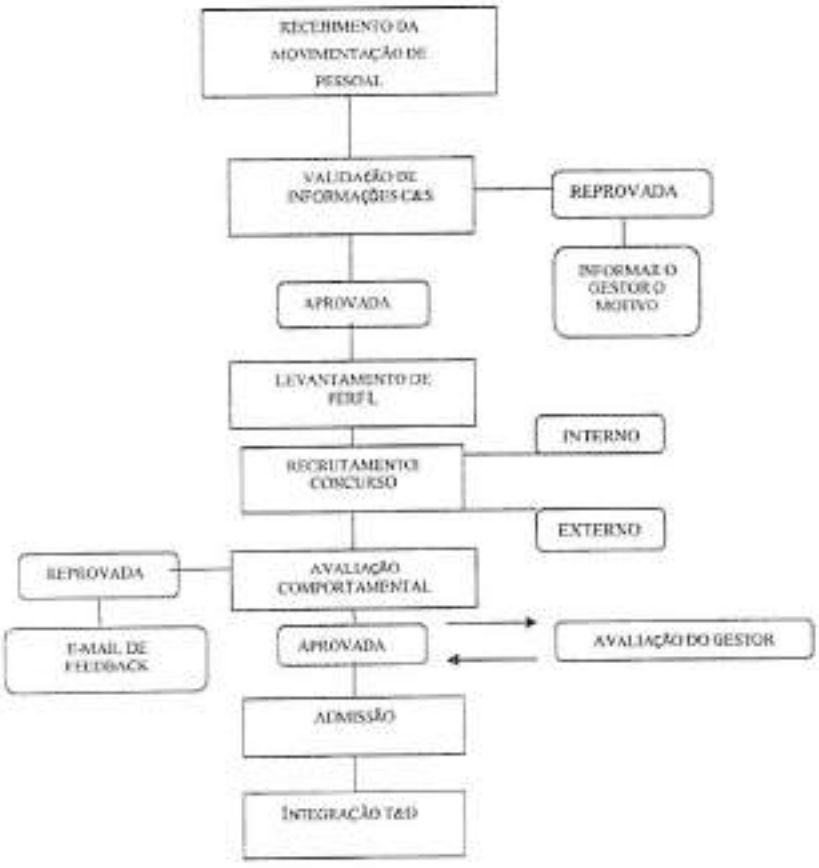
Artigo 61 – Não será exigido Processo de Recrutamento e Seleção para contratação de cargos de chefia, direção e confiança.

Parágrafo único – Nos casos emergenciais, o Instituto GNOSIS poderá dispensar a realização de processo de recrutamento e seleção, através de despacho fundamentado da Direção Geral.

Artigo 62 – Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Presidente da Diretoria Executiva em conjunto com o Superintendente Geral do Instituto GNOSIS.

Artigo 63 – Este regulamento entra em vigor imediatamente após sua aprovação pelo Conselho de Administração do Instituto GNOSIS.

Fluxograma de Recrutamento e Seleção



2. POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS

INTRODUÇÃO

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) tem por objetivo principal estabelecer uma política eficaz para a ascensão profissional dos seus colaboradores, de acordo com seu nível de conhecimento, habilidades e desempenho. Além de promover uma estrutura salarial através da observação de critérios justos e transparentes de crescimento profissional, propiciando o desenvolvimento de carreiras com vistas a atingir os objetivos traçados pelo Instituto.

Esta ferramenta visa garantir igualdade de oportunidades profissionais aos colaboradores e uma coerência salarial com o meio externo, tornando o Instituto competitivo em relação ao mercado, contribuindo para a racionalização dos gastos e principalmente para a motivação dos colaboradores, estando contemplada na Norma Interna do Instituto GNOSIS.

A Diretoria de Gestão de Pessoas e Performance (GPP) é a responsável pela aplicação, administração e monitoramento do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Instituto GNOSIS.

2.1. Plano de Cargos, Carreiras e Salários

Este plano foi desenvolvido pelo Instituto GNOSIS para administrar cargos, carreiras e salários dos contratos geridos pelo Instituto sendo um instrumento que estabelece a estrutura de cargos do Instituto ao definir as atribuições, deveres e responsabilidades de cada cargo e estabelecer os níveis salariais a serem praticados, visando valorizar seus colaboradores pelo reconhecimento dos esforços individuais dos que buscam o próprio crescimento profissional, motivando-os e encorajando-os a explorar seus potenciais.

Princípios e Diretrizes

Os princípios que norteiam o PCCS do Instituto GNOSIS são:

- Universalidade: o PCCS abrange todos os colaboradores do Instituto
- Isonomia: fica assegurado tratamento remuneratório igualitário para os colaboradores que tenham cargos iguais ou semelhantes, que contemplem o mesmo nível de escolaridade, obrigações, direitos e deveres.
- Publicidade e Transparência: todo o processo de progressão de carreira e avaliação de desempenho será público e garantida a transparência em todas as etapas.

A política salarial adotada pelo Instituto GNOSIS está fundamentada em duas diretrizes principais que visam assegurar um tratamento salarial equânime e competitivo:

- Equilíbrio Interno: coerência que deve existir entre os cargos, considerando o conteúdo e valor relativo (importância) na estrutura organizacional.
- Equilíbrio Externo: relação existente entre os salários pagos pelo Instituto e os salários pagos por segmento de mercado específico, comparado através de pesquisas salariais.

2.1.1. Provimento

Obedece ao Regulamento Interno de Contratação do Instituto GNOSIS, o qual preza pelos princípios da transparência, da moralidade e da economicidade, devidamente compatibilizado com a natureza e os termos da lei das organizações sociais, com os padrões de mercado e com a necessidade de serviço.

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

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

O Instituto também oferece oportunidade aos seus colaboradores através de processo seletivo interno, obedecendo aos mesmos parâmetros do processo público. E, ainda, realizamos processo simplificado para contratação de cargos de chefia, direção e confiança, conforme previsão no Regulamento Interno de Contratação.

As admissões são realizadas mediante aprovação no Processo Seletivo Público, Processo Seletivo Interno ou Processo Seletivo Simplificado. O candidato deverá ser contratado no salário referente ao step 1 do seu grupo salarial, a não ser que comprove experiência anterior de alto interesse para o instituto e atender plenamente aos critérios de qualificação profissional para o cargo.

2.1.2. Readaptação

Em caso de readaptação (retorno de licença ou afastamento por longos períodos) o empregado terá sua situação profissional revista. Poderá haver necessidade de alteração funcional do empregado, caso existam limitações de saúde que inviabilizem sua permanência no cargo que ocupa, não servindo esse caso como paradigma para fins de equiparação salarial, conforme previsão do artigo 461 § 4 da CLT.

2.1.3. Estrutura de Cargos

O cargo é caracterizado pelo agrupamento das atividades de conteúdo profissional equivalente, exercidos por um empregado ou conjunto de empregados, reunidos sob um mesmo título e que recebem o mesmo tratamento para fins de remuneração. Cargo é um conceito global e impessoal, sinônimo de ocupação, utilizado na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

As descrições das atividades exercidas por cada cargo são detalhadas levando em consideração fatores como: escolaridade, experiência, habilidades, jornada de trabalho, condições e riscos do trabalho. A descrição de cargos divide-se em:

- Descrição Sumária: descreve de forma sucinta as principais atribuições do cargo;
- Atribuições: descreve de forma detalhada, todas as atividades que o empregado realiza;

- Requisitos básicos: define a formação mínima, habilidade necessária e conhecimentos indispensáveis para o exercício da função.

A análise de um cargo e sua descrição são formas de auxiliar na contratação do empregado dentro do perfil desejado pela organização.

A estrutura de Cargos é constituída através de escalonamento, em que os cargos são hierarquizados e classificados de acordo com as dificuldades, responsabilidades e requisitos. Os salários são organizados em progressão racional baseados na relação entre os valores dos cargos, distribuindo os salários de acordo com a estrutura salarial.

2.1.4. Desenvolvimento na Carreira

Todos os cargos do Instituto GNOSIS foram descritos e avaliados, conforme o grau de complexidade e responsabilidade, classificados de acordo com grupo organizacional, classe e nível salarial.

O nível I considerado o nível mais baixo e o nível III o mais alto de cada cargo. Cada um dos níveis de cargo corresponde a uma faixa salarial, de forma que existe uma variação salarial para um mesmo de cargo. A amplitude da faixa salarial corresponde à variação entre o maior e o menor salário da faixa. E cada faixa salarial é composta por quatro variações de salários chamadas steps. Os steps são os valores intermediários dentro uma faixa salarial, de forma que cada grupo tem 12 níveis salariais.

- Grupo organizacional: agrega cargos com mesmo nível de escolaridade (superior, médio, técnico e operacional).
- Classe: compreende o grau de complexidade e responsabilidade das atribuições, expressas por padrões hierarquizados dentro de um cargo, que se relletem em valores organizados em níveis salariais.
- Nível Salarial: são os valores que expressam o salário base dos 12 níveis hierárquicos de cada classe.

INSTITUTO GNOSIS

Os grupos ocupacionais do Instituto GNOSIS estão organizados de acordo com o nível de escolaridade, o cargo e a classe da carreira, sendo que o nível superior subdividido em três carreiras – ME, MD e ADM, conforme quadro abaixo:

CARREIRA NÍVEL SUPERIOR	CLASSE
MÉDICOS	MEI MEII MEIII
MULTIDISCIPLINAR Assistente Social, biólogo, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional	MDI MDII MDIII
ADMINISTRATIVO Analista dos setores: comunicação, compras, contratos, financeiro, faturamento, prestação de contas, recursos humanos, departamento pessoal, tecnologia da informação	ADMI ADMII ADMIII
CARREIRA NÍVEL TÉCNICO (T)	**CLASSE**
Técnico de enfermagem, técnico de radiologia, técnico de câmara escura, técnico hemoterapia, técnico de gesso, técnico de laboratório, técnico de refrigeração, técnico de engenharia clínica	TI TII TIII
CARREIRA NÍVEL MÉDIO (M)	**CLASSE**
Auxiliar administrativo, auxiliar de farmácia, auxiliar de informática, auxiliar de nutrição, assistente administrativo, assistente administrativo, assistente de farmácia, estoquista, líder, cabista, motorista	MI MII MIII
CARREIRA NÍVEL OPERACIONAL (O)	**CLASSE**
Auxiliar câmara escura, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de cozinha, auxiliar de rouparia, auxiliar de manutenção, auxiliar de estoque, auxiliar tratamento de resíduos, bombeiro hidráulico, copeiro, costureiro, cozinheiro, eletricista, gasista, magarefe, maqueiro, marceneiro, pedreiro, pintor, serralheiro	OI OII OIII

A política salarial do Instituto GNOSIS terá seus salários administrados por níveis que são posicionados em uma tabela salarial, conforme anexos I, II, III e IV, com critérios definidos de ingresso e com a possibilidade de movimentação e enquadramento em outra classe ou nível.

Tal política prevista no anexo I refere-se a carga horária indicada de médico 24h e multidisciplinar 30h, respectivamente, e havendo aumento ou diminuição de carga horária se respeitará o salário-hora da base salarial indicada.

Na Estrutura de Cargos foram definidos três cargos amplos vinculados aos respectivos grupos ocupacionais, a saber: Nível Superior – Analista Administrativo, Nível Médio – Auxiliar e Assistente. O empregado ocupante de cargo amplo poderá exercer diferentes funções durante sua vida profissional no Instituto GNOSIS, dentro do respectivo grupo ocupacional.

2.1.5. Progressão de carreira, estratégia de remuneração e enquadramento funcional

A progressão dentro do Instituto prevê critérios de movimentação que permitem aos empregados o crescimento na carreira, em termos salariais (horizontal) e de maturidade (vertical), conforme definição abaixo:

- Movimentação Horizontal: Evolução do salário do empregado dentro de uma mesma faixa salarial por motivo de merecimento, decorrente de seu destacado desempenho na Avaliação Anual de Desempenho, chancelado pelo artigo 461 § 3 da CLT. Registra-se que não será objeto para progressão de carreira o critério de antiguidade.

Os aumentos salariais por mérito ocorrerão em função de verba disponível, prevista em orçamento. Para tanto, a Diretoria, anualmente, em função da situação financeira do Instituto deverá definir um percentual do orçamento a ser utilizado para a concessão dos aumentos por mérito. São elegíveis para receber aumento por mérito os colaboradores ativos que:

1. Estejam no cargo atual no mínimo há dois anos;
2. Não estejam no último step da faixa salarial do cargo;
3. Apresentem desempenho superior ao exigido pelo cargo na última Avaliação de Desempenho efetuada;
4. Não possuam mais do que cinco faltas injustificadas, nos últimos 12 meses.
5. Não tenham recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses.
6. Os empregados contemplados com aumento por mérito receberão aumento salarial, correspondente a um step acima dentro da faixa do cargo a que pertencem.

- Movimentação Vertical: Evolução do salário do empregado de um grupo para outro de maior valor, por decorrência de sua promoção, ou seja, passagem de um cargo para outro de maior exigência de qualificação profissional.

A promoção ocorre toda vez que um empregado assumir um cargo cuja classificação na estrutura salarial seja acima da atual. São elegíveis à promoção todos os colaboradores ativos que preencham os pré-requisitos para o cargo e que:

1. Possuir no mínimo um ano de instituto;
2. Possuir no mínimo seis meses no cargo atual;
3. Apresentar desempenho adequado ou superior ao cargo, apurado através de Avaliação de Desempenho;
4. Não possuam mais do que cinco faltas injustificadas, nos últimos 12 meses.
5. Não ter recebido medidas disciplinares, nos últimos 12 meses.

Deverá ocupar a vaga o colaborador mais bem classificado no Processo Seletivo Interno.

As repercussões financeiras decorrentes da progressão horizontal ou vertical serão concedidas no mês subsequente ao término do processo de Avaliação Anual de Desempenho e enquadramento no PCCS.

Os recursos destinados à progressão horizontal e vertical para a carreira estarão limitados 1% na folha salarial anual.

2.1.6. Sistema de Remuneração

O sistema de remuneração do Instituto GNOSIS será composto por:

- Salário base: corresponde ao salário fundamental, sem o acréscimo de importâncias fixas ou variáveis com as quais se completa a remuneração global dos empregados, valor definido no contrato;
- Remuneração: representa o somatório dos valores correspondente ao nível salarial, acrescido dos adicionais e vantagens recebidas pelo empregado.

3.1.6.1 Estrutura Salarial e Enquadramento Funcional

A partir dos resultados obtidos na pesquisa de salários, serão definidos os valores dos níveis salariais iniciais e finais de cada classe, respeitando-se o intervalo de step (percentual aplicado entre os níveis

salariais, classes e grupo ocupacional da tabela salarial), estabelecido estatisticamente por meio da referida pesquisa de mercado. O enquadramento funcional do empregado do Instituto no presente Plano se dará no nível inicial da carreira.

2.1.7. Critérios de administração do PCCs e suas atualizações

A estrutura de cargos e salários deverá ser atualizada periodicamente a fim de mantê-la alinhada com as práticas de mercado e garantir o seu equilíbrio interno. Essa atualização se dará por meio de instrumentos técnicos específicos (descrição, análise e avaliação), adequando-os às suas respectivas carreiras.

A partir das descrições dos cargos, devem ser efetuadas pesquisas salariais periódicas, cujos resultados, depois de comparados qualitativa e estatisticamente, servirão de base para orientar o estabelecimento dos novos valores dos níveis salariais.

A criação de novos cargos ou funções pode ser decorrente do desenvolvimento tecnológico ou da necessidade de ampliação de serviços dos contratos gerenciados pelo Instituto GNOSIS, bem como por demandas da própria estrutura gerencial de sua sede.

As pesquisas salariais serão orientadas pela Diretoria de GPP, preferencialmente a cada dois anos, podendo ser realizadas pelo próprio Instituto ou por serviços de consultoria especializada, tendo como objetivo confrontar os procedimentos internos com os do mercado e manter atualizadas as práticas de remuneração e benefícios.

A tabela salarial deverá ser atualizada em função da legislação vigente (Convenção, Acordo Coletivo de Trabalho, dentre outras) e para antecipações ou ajustes das referências salariais, com base em pesquisas de mercado. As alterações salariais convencionadas entre o Instituto e o Sindicato representativo dos empregados deverão ser implementadas e o índice aplicado na correção da tabela salarial. Deve-se evitar a aplicação de índices escalonados, visando à manutenção da coerência das tabelas salariais. As antecipações espontâneas constituem-se por alterações salariais concedidas por liberalidade do Instituto GNOSIS, sendo passíveis de compensação quando da aplicação do Acordo/Dissídio Coletivo ou quaisquer medidas governamentais.

Será definido posteriormente o Sindicato que representará os empregados do Instituto GNOSIS para quaisquer negociações relativas a este Plano.

2.1.8. Revisão do Plano de Cargos e Salários

Fica estabelecido que, a cada dois anos, haverá uma revisão da estrutura de cargos, ou sempre que houver necessidade de ajustes, a fim de adequá-las às mudanças tecnológicas e de mercado.

3. DEPARTAMENTO PESSOAL

3.1. PROCESSO DE ADMISSÃO

O Processo de cadastro de admissão é de extrema importância para todos os subsistemas de RH, pois através deste do sistema é alimentado com todas as informações necessárias, para cargos e salários, T&D, folha de pagamento, benefícios, saúde ocupacional, férias e uma eventual rescisão ou término de contrato de trabalho. Nesta rotina estão inclusas todas as alterações contratuais, os aditamentos de mudança de função, horário e salário. Um processo de admissão tranquilo e organizado,

possibilidade que todas as informações cadastrais sejam disponibilizadas em tempo hábil para o cumprimento legal de todas as normas previstas em lei.

3.1.1. Processo de Admissão

Após os processos de seleção e aprovação no exame médico admissional o candidato deve comparecer até o departamento de Recursos Humanos em posse dos documentos relacionados abaixo para que possamos fazer a elaboração do contrato de trabalho e registro em CTPS.

- 1 foto 3x4
- Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS
- Exame Médico Imprescindível levar cópia,
- 2 cópias da caderneta de vacinação do candidato
- 1 cópia do cartão do SUS
- 1 cópia da CTPS (Qualificação civil e numeração)
- 2 cópias do RG (frente e verso)
- 2 cópias do CPF
- 1 cópia do CPF dos dependentes (pai, mãe e filhos) – Se dependentes para fins de Imposto de Renda.
- 2 cópias do comprovante de residência com CEP
- 2 cópias da certidão de casamento; Averbação (p/ divorciados); doc. De comprovação de união estável;
- 1 cópia do CPF do cônjuge (frente e verso)
- 1 cópia da Declaração de PIS ativo emitida pela Caixa Econômica Federal (Favor solicitar na Caixa Econômica Federal comprovante de situação cadastral do PIS)
- 1 cópia do Título de Eleitor

INSTITUTO GNOSIS

- 1 cópia do grau de instrução (histórico, certificado ou diploma)
- 1 cópia da contribuição sindical do ano corrente
- 1 cópia do pagamento da anuidade do Conselho (COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS)
- 1 cópia do registro no Conselho Regional do Estado de São Paulo (COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS)
- 1 cópia da declaração do respectivo Conselho profissional informando que o profissional se encontra em situação regular (emitido pelo site do Conselho)
- 1 cópia da carteira de reservista (homens maiores de 18 anos)
- 1 cópia da caderneta de vacinação para filhos menores de 5 anos (frente e verso)
- 1 cópia da certidão de nascimento para filhos menores de 21 anos (RG e CPF quando maiores de 14 anos)
- 1 currículo completo e atualizado (com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo)

O processo é separado por etapas onde.

- Um membro da equipe de admissão faz a recepção de documentos, e libera os formulários de VT e a ficha cadastral a serem preenchidas;
- Após a recepção outra equipe fica responsável por fazer o cadastro no sistema F71;
- Após cadastro é exigida a conferência para que possamos fazer a emissão do contrato de trabalho juntamente com a confecção do crachá de identificação;
- Preparamos o kit admissional com todos os termos previstos na legislação, registro em CTPS e crachá;
- Entregamos a via contratual do empregado, juntamente com a CTPS dentro dos prazos previstos na CLT Art.53;

- Entre este período de cadastro e conferência, uma equipe bancária fica responsável pela abertura da conta do funcionário e preenchimento de todo contrato bancário dentro do próprio RH sem que o mesmo necessite um deslocamento para uma agência bancária. (este passo se dará quando tivermos um contrato bancário para pagamento de salários);

- Após a finalização do processo, informamos a contratação ao subsistema de cargos e salários, para controle do plano de trabalho.

- Finalizando com arquivamento do prontuário, temos como proposta de trabalho além de mantermos um arquivo físico organizado por ordem de matrículas funcionais manterá em sistema o arquivo do funcionário digitalizado, facilitando eventuais consultas para todos os outros subsistemas de RH

3.2. CONTOLE DE FOLHA DE PONTO

A gestão da jornada de trabalho, horário e registro de ponto constitui uma tarefa simples, sem grandes complicações, já que tratamos de um pacto trabalhista, o que constitui uma obrigação de todos os trabalhadores.

Contudo, para um desempenho eficiente e eficaz, carece o gestor da aquisição de habilidades muito específicas, das quais merecem destaque a atenção, comprometimento, responsabilidade, comunicação e discernimento.

As ações da área de recursos humanos devem estar plenamente integradas e coparticipadas com as demais áreas, levando-se em conta que a primeira cuida da vida funcional – direitos, deveres e obrigações, benefícios e pagamentos, sendo que a segunda, num gerenciamento mais direto, tem acesso às informações em tempo real – assiduidade, frequência ou falta disciplinar – devendo subsidiar as ações da área de recursos humanos de modo que não gere qualquer prejuízo, seja para o trabalhador, para a instituição ou para o usuário do sistema. Tal parceria é primordial para a garantia da qualidade dos serviços e da satisfação de modo geral.

É necessário ter clareza que a relação trabalho/trabalhador – empregado/empregador deve ter em sua essência o vínculo profissional e institucional. Nessa relação existem regras bem delineadas para a prestação de serviço, dentre elas a remuneração mensal x jornada de trabalho.

INSTITUTO GNOSIS

As regras de salário, atividades desenvolvidas, características do cargo proposto, jornada de trabalho e local de trabalho são definidos no contrato de trabalho. Nesse contexto, a obtenção de remuneração integral pressupõe o cumprimento da jornada de trabalho a qual o trabalhador está sujeito e demais regras previstas.

Compete ao empregador definir a forma de cumprimento da jornada de trabalho e registro de ponto de modo que melhor possa atender aos interesses institucionais e ao alcance das metas e objetivos almejados.

O § 2º, do Art. 74 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho determina a obrigatoriedade de controle de horário por registro de ponto para empresas/Instituições com mais de 10 funcionários.

A Portaria 1510 de 2009 do Ministério do Trabalho e Emprego-MTE, conhecida como "Lei do Ponto Eletrônico", foi criada para garantir meios mais eficientes para o controle de jornada de trabalho no país, aprimorando, modernizando e instituindo regras mais rígidas para o registro/controle das horas trabalhadas. Porém, sua principal instituição foi o incentivo ao uso do Ponto Eletrônico, agora respaldado por lei. Assim, cabe ao empregador a adoção de medidas para utilização de equipamentos próprios, visando a atender à referida portaria

Alguns anos mais tarde, no ano de 2011, o MTE publicou a Portaria 373, com o intuito de regulamentar formas ainda mais modernas e eficientes para o controle de jornada, como os softwares de gestão de ponto, possibilitando a adoção de sistemas alternativos de controle de jornada de trabalho, desde que autorizados por Convenção de Acordo Coletivo.

O registro de ponto não é opcional. Trata-se de uma obrigação de todos os trabalhadores, e seu controle está a cargo do gerente da área em que efetivamente atua. Tal registro produz dados fundamentais para o comando e geração da remuneração mensal de cada trabalhador, além de garantia de manutenção de um quadro funcional diário compatível para o atendimento da demanda do setor.

Pequenas ações incorporadas no dia a dia da chefia imediata têm um valor significativo nas relações de convívio e de trabalho com a área de Pessoal. Quando se concentram esforços na busca da melhoria da qualidade do trabalho, incluem-se pequenas atitudes, que, inconscientemente, podem refletir um olhar diferenciado à sua força de trabalho.

Todos os gerentes, em qualquer área de atuação, têm atribuições relativas a gerenciamento de pessoal, uma vez que, para garantir a perfeita organização do processo de trabalho, têm de gerenciar adequadamente a conduta de sua equipe.

Folha de Ponto ou Registro Eletrônico: instrumento utilizado para o registro e controle da frequência do trabalhador no trabalho. Constitui documento fundamental para a segurança do próprio trabalhador e para a instituição, na geração de pagamentos e concessão de benefícios, já que nela se registram todas as ocorrências, tais como as faltas, licenças, atrasos, etc.

Horário de Trabalho: é fixado mediante decreto e organizado pela gerência respectiva, sempre observada a natureza dos serviços, horário de funcionamento da instituição e as necessidades do serviço.

Jornada de Trabalho: é a carga horária semanal de trabalho prevista em lei considerado o regime retribuitório, a ser cumprida obrigatoriamente pelos trabalhadores ou o período de tempo que o empregado ficar à disposição do empregador, para atendimento da demanda.

Ponto: é o registro pelo qual se verifica diariamente, o horário de entrada e saída do trabalhador em serviço.

Quadro de Horário: Demonstrativo da jornada e horário de trabalho de cada trabalhador a ser fixado, obrigatoriamente, em local visível ao público.

Sistema de Identificação Eletrônica: é o sistema eletrônico para o registro e controle da frequência dos trabalhadores.

Validador: Autoridade responsável pela análise e validação dos dados constantes do registro de ponto.

Vale ressaltar que, considerando que o PSVD é um Equipamento de prestação de Serviço Público Essencial, a Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, em seu Título IV, Capítulo I da Seção II, traz regramentos quanto ao horário e ponto nas repartições públicas, tomando como base a natureza e a necessidade de cada serviço.

Em se tratando de serviço público, o horário e funcionamento da unidade deve ser fixado em local visível, mantendo durante todo o período, trabalhadores que garantam a prestação dos serviços. Tal providência, além de atender a determinações legais, visa também a garaetir a ordem, a transparência

e lisura que devem nortear a imagem da instituição pública perante a sociedade contribuinte e usuária dos serviços ali prestados.

A escala de trabalho dos profissionais de todos os setores da Unidade de Saúde, em especial da equipe Médica, deverá estar afixada em local visível e de fácil acesso ao público e painéis ou murais com informações e telefone para denúncias em caso de irregularidades, como o descumprimento da escala de trabalho.

A jornada de trabalho é definida em para cada regime retribuitório, sendo certo que a forma de cumprimento das jornadas deve estar organizada de modo que melhor possa atender aos interesses institucionais, e pleno atendimento ao cliente/cidadão.

Nos setores em que os serviços são prestados 24 (vinte e quatro) horas diárias, todos os dias da semana, a jornada de trabalho poderá ser cumprida sob o regime de plantão, com escala de natureza fixa, podendo, por necessidade de revisão ou adequação dos trabalhos, ser alterada.

O registro de ponto deve-se dar única e exclusivamente por meio do Sistema de identificação eletrônica, marcação digital ou por aproximação. As informações resultantes do registro diário de ponto são de incontestável importância para a vida funcional do trabalhador.

Assim, todo trabalhador deverá registrar diariamente o ponto no sistema eletrônico, levando em conta o horário cadastrado no sistema.

Cabe à chefia imediata/validador, o controle diário das marcações dos trabalhadores sob sua subordinação, devendo ser registradas eventuais intercorrências.

3.2.1. Finalidade do Registro de Ponto

O registro de ponto visa, precipuamente, à comprovação do cumprimento da jornada de trabalho, bem como ao registro de possíveis ocorrências, tais como: atrasos, faltas, saídas antecipadas, dentre outros.

É com base nesses elementos que se mensura o grau de comprometimento do trabalhador e o cumprimento do dever/obrigação, servindo, inclusive, como subsídio nos sistemas avaliatórios de desempenho e como instrumento de gestão disciplinar.

O registro de ponto deve ser validado pelo superior imediato e pelo trabalhador, sendo que suas marcações possibilitarão o pagamento mensal do vencimento/salário, com eventuais vantagens concedidas e/ou descontos, além de fornecer subsídios para concessão de Férias; evolução Funcional e Certidão de Tempo de Contribuição.

3.2.2. Cumprimento da Jornada de Trabalho/Horário de Trabalho

A organização do processo de trabalho é elemento fundamental e imprescindível para um bom desenvolvimento institucional e garantia da qualidade dos serviços prestados, permitindo assim a coibição de eventual demanda reprimida e alcance da missão constitucional que norteia as instituições públicas e seus agentes.

Compete ao gerente de área a organização do trabalho e de sua equipe, de forma que possa atender às demandas institucionais, bem como sua clientela externa e/ou interna, objetivando o cumprimento da citada missão.

A organização da força de trabalho, além de proporcionar condições concretas para o gerenciamento, proporciona flexibilidade no atendimento de situações emergenciais.

Daí por que as disposições legais, levando em conta a peculiaridade das ações desenvolvidas, e a evolução contínua da demanda, faculta ao gerente, dentro do processo de organização do trabalho, definir a forma de cumprimento das jornadas de trabalho estatuídas nos diversos regimes retributórios.

3.2.3. Sistema Eletrônico de Identificação por biometria

Coletada diretamente do relógio de ponto, as marcações de entradas e saídas, além de facilitar a apuração e geração de lançamentos das ocorrências para a folha de pagamento, oferece segurança e confiabilidade, permitindo o gerenciamento personalizado do ponto e emissão de relatórios administrativo/gerenciais, além de garantir a uniformização, racionalização e padronização dos procedimentos administrativos relacionados com a frequência individual, gerados por meio de parametrização dos controles.

O projeto não se limita apenas ao controle de frequência. Agrega produtos como acesso identificado para áreas específicas, controle de acesso e de estacionamento, segurança com o Circuito Fechado de Televisão – CFTV, e a informatização dos dados gerenciadores da folha de pagamento do trabalhador.

A tecnologia de leitura de impressões digitais, ou biometria, oferece uma forma simples e extremamente segura de identificação. O custo de implantação é consideravelmente baixo, proporcionando segurança e versatilidade.

Essa tecnologia reduziu a possibilidade de erros, desgaste ou fraudes e facilita a supervisão, a gestão de dados registrados na memória dos equipamentos e encaminhados aos setores competentes, eliminando ainda a necessidade de registros adicionais quando implantado e utilizado corretamente.

O modelo de Relógio de Ponto com identificação por biometria também deve respeitar todas as especificações técnicas das Portarias 1510 e 373.

"O QUE MUDA com o Relógio de Ponto"?

O compromisso, e obrigação relativa ao cumprimento da jornada de trabalho está intrínseca no pacto laboral. Vale lembrar que ao ser contratado, o trabalhador está consciente de que estará sujeito às normas legais relativas ao exercício da sua função. Assim, o registro e controle do ponto é figura sempre presente e necessária para garantia da disciplina e pleno funcionamento dos trabalhos.

A regra dada em função do vínculo empregatício não muda. Todos somos sujeitos à jornada de trabalho, horários de entrada e saída, e cada setor diante de sua especificidade escalona sua força de trabalho visando a atender às suas demandas.

3.2.4. Fiscalização e Controle

Como já apresentado, a relação de trabalho está indiscutivelmente ligada à jornada de trabalho e ao seu cumprimento. Ao gerente de setor cabe garantir que a força de trabalho sob sua responsabilidade, neste caso, atenda aos preceitos legais.

Importante também ressaltar que esta relação não é isolada, ela apresenta um tríplice vínculo jurídico: o trabalhador/empregado, a instituição/empregador e a sociedade. O trabalhador/empregado vincula-se à instituição/empregador, mediante contrato de trabalho, vinculando-se ao estado, na medida em que lhes são impostos obrigações e deveres de ordem pública. A presença deste último

justifica-se pelo interesse social no cumprimento das normas trabalhistas de natureza cogente, por tratar-se de uma atividade irrenunciável do estado.

Os diversos agentes fiscalizadores (auditores/MTE/sociedade-usuários) exercem seu papel empoderados legalmente.

Em se tratando de empregado celetista, a ausência do controle de ponto poderá ensejar, em caso de fiscalização por parte do ministério do Trabalho e emprego, autuações e imposição de pagamento de multas administrativas, por infração ao artigo 74 da CLT.

A falta do controle de jornada pode ainda causar desdobramentos na esfera judicial trabalhista, em demandas que versem sobre o pagamento de horas extras. Isso porque, acerca do controle da jornada de trabalho, o Tribunal Superior do Trabalho mantém o seguinte entendimento, consubstanciado na Súmula 338, que versa sobre jornada de trabalho, registro e ônus da prova:

1) É ônus do empregador que conta com mais de dez empregados o registro da jornada de trabalho na forma do artigo 74, § 2º da CLT. A não apresentação injustificada dos controles de freqüência gera presunção relativa de veracidade da jornada de trabalho, a qual pode ser elidida por prova em contrário.

2) A presunção de veracidade da jornada de trabalho, ainda que prevista em instrumento normativo, pode ser elidida por prova em contrário.

3) Os registros de ponto que demonstram horários de entrada e saída uniformes são inválidos como meio de prova, invertendo-se o ônus da prova, relativo às horas extras, que passa a ser do empregador, prevalecendo a jornada inicial se dele não se desincumbir.

A presunção a favor do empregado tem por finalidade evitar que o empregador ao desrespeitar a lei se beneficie da sua omissão. Daí o motivo pelo qual é do empregador o encargo de provar a jornada efetivamente praticada pelo empregado, no caso de não manter controle de ponto.

Procedimentos relativos ao horário de trabalho e registro obrigatório de ponto no intervalo intrajornada para repouso e alimentação.

Aplicação do Art. 71 da CLT (conversão das orientações jurisprudenciais nº 307, 342, 354, 380 e 381 da sbdi-1) - RES. 185/2012, divulgado em 25, 26 e 27-09-2012

INSTITUTO GNOSIS

1) Após a edição da Lei nº 8.923/94, a não-concessão ou a concessão parcial do intervalo intrajornada mínimo, para repouso e alimentação, a empregados urbanos e rurais, implica o pagamento total do período correspondente, e não apenas daquele suprimido, com acréscimo de, no mínimo, 50% sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho (art. 71 da CLT), sem prejuízo do cômputo da efetiva jornada de labor para efeito de remuneração.

2) É inválida cláusula de acordo ou convenção coletiva de trabalho contemplando a supressão ou redução do intervalo intrajornada porque este constitui medida de higiene, saúde e segurança do trabalho, garantido por norma de ordem pública (art. 71 da CLT e art. 7º, XXII, da CF/1988), infenso à negociação coletiva.

3) Possui natureza salarial a parcela prevista no art. 71, § 4º, da CLT, com redação introduzida pela Lei nº 8.923, de 27 de julho de 1994, quando não concedido ou reduzido pelo empregador o intervalo mínimo intrajornada para repouso e alimentação, repercutindo, assim, no cálculo de outras parcelas salariais.

4) Ultrapassada habitualmente a jornada de seis horas de trabalho, é devido o gozo do intervalo intrajornada mínimo de uma hora, obrigando o empregador a remunerar o período para descanso e alimentação não usufruídos como extra, acrescido do respectivo adicional, na forma prevista no art. 71, "caput" e § 4º da CLT.

Importância do Relógio de Ponto Eletrônico integrado à software com funcionalidades que garantam agilidade e segurança

Para o Gestor

Tudo em tempo real- Acompanha os atrasos e registros da equipe de qualquer lugar.

Indicadores de jornada- Gráficos de horas extras e faltantes e alocação de tempo das jornadas.

Ajustes, aprovações e abonos- O colaborador solicita os ajustes, podendo ser aprovados ou reprovados, dentro do sistema.

Alerta de ocorrências- Alertas de horas extras realizadas, ocorrências, ausências e intervalos.

Para o RH

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

960768

Integração com relógio ponto de biometria com software de gerenciamento das marcações.

Turnos e escalas- Configuração do sistema de cadastro de acordo com os mais variados turnos e escalas.

Fechamento da folha ponto - Fechamento automatizado do espelho ponto em alguns cliques.

Atestados e abonos- O atestado poderá ser anexado na solicitação de abono e fica armazenado no histórico.

Relatórios gerenciais- Extrai relatórios gerenciais de jornadas, registros, auditorias e outros.

Para o Colaborador

Comprovante dos registros- Emissão de comprovantes impressos.

3.3. BENEFÍCIOS

3.3.1. Vale Transporte

O QUE É?

Benefício utilizado para o deslocamento de casa para trabalho e do trabalho para casa.

ONDE UTILIZAR O VALE TRANSPORTE?

Em todas as formas de transporte coletivo público municipal e intermunicipal.

QUEM TEM DIREITO?

Todos os funcionários que fizerem a respectiva opção pelo benefício através de formulário específico.

Funcionários em férias e afastados por doença/acidente, não recebem o Vale Transporte. O Vale Transporte não tem natureza salarial, portanto não é incorporado à remuneração. Não se configura como rendimento tributável do colaborador. Faltas justificadas, injustificadas, abonadas, atestados será realizado o desconto do dia.

QUEM PAGA O VALE TRANSPORTE?

O profissional paga 6 % do seu salário, descontado em folha de pagamento, e o Instituto GNOSIS paga o custo restante.

QUANDO O VALE TRANSPORTE É DISPONIBILIZADO/CREDITADO?

A disponibilização do vale transporte será realizada todo o dia 1 de cada mês.

COMO FAÇO PARA ALTERAR E/OU INCLUIR ITINERÁRIOS?

As inclusões e alterações de itinerários, devem ser realizadas até o dia 15 de cada mês, mediante preenchimento de formulário específico.

Os formulários recebidos após o dia 15, não serão validados para a próxima disponibilização e nem para o seu cancelamento.

QUANTO AO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO.

É de total responsabilidade do colaborador preencher todos os dados com as informações corretas, não será de responsabilidade do RH o seu preenchimento incorreto.

Caso seja necessário o setor de benefícios estará a disposição para orientar a forma correta de preenchimento do formulário.

QUAL É O PRAZO DE RECEBIMENTO PARA OS ADMITIDOS NO MÊS?

O primeiro mês da admissão será custeado pelo colaborador e reembolsado em folha de pagamento, nos próximos meses disponibilizados em seu cartão de transporte. Quando o transporte a ser utilizado for bilhete único (SPTRANS), o colaborador que nunca obteve créditos em vale transporte fornecido por empresas anteriores, deverá entrar no site da SPTRANS e solicitar uma via de vale transporte.

COMO DEVO PROCEDECER EM CASO DE PERDA, ROUBO OU FURTO DE MEU CARTÃO DE TRASNPORTE?

Entrar em contato com a operadora do transporte e solicitar seu cancelamento, logo após, entrar em contato com o setor de benefícios para ser solicitado uma nova via do cartão e ainda assim formalizado via email, salvo os casos de Bilhete Único, que deverá ser solicitado diretamente para a SPTRANS.

3.3.2. Vale Alimentação

INSTITUTO GNOSIS

O QUE É?

Benefício para aquisição de alimentos in natura e minimamente processados, oferecido pelo instituto GNOSIS a todos os seus colaboradores.

ONDE UTILIZAR O VALE ALIMENTAÇÃO?

Em todos os estabelecimentos que mantiverem convênio com a operadora selecionada. Tais como, supermercados, hipermercados, mercearias, padarias e outros.

QUEM TEM DIREITO?

Todos os colaboradores do Instituto GNOSIS.

O Vale Alimentação não tem natureza salarial, portanto não é incorporado à remuneração. Funcionários afastados por acidente/doença ou férias recebem integral.

QUANDO O VALE REFEIÇÃO SERÁ CREDITADO NO CARTÃO?

Todo dia 1 de cada mês.

QUAL É O PRAZO DE RECEBIMENTO PARA OS ADMITIDOS NO MÊS?

O primeiro mês da admissão será custeado pelo colaborador e reembolsado em folha de pagamento, nos próximos meses disponibilizados em seu cartão alimentação.

COMO DEVO PROCEDECER EM CASO DE PERDA, ROUBO OU FURTO DE MEU CARTÃO ALIMENTAÇÃO?

Entrar em contato com a operadora do benefício e solicitar seu cancelamento, logo após, entrar em contato com o setor de benefícios para ser solicitado uma nova via do cartão e ainda assim formalizado via email.

3.3.3. Vale Refeição

O QUE É?

Benefício oferecido pelo Instituto GNOSIS para os colaboradores para utilizarem em suas refeições diárias, dentro do seu intervalo de trabalho.

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 300 -
Centro - Mangá – RJ - Cep: 24900-000

000771

INSTITUTO GNOSIS

ONDE UTILIZAR O VALE REFEIÇÃO?

Em todos os estabelecimentos que mantiverem convênio com a operadora selecionada. Tais como, restaurantes, lanchonetes, cafeterias, fast foods e outros.

QUEM TEM DIREITO?

Todos os funcionários que tenham jornada de trabalho a partir de 6 horas diárias.

O Vale Refeição não tem natureza salarial, portanto não é incorporado à remuneração.

Funcionários afastados por acidente/doença não recebem o vale refeição. Nos casos em que as férias forem gozadas após o dia 1 de cada mês, receberá proporcional aos dias que antecedem a saída.

Faltas justificadas, injustificadas, abonadas, atestados e declarações de comparecimento com mais de duas horas será realizado o desconto do dia.

QUANDO O VALE REFEIÇÃO SERÁ CREDITADO NO CARTÃO?

Todo dia 1 de cada mês.

QUAL É O PRAZO DE RECEBIMENTO PARA OS ADMITIDOS NO MÊS?

O primeiro mês da admissão será custeado pelo colaborador e reembolsado em folha de pagamento, nos próximos meses disponibilizados em seu cartão refeição.

COMO DEVO PROCEDECER EM CASO DE PERDA, ROUBO OU FURTO DE MEU CARTÃO REFEIÇÃO?

Entrar em contato com a operadora do benefício e solicitar seu cancelamento, logo após, entrar em contato com o setor de benefícios para ser solicitado uma nova via do cartão e ainda assim formalizado via email.

3.4. PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS

O objetivo deste é mostrar-lhe nossa Política de Normas Internas de Férias, padronizar e uniformizar as informações e procedimentos, integrar as áreas da empresa no cumprimento eficiente dos prazos estabelecidos, definindo critérios e estabelecendo procedimentos para a programação e concessão das férias.

Período Aquisitivo: Para o empregado ter direito às férias há necessidade de cumprir um período que é denominado "aquisitivo", ou seja, o empregado adquirirá o direito de ter férias após trabalhar 12 meses na mesma empresa, é o que determina o art. 130 da CLT.

Período Concessivo: Encerrado o período aquisitivo o colaborador entra no período concessivo e o gozo deve acontecer no prazo máximo de 10 meses.

4.4.1 Escala de Férias

O período para o gozo das férias deve ser o que melhor atender os interesses do empregador, evitando o pagamento de férias em dobro.

4.4.1.1 Redução do Período de Gozo

Na relação de trabalho, se o empregado comete excesso de faltas injustificadas, o empregador pode reduzir o período de descanso do empregado. Nesse sentido a CLT em art. 130 determinou um sistema de escalonamento:

Até – injustificadas	Direito a Férias
5 – faltas	30
De 6 a 14 – faltas	24
De 15 a 23 – faltas	18
De 24 a 32 – faltas	12
Acima de 32 – faltas	00

Obs.: A falta injustificada no trabalho, além de desconto em folha de pagamento acarreta a redução de dias de diretos para gozo de férias.

4.4.1.2 Perda do Direito ao Gozo de Férias

Colaboradores afastados (auxílio doença, acidente de trabalho, etc) por um período superior a seis meses dentro do período aquisitivo perde o direito ao gozo de férias e automaticamente é gerado um novo período aquisitivo, a contar da data do retorno.

4.4.2 Programação de Férias

A programação de férias deve ser inserida no portal 45 dias antes do mês solicitado. Exemplos:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

960773

- Férias com início dia 05 de agosto deverá ser programada no portal até o dia 15 de junho.
- Férias com início dia 28 de maio deverá ser programada no portal até o dia 15 de março.

Ou seja, dia 15 é a data limite para programação de férias.

O controle das férias de cada gestão deve ser minucioso e a chefia deve orientar cada funcionário quanto às normas internas de férias.

4.4.3 Confirmação de Férias

O Instituto GNOSIS notificará a unidade por e-mail os funcionários que gozarão férias no respectivo mês, após o recebimento do e-mail a unidade deverá confirmar. Caso o nome do colaborador não esteja no e- mail recebido isso significa que não houve a programação no portal, não sendo possível inclusões fora do prazo.

4.4.4 Data para o Gozo das Férias

A data de início de gozo das férias deverá ser em dias úteis, exceto às sextas-feiras e emendas de feriados. Para os plantonistas a data de início de gozo das férias deverá ser na data de seu plantão.

4.4.5 Cancelamento das Férias

Não será permitido cancelamento ou alteração, a venda, o parcelamento e a conversão de parte dela em dinheiro. A programação realizada no portal será efetivada e validada com 30 dias de antecedência do gozo de férias, não podendo ser alterada a partir desta data.

Durante o período de 30 dias para o início das férias não será permitido nenhuma alteração, inclusão ou exclusão de informações. Os prazos deverão ser devidamente obedecidos.

4.4.6 Aviso de Férias

De acordo com o art. 135 da CLT, o funcionário deve receber o documento de aviso de férias até 30 dias antes do gozo das suas férias.

A unidade é responsável pela emissão dos avisos em duas vias que estarão disponíveis no portal após a programação. O documento deverá ser assinado e anexado individualmente no link do colaborador no próprio portal e depois ser encaminhado ao departamento de recursos humanos.

4.4.7 Adiantamento da Primeira Parcela do 13º salário

O funcionário pode receber antecipadamente, por ocasião do gozo de suas férias, a primeira parcela do 13° salário (sendo 50% do valor) entre os meses de Fevereiro a Outubro de cada ano.

Para que o colaborador faça jus à primeira parcela do 13º salário será necessário selecionar a opção no ato da programação de férias no portal.

4.4.8 Remuneração de Férias

O pagamento da remuneração das férias será efetuado no prazo de até dois dias antes do início do período das férias.

4.4.9 Antecipação de Ferias

Não será permitido nenhum tipo de antecipação.

Fica estabelecido que:

- O funcionário que estiver com dois meses para vencer o segundo período aquisitivo de férias deverá sair imediatamente e se a unidade não fizer a solicitação de férias ficará a critério do RH escolher a data mais próxima para que ele possa usufruir as férias.

- É terminantemente proibida a antecipação do período aquisitivo das férias, uma vez que, para ter direito a essa concessão o funcionário deve ter completado os 12 meses trabalhados.

4.4.10. Programação Anual de Férias

Anualmente, no mês de novembro, o Instituto GNOSIS notificará as unidades através de e-mail sobre as programações de férias que deverão ser realizadas pela unidade no portal, com prazo pré-determinado.

4.4.11. Cálculo de Férias

Basicamente, o valor liquido recebido das férias é o resultado da soma do salário base, das médias (insalubridade, horas extras, adicional noturno, DSR e gratificações) realizadas dentro do periodo aquisitivo e de 1/3 da soma destes valores, conforme abaixo:



Deste valor bruto são deduzidos os impostos (IRRF E INSS), conforme regras da legislação.

3.5. FOLHA DE PAGAMENTO

O objetivo deste é de informar algumas dúvidas frequentes sobre a folha de pagamento e orientar sobre nossas datas e processos internos, com intuito de facilitar a vida dos colaboradores.

3.5.1. Remuneração

É a contraprestação devida e paga diretamente pelo empregado. Integram o salário não só a importância fixa estipulada, como também as horas extras, adicionais noturnos, insalubridades, percentagem, etc.

3.5.2. Data De Pagamento De Remuneração

O instituto GNOSIS trabalha com regime caixa, isso significa que o pagamento de salário é sempre 5° dia útil de cada mês contando o sábado, e tem por politica um único pagamento mensal, sem critério de adiantamento salarial.

INSTITUTO GNOSIS

3.5.3. 13º Salário

O colaborador tem direito ao 13° salário proporcional aos meses trabalhados a partir da data de admissão, a primeira parcela pode ser solicitada junto as férias mediante a solicitação prévia do colaborador, caso isso não ocorra, a primeira parcela do 13° salário será paga, sempre em 30 de novembro de cada ano. A Segunda parcela do 13° salário será pago em 20 de dezembro de cada ano.

3.5.4. Insalubridade

Serão consideradas atividades insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos. Há três graus de insalubridade: máximo, médio e mínimo; os empregados que trabalham em condições insalubres têm asseguradas a percepção de adicional respectivamente de 40%, 20% e 10%.

3.5.5. Adicional Noturno

Tem direito ao adicional noturno o empregado que trabalha no período de 22 horas de um dia e as 5 horas do dia seguinte, ou conforme convenção coletiva. A hora do trabalho no turno deve ser computada como de 52 minutos e 30 segundos, ou seja, o trabalho durante sete horas noturnas equivalente a oito horas diurnas.

3.5.6. Descontos

Desconto do empregado para INSS, o INSS incide sobre o total da remuneração, ou seja, salário mais as horas extras, adicional insalubridade, adicional noturno, 13° salário e outros valores admitidos em lei pela previdência social. Esse valor é descontado em folha de pagamento. Há um limite máximo para desconto do INSS. Quando o empregado ganha o valor superior ao limite máximo (teto) só se poderá descontar-lhe do salário e limite estabelecido.

4.5.6.1 Carta do INSS

INSTITUTO GNOSIS

Quando o colaborador tem dois vínculos empregatício, para não descontar além do teto máximo de INSS, o mesmo pode entregar uma carta em um dos vínculos informando a base do INSS, o desconto do INSS, e a referência do desconto, e a mesma tem que ser assinada pelo responsável da empresa.

O Colaborador do Instituto GNOSIS tem essa carta disponível para impressão quando necessário no portal do Instituto GNOSIS, para fazer o acesso o portal o usuário é o número do CPF do colaborador, e a senha é os 4 primeiros números do CPF. O prazo de entrega da carta do INSS é até o dia 15 de cada mês, no mês de Dezembro é até o dia 09, devido a 2ª parcela do 13º.

3.5.7. Demonstrativo De Pagamento

O Instituto GNOSIS disponibiliza o demonstrativo de pagamento no portal http://f71instituto GNOSISsp.com/extranet , para fazer o acesso o portal o usuário é o número do CPF do colaborador, e a senha é os 4 primeiros números do CPF.

3.5.8. Documentos Necessários Atualizados

Toda e qualquer atualização de dados pessoais é importante o colaborador atualize o RH segue alguns documentos importantes para nosso controle.

- Certidões de Nascimento - Todo colaborador tem que entregar certidões dos filhos menores, para direito ao auxilio creche para mulheres, conforme convenções coletivas de acordo com a respectivos cargos.
- Certidões de Casamento – Compensação de auxilio gala, conforme convenções coletivas das respectivos cargos.
- Certidão de Óbito - Comprovação de ausência por falecimento de dependentes.
- Atestados Médicos – Ser entregue ao supervisor até 24 horas da sua falta, com CID, assinatura do médico, e data.

3.5.9. Falta No Trabalho

Ausência dos colaboradores não é considerada falta ao Trabalho.

- Até 2 dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declara em sua CTPS, viva sob sua dependência econômica;
- Até 3 dias consecutivos, em virtude de casamento;
- Por (cinco) 05 dias em caso de nascimento de filho;
- Por (um) 01 dia, em cada doze meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;
- Até (dois) 02 dias consecutivos ou não, para o fim de se alista eleitor, nos termos da lei respectivas;
- No período de tempo que estiver de cumprir a exigências do Serviço Militar;
- Nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimento em ensino superior;
- Pelo tempo que se fizer necessário, quando estiver que comparecer em juízo.
- Durante o licenciamento compulsório da empresa por motivo de maternidade ou aborto não criminoso, observados os requisitos para percepção do salário maternidade custeado pela previdência social;
- Por motivo de acidente de trabalho ou enfermidade atestado pelo INSS.

3.6. RESCISÃO

Rescisão de contrato significa anulação ou cancelamento do contrato por algum motivo específico, sendo que o desligamento pode ocorrer por iniciativa do empregado ou do empregador. Nos próximos tópicos serão explicados os tipos de Rescisão e como proceder em cada um deles.

3.6.1. Medidas Disciplinares

INSTITUTO GNOSIS

Medidas Disciplinares: A CLT, ao definir a figura do empregador confere a este o poder disciplinar para que possa controlar o trabalho, aplicando se necessário, medidas disciplinares ao empregado que não cumprir com as obrigações de seu contrato.

Espécies de Medidas Disciplinares: Consideram-se espécies de Medidas Disciplinares a Advertência, a Suspensão e a Dispensa com Justa Causa, mediante as hipóteses do Art. 482 da CLT.

Da Advertência: A advertência é um aviso ao empregado para que ele tome conhecimento de que seu comportamento não atende às normas estabelecidas pela empresa em relação às suas atribuições e obrigações como colaborador. Através da advertência, o empregado estará tomando ciência que seu contrato de trabalho poderá, em último caso, ser rescindido por justa causa se houver reiteração nos atos considerados faltosos. É ainda o meio pelo qual o empregador poderá demonstrar que ações estão sendo tomadas para a mudança de comportamento do empregado, podendo ser aplicada verbalmente ou por escrito, a depender do grau da falta.

Da Suspensão: A suspensão disciplinar atua como penalidade dada ao empregado como uma medida mais enérgica e visa disciplinar e resgatar o comportamento do empregado conforme as exigências da empresa. Ela pode ocorrer após advertências ou até mesmo logo após o cometimento de uma falta de maior relevância. Haverá prejuízo salarial ao empregado uma vez que ele perde a remuneração correspondente aos dias de suspensão e a do descanso semanal remunerado correspondente, pois trata- se de falta injustificada.

4.6.1.1 Fluxo A Partir Da Conduta Inadequada Do Colaborador

Passo 1. O gestor imediato do colaborador deverá informar o RH por e-mail quanto a falta cometida pelo trabalhador imediatamente (*o supervisor deverá informar o RH indispensavelmente em até 24 horas após o conhecimento desta). O e-mail deve conter:

A) Assunto do e-mail:

NOME DO COLABORADOR - APLICAÇÃO DE MEDIDA DISCIPLINAR - UNIDADE

B) Corpo do e-mail:

NOME DO COLABORADOR

INSTITUTO GNOSIS

UNIDADE

RELATO DA OCORRÊNCIA

Passo 2. O RH irá verificar os fatos relatados e apurar as evidências para que possa enquadrar o caso nas hipóteses previstas no Art. 482 da CLT.

Passo 3. Será enviado um arquivo em PDF com a aplicação da medida, bem como, orientações de como atuar no caso concreto.

Passo 4. Caso a medida indicada seja por escrito, deverá ser assinada pelo trabalhador e enviada para o RH que anexará o documento no prontuário do mesmo.

3.6.2. Tipos De Rescisão

Rescisão contratual a pedido do empregado: Quando o colaborador por vontade própria manifesta decisão de pôr fim no contrato de trabalho, para tanto, a formalização do pedido de demissão deve ser feita através de uma carta escrita à próprio punho e entregue no RH. No pedido de desligamento deve constar se a pessoa irá cumprir ou não o Aviso Prévio de 30 dias.

Despedida sem justa causa, pelo empregador: Nesse caso, por razões Administrativas, a empresa decide pôr fim no contrato de trabalho. Para isso, o empregado será notificado formalmente e assinará o Aviso Prévio, que poderá ser trabalhado ou indenizado.

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado: Esta modalidade de Rescisão se dá para contrato de trabalho por prazo determinado, como por exemplo, o contrato de experiência que normalmente é de 45 (quarenta e cinco) dias prorrogáveis por mais 45 (quarenta e cinco) dias. No contrato de experiência, havendo manifestação de qualquer das partes, o contrato de trabalho será rescindido. Vale ressaltar que não há Aviso Prévio para término de contrato.

Rescisão antecipada, pelo emoregado, do contrato de trabalho por prazo determinado: Quando o colaborador em contrato por prazo determinado e/ou contrato de experiência, por vontade própria decide rescindir o contrato de trabalho de trabalho. Nesta modalidade não há Aviso Prévio.

Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado: Quando por razões Administrativas a empresa decide por rescindir o contrato de trabalho do colaborador que está

em contrato por prazo determinado (o contrato de experiência é um contrato por prazo determinado). Nesta modalidade não há Aviso Prévio.

Justa Causa: É a Rescisão do contrato de trabalho justificada por ato faltoso do empregado às obrigações contratuais e/ou à conduta pessoal, os atos que constituem justo causa estão expressos no Art. 482 da CLT.

3.6.3. Prazo Para Pagamento

A empresa deve efetuar o pagamento das verbas rescisórias nos seguintes prazos:

- Até o 1º dia útil imediato ao término do contrato:
- Aviso Prévio trabalhado.
- Extinção automática do contrato de prazo determinado.

Até o 10º dia contado da notificação de demissão:

- Aviso prévio indenizado.
- Ausência de aviso prévio.
- Rescisão antecipada do contrato por prazo determinado.

3.6.4. Aviso Prévio

O Aviso prévio é previsto no Art. 487 da CLT e sua finalidade é evitar a surpresa na ruptura do contrato de trabalho, possibilitando ao empregador tempo hábil para buscar um novo profissional para repor a vaga e tempo para que o empregado busque recolocação no mercado de trabalho. O aviso prévio é de 30 dias para os que recebem o pagamento por mês.

Sendo o contrato de trabalho rescindido pelo empregador, o empregado pode optar por redução de 7 (sete) dias corridos no final do aviso ou diminuição de 2 (duas) horas diárias durante o aviso prévio.

3.6.5. Exame Demissional

O exame demissional será agendado pelo RH e o colaborador em processo de Rescisão será informado via e-mail e/ou telefone da data, hora e local para realização do exame.

Colaboradores com menos de 1(um) ano de trabalho que realizaram exame admissional e/ou periódico no prazo de 90 dias não precisarão realizar exame demissional.

3.6.6. Data Limite Para Rescisões

Para otimização dos processos de RH, bem como calendário da folha de pagamento, as Rescisões serão poderão ser processadas até o dia 20 de cada mês.

3.6.7. Forma De Pagamento

O pagamento das verbas rescisórias será em Conta Corrente fornecida pelo colaborador.

3.6.8. Documento Legal e Baixa na CTPS

No ato da homologação, será dada baixa na CTPS e entregue ao colaborador toda a documentação legal de acordo com o tipo de Rescisão, sendo: TRCT - Termo da Rescisão de Contrato de Trabalho, PPP – Perfil Profissional Previdenciário, cópia do aviso prévio, GRFC – Guia de Recolhimento Rescisório, Comunicação de movimentação do trabalhador, CD – Comunicação de Dispensa e os devidos comprovantes de pagamento.

3.6.9. Espelho de Ponto para Rescisão

A unidade deverá enviar o último espelho de ponto do colaborador, para que no momento de efetivar os cálculos rescisórios seja feita a apuração das faltas e adicionais noturno (quando houver).

3.6.10. Rescisão De Colaboradores SUB-ROGADOS

Em caso de rescisão de colaboradores que pertenciam à outras OSS, todos os direitos serão mantidos, ou seja, será considerado para cálculo todo o passivo trabalhista conquistado pelo trabalhador deste a data de Admissão na antiga OSS.

3.6.11. Estabilidade

Estabilidade é o direito, a garantia do trabalhador de permanecer no emprego por um determinado tempo. Caso seja apurada falta grave, devidamente comprovada a falta, o colaborador estável poderá ser dispensando por Justa Causa.

3.6.12. Homologação

A homologação será feita da seguinte forma:

- Colaborador desligado com menos de 1 (um) ano de empresa, será homologado na Matriz da empresa;
- Colaborador desligado com 1 (um) ano ou mais de empresa será homologado no sindicato da respectiva categoria profissional se acordo com a agenda do sindicato.

3.6.13. Seguro Desemprego

Terá direito ao Seguro-Desemprego o colaborador que dispensado pela empresa comprove no mínimo 6 (seis) meses de vínculo nos últimos 36 (trinta e seis) meses. O direito às parcelas será da seguinte forma:

Três parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo 6 (seis) meses e no máximo 11 (onze) meses, nos últimos 36 (trinta e seis) meses;

Quatro parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo 12 (doze) meses e no máximo 23 (vinte e três) meses, nos últimos 36 meses;

Cinco parcelas, se o trabalhador comprovar vínculo empregatício de no mínimo 24 meses, nos últimos 36 meses.

Procedimento Na Unidade

Em caso de pedido de demissão: A unidade deverá comunicar o RH e enviar o espelho do ponto devidamente preenchido pelo colaborador (antecipar o envio por e-mail e posteriormente enviar o original) e encaminhar o colaborador para o RH.

Em caso de dispensa (quando a empresa dispensa o colaborador): A unidade deverá formalizar e- mail para o RH onde será analisado motivo da dispensa, possível estabilidade do colaborador, data limite para dispensa, possibilidade de realocação... após as análises do RH será feita simulação dos cálculos e passado para análise do setor financeiro. Feita todas as ponderações, o RH entra em contato com a unidade e enviar o formulário de Aviso Prévio para que o Gestor da unidade comunique o colaborador do seu desligamento e exame demissional e recolha as devidas assinaturas.

QUESTÕES IMPORTANTES

Sub-rogação: Sub-rogação trata-se da transferência de uma obrigação para um em detrimento de outrem, tomando-se, a partir de então, o novo credor na relação de pagamento de uma determinada dívida. A sub-rogação no direito do trabalho configura a sucessão dos empregadores em seus direitos e deveres. A sucessão de empregadores, com a consequente sub-rogação do sucessor na relação de emprego, opera-se quando da transferência de estabelecimento como organização produtiva, cujo conceito é unitário, envolvendo todos os diversos fatores de produção utilizados no desenvolvimento da atividade econômica, inclusive o trabalho. A empresa, como objeto de direito, representa a garantia de cumprimento das obrigações trabalhistas, independentemente de qualquer alteração ou modificação de titularidade que possa ocorrer em sua propriedade ou em sua estrutura orgânica. Evidenciada a transferência de estabelecimento como conjunto produtivo destinado à continuidade da realização da atividade econômica, torna-se irrelevante, para a configuração da sucessão trabalhista, a forma em que se deu essa transferência.

Os direitos adquiridos dos empregados permanecem, portanto, íntegros e passíveis de exigibilidade perante o sucessor, nos exatos termos dos arts. 10 a 448 da CLT.

Art. 10 - Qualquer alteração na estrutura jurídica da empresa não afetará os direitos adquiridos por seus empregados.

Art. 448 - A mudança na propriedade ou na estrutura jurídica da empresa não afetará os contratos de trabalho dos respectivos empregados.

Requisitos da sucessão trabalhista – doutrina clássica	Requisitos da sucessão trabalhista – doutrinas contemporâneas
• Transferência parcial ou total, definitiva ou temporária, da titularidade do negócio • Continuidade do negócio pelo sucessor • A permanência da prestação do trabalho	• Transferência parcial ou total, definitiva ou temporária, da titularidade donegócio • Continuidade do negócio pelo sucessor
Fundamento da doutrina contemporânea	
• Basta que o sucessor continue a explorar do negócio. Decorre do fato da transferência da organização produtiva • Foi para o desenvolvimento desse negócio que o trabalhador contribuiu com o seu labor	

4. TREINAMENTO & DESENVOLVIMENTO

4.1. Integração

O Instituto GNOSIS desenvolveu um programa de treinamento direcionado aos colaboradores que ingressam ao Instituto, o qual se denomina "Seja Bem-Vindo" (Ou Acolhimento).

Este curso tem o objetivo de preparar o colaborador para que, dentro e fora do setor para o qual ele foi admitido, tenha consciência das normas de conduta e ética que devem ser cumpridas, tornando-o assim flexível dentro do instituto, minimizando dificuldades e contribuindo para o crescimento de todos.

Todos os novos colaboradores deverão passar pelo Programa de Integração. No ato da integração todos os novos colaboradores receberão o "Manual de Integração" que deverá ser protocolado no ato da entrega do documento.

As datas para a integração serão definidas de acordo com o número/entrada de novos colaboradores, não devendo exceder 30 dias da data da contratação.

O Programa de Integração prevê algumas etapas para sua aplicação, sendo:

Apresentação do Instituto GNOSIS:



Benefícios:



Temas abordados:



Materiais e Instruções:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000737

INSTITUTO GNOSIS



E por fim, os novos colaboradores serão direcionados ao responsável pelo apadrinhamento em sua equipe. Este tem a responsabilidade de apresentar a equipe, atividades e responsabilidades.

4.2. Treinamentos

Além do treinamento de integração, o colaborador terá uma meta de concluir determinados cursos presenciais e e-learning desenvolvidos de acordo com as necessidades aparentes e pelo preenchimento do formulário de LNTD - Levantamento da Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento – preenchido pelos gestores.

O LNTD será realizado em parceria com a administração local e o gestor de cada área, o qual faz o levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento para os colaboradores de acordo com os objetivos e interesses do Instituto e dentro do que preconiza a Norma ISO 10.015: aumento da produtividade, redução de custos, desperdícios, acidentes, rotatividade do pessoal e melhoria contínua da Gestão da Qualidade.

Esses treinamentos serão programados por meio de um cronograma, o qual será elaborado após o levantamento das necessidades e definição clara dos objetivos dos treinamentos pelo gestor da área e o setor de Desenvolvimento. Os treinamentos poderão ser individuais ou em grupo, e internos ou externos (vide política de treinamento para informações de reembolso ou custos de alimentação e transporte).

Os programas de treinamentos devem ser sistematizados e fundamentados sobre os aspectos analisados durante o levantamento das necessidades, obedecendo aos seguintes tópicos: quem deve ser treinado, qual local, órgão ou entidade que ministrará o treinamento, quais os métodos de treinamento e/ou recursos necessários, qual será a época do treinamento e quais os objetivos e resultados esperados.

Devem ser incentivados e determinados os treinamentos pontuais que surgem de situação não prevista no cronograma e via LNTD, desde que atendam às necessidades da Instituição e devidamente justificados como caráter de urgência e necessidade pontual.

INSTITUTO GNOSIS

Ressaltamos a importância da presença dos colaboradores e realização dos treinamentos previstos e o cumprimento desses cursos será cobrado pelos responsáveis de cada cargo e acompanhado pelo setor de RH do Instituto.

Caberá ao setor de Desenvolvimento a análise dos resultados do treinamento em conjunto com gestor da área solicitante.

4.3. Desenvolvimento

É de responsabilidade do setor de T&D – Treinamento e Desenvolvimento - estimular permanentemente e de modo orientado o autodesenvolvimento dos colaboradores, bem como a transmissão de conhecimentos entre as equipes e indivíduos.

Além disso, realizará análise do resultado das entrevistas de desligamento ou situações pontuais encaminhadas pelos gestores para identificação de possíveis ações para atuar na cultura e clima do Instituto.

O Instituto GNOSIS pretende realizar um PDI – Plano de Desenvolvimento Individual para colaboradores com potencial para promoção, juntamente com o acompanhamento da avaliação de desempenho.

Planejamentos a longo prazo

- Projeto "Cuidando do cuidador";
- Projeto de Apadrinhamento;
- Programa de Liderança;
- Desenvolvimento de Equipe;
- Gestão de Conflitos;
- Acolhimento Instituto GNOSIS / Café com afeto / Escuta Sensível;
- Atendimento ao usuário;
- Aniversariantes do mês;

- Orientação Vocacional;
- Sensibilização sobre inclusão – Diversidade;
- Responsabilidade Social;
- Agenda Cultural;
- Motivação semanal;
- Fórum Qualidade de vida;
- Ginástica Laboral;
- Saúde Mental;
- Segurança do Paciente;
- Dia do Profissional – Calendário;
- Musicoterapia;
- Sarau;
- Contador de História;
- Biblioteca Móvel;
- Campanhas pontuais;
- Colaborador destaque.

4.4. Desenvolvimento da Educação à Distância- EAD

Sede
Edifício Flag´s Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

0007JU

O Instituto GNOSIS disponibiliza uma Plataforma de Educação a Distância-EAD para os profissionais da área técnica e área administrativa das Unidades de Saúde sob a gestão do Instituto, visando o aprimoramento profissional dos mesmos. A Plataforma fica disponível 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana, na web, de forma que os profissionais possam acessar os conteúdos dos cursos e treinamentos de qualquer lugar e em qualquer horário.

A Plataforma inclui ferramentas interativas, de acompanhamento e gerenciamento como, por exemplo, fórum, chat, e-mail, biblioteca virtual, *wikis*, organização de turmas, ferramentas de avaliação e relatórios administrativos e gerenciais.

Os conteúdos são desenvolvidos através de recursos interativos como vídeos, simulações e animações e também material de suporte (*pdf*, textos, avaliações, etc.).

5. SAÚDE OCUPACIONAL

Saúde Ocupacional nada mais é do que um setor específico dentro da grande área da saúde, porém, que lida unicamente com a saúde voltada para o trabalhador. O principal intuito da saúde ocupacional é se voltar para a prevenção de doenças e demais problemáticas que possam se originar no ambiente de trabalho. Seu objetivo está focado na qualidade de vida do trabalhador, oferecendo para os funcionários bem-estar tanto físico, quanto emocional, em um ambiente de trabalho propício. Dessa forma, ela é o que previne contra riscos e demais problemas que o trabalhador venha a enfrentar por conta do ambiente físico/ambiental em que realiza suas atividades.

5.1. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO

Agendamento E Realização Dos Exames Ocupacionais

De acordo com a NR 07 que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

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

a) admissional, agendado quando solicitado pelo setor de Recrutamento & Seleção para preenchimento das vagas em aberto;

b) periódico, o setor de Saúde Ocupacional entrará em contato com todas as unidades para realizar o agendamento dos exames periódicos, onde o médico do trabalho irá até as unidades na data agendada;

c) de retorno ao trabalho, realizado após afastamento do funcionário superior a 30 dias, sendo afastamento por doença, acidente de trabalho ou licença maternidade;

d) de mudança de função, realizado quando solicitado pelos setores de Recrutamento e Seleção ou Cargos e Salários;

e) demissional, realizado quando solicitado pelo setor de Rescisão antes da homologação do funcionário desligado.

Os exames são agendados pelo setor de Saúde Ocupacional, conforme solicitação dos setores responsáveis.

Anammese Dos Funcionários Instituto GNOSIS

É realizada uma coleta de dados de saúde do novo funcionário, através da solicitação do preenchimento de um questionário no ato da realização dos exames ocupacionais, antes da entrega da documentação. Essa coleta é catalogada para fins estatísticos e para estudos para programas de melhoria da saúde da população de colaboradores do Instituto GNOSIS.

Controle De Situação Vacinal

No ato da entrega de documentos para a admissão, é recolhida a cópia da carteira de vacina de todos os funcionários, para cumprimento da Norma Regulamentadora nº 32 que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

São solicitados os comprovantes de imunização contra Difteria e Tétano, Hepatite B e a Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e orientado quanto à atualização vacinal quando preciso. Caso o funcionário esteja com vacinas pendentes, ele será orientado quanto à atualização e se necessário será enviado para as unidades um termo de responsabilidade para ser justificado por aquele funcionário que não tenha interesse em ser imunizado ou não possui o comprovante de vacinação.

INSTITUTO GNOSIS

Acompanhamento dos Serviços Empresa X Edital

Para cumprimento da exigência das Normas Regulamentadoras o Instituto GNOSIS contratou uma empresa de Saúde Ocupacional para a confecção dos documentos obrigatórios para a funcionalidade dos serviços de saúde.

O setor de Saúde Ocupacional tem como atribuição supervisionar e monitorar a prestação de serviços da empresa contratada através do edital, responsável pelo programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO), elaboração do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) e do documento base do PPRA (Programa de Prevenção de riscos Ambientais). Após o mapeamento dos riscos realizado pela empresa contratada, os documentos emitidos serão controlados pelo Instituto GNOSIS e será enviado uma cópia para cada unidade mapeada.

PPP

O Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP constitui-se em um documento histórico-laboral do trabalhador que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, durante todo o período em que este exerceu suas atividades na respectiva empresa. Todos os funcionários têm direito a solicitar o documento para fins de aposentadoria. O PPP é emitido pelo quando solicitado pelo setor de Rescisão para a realização da homologação ou quando solicitado pelo próprio funcionário.

Afastamento para o INSS

De acordo com a Instrução Normativa INSS nº 45 de 06 de agosto de 2010, o funcionário que apresentar atestado médico superior a 15 dias de afastamento, ou atestados que somados ultrapassem os 15 dias de afastamento num prazo de até 60 dias corridos, deverá ser encaminhado ao INSS a partir do 16º dia.

O Instituto GNOSIS tem a obrigação de realizar o pagamento dos primeiros 15 dias do afastamento e após o 16º dia o funcionário deverá passar em perícia no INSS para requerimento do benefício. O colaborador tem a obrigação de comunicar a supervisão da unidade quando apresentar o atestado superior a 15 dias. A unidade deverá comunicar o setor de Saúde Ocupacional e enviar uma cópia do atestado por e-mail para que seja feito os procedimentos necessários. É necessário a informação do

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000793

último dia trabalhado e se o funcionário trabalhou entre os atestados apresentados para lançamento na folha de pagamento.

Após o envio do atestado, o setor de Saúde Ocupacional entrará em contato com o funcionário afastado para agendamento da perícia no INSS, orientação quanto ao afastamento e emissão da documentação necessária para a perícia.

No dia da perícia o funcionário deverá comparecer munido de documentos pessoais, atestados e documentos médicos originais e os documentos emitidos pelo nosso setor. Após a realização da perícia, o funcionário deverá entrar em contato para informar a decisão do INSS quando a concessão do benefício previdenciário.

Para o retorno ao trabalho, o funcionário deverá ter em posse a alta médica de seu médico especialista e alta do médico perito do INSS. O colaborador será orientado quando ao agendamento do exame de retorno ao trabalho e só poderá retornar para a unidade após a realização do mesmo.

5.2. Regulamento Medicina Ocupacional e Controle de Absenteísmo.

1 – Finalidade

Regular os procedimentos inerentes a operacionalização dos atestados médicos.

2 – Conceituação

O art. 6° § 2°, da Lei n 605/49 dispõe:

"A doença será comprovada mediante atestado de médico da instituição de Previdência Social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social e do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico do serviço de repartição federal, estadual ou municipal, incumbida de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico d sua escolha"

A resolução CFM n° 1.658, de 20.12.2002, que normatiza a emissão de atestados médicos, estabelece que o mesmo é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

INSTITUTO GNOSIS

Compete ao Serviço de Medicina do Trabalho do Instituto GNOSIS a homologação e acompanhamento dos atestados médicos emitidos pelos profissionais da rede pública e privada aos colaboradores, decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade exigem afastamento do colaborador do trabalho.

3 – Apresentação

Quando um problema de saúde impossibilita o funcionário de trabalhar, é seu direito ter a falta abonada após a apresentação de um atestado médico. Porém, ao contrário do que alguns imaginam, existem regras que devem ser obedecidas para que o documento seja validado pela empresa.

As ausências motivadas por problemas de saúde estão disciplinadas em alguns dispositivos legais. É o caso do art.6°, letra "f", da lei 605/49, cujo texto estabelece que, se o empregado faltar ao trabalho por motivo de doenças, devidamente atestado, não perderá o salário e o DSR (Descanso Semanal Remunerado).

A legislação dispõe, em caráter especifico, no art. 131 e 473 da CLT, sobre faltas legais, ou seja, falta justificada, inclusive para efeito de férias. Além das ausências justificadas previstas na CLT, pode haver outras situações de igual modo justificáveis, contidas em acordos ou convenções coletivas.

A lei não limita o número de atestados médicos que o empregado pode apresentar para justificar ausência ao trabalho. Contudo, se dentro do período de 60 dias, o empregado apresentar vários atestados médicos com períodos inferiores a 15 dias, a empresa poderá somar os respectivos períodos e completando mais do que 15 dias pode encaminhar o empregado à Previdência Social, como previsto nos §§ 4° 5° do artigo 75 do Decreto 3048/99.

Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

Os médicos do trabalho somente devem aceitar atestados apara avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do caput do artigo.

O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

É importante lembrar que a empresa só está obrigada a pagar ao empregado o salário correspondente a 15 primeiros dias de atestado médico. A partir do 16° dia, o empregado é encaminhado a Previdência Social que, mediante constatação da enfermidade em perícia médica, deve pagar o auxílio doença ao segurado, conforme disposto no artigo 75 do Decreto 3048/99.

4 – Atestado

4.1. Atestado médico

O Atestado médico que não observa a ordem preferencial não terá força de lei para obrigar a empresa a remunerar o dia faltoso, servindo apenas para justificar a falta no sentido de impedir a aplicação de penas disciplinares (advertência ou suspensão).

No caso de um atestado válido, a empresa só poderá recusá-lo e não pagar o salário se comprovar, por meio de uma junta médica, que o funcionário está apto a trabalhar.

O atestado médico deverá conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

I. Nome completo do colaborador legível;

II. Número de dias de afastamento, sem rasura;

III. Nome e número de registro do médico ou odontólogo no conselho regional da especialidade e assinatura do emitente;

IV. Número de código de Classificação Internacional de Doenças – CID – correspondente a enfermidade e;

V. Data, sem rasura.

4.2. Atestado De Acompanhante

À doença que constitui justificativa da ausência do trabalhador é a que fere seu próprio organismo, salvo disposto em convenção coletiva de trabalho.

Dessa forma, a doença de pessoa da família, (cônjuge, filho, pais) e do tipo de doença, poderá ser motivo moralmente justo para as faltas do empregado, juridicamente, porém, não o é. Desta forma, o dia em que o empregado faltou para acompanhar outra pessoa ao média poderá ser considerado normalmente como falta.

No lei trabalhista brasileira, não existe a garantia do direito de forma direta. Assim, o empregador não é obrigado a aceitar, no sentido de abono, declarações de ausência para acompanhamento de consultas médicas dos filhos. Por isso, é melhor o colaborar faça um acordo anterior com a empresa.

Frise-se, no entanto, que existe entendimento (minoritário) de que o atestado de acompanhante tem validade para acompanhamento de filhos menores em razão do Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso.

O atestado de acompanhante será aceito nas seguintes situações:

a) Por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica;

b) Por pelo menos 6 (seis) consultas para acompanhamento de pré-natal.

4.3. Validade de Atestado Psicológico

O conselho Federal de Psicologia, através do artigo 4° da Resolução CFP n° 15/1996, estabelece que o atestado médico fornecido por psicólogo será válido para fins de justificativa de falta de trabalho.

4.4. Atestado de Comparecimento

O afastamento do colaborador durante o expediente para comparecer a consulta e exames complementares, não exime do cumprimento do restante da jornada de trabalho daquele dia, devendo encaminhar a chefia imediata o Atestado de Comparecimento, especificado o período de ausência. O ideal é que o funcionário opte por atendimento médico fora do horário de serviço quando não existe urgência ou imprevisão.

Entretanto, a Lei 605/49 não faz distinção e, por isso, o atestado válido para consultas de rotina não pode ser recusado. Será acrescido 1 hora para os trajetos desde que retorne à unidade.

A declaração de comparecimento do colaborador deverá ser entregue na própria unidade de trabalho imediatamente ao retorno.

As unidades deverão encaminhar as declarações para a Medicina Ocupacional no prazo de 48h após o recebimento.

4.5. Atestado Médico Falso ou Rasurado

Se o funcionário apresentar atestado médico suspeito, a empresa poderá solicitar esclarecimento aos responsáveis (que deverão responder, uma vez que o atestado falso é crime previsto nos artigos 297 e 302 do código penal). Caso a fraude seja comprovada, o empregado poderá ser demitido por justa causa (de acordo com o artigo 482 da CLT), já que foi quebrada a lealdade, boa – fé e fidúcia.

4.6. Independente de Carência

Não haverá carência se o afastado por doença for decorrente de acidente de qualquer natureza ou causa (inclusive Decreto nº 3.049/1999, art. 30, III e art.71, § 2º).

4.7. Procedimentos para Entrega, Aceitação e Homologação de Atestados pelo Serviço Médico

A legislação trabalhista brasileira não estabelece o prazo para a entrega de atestado médico pelo empregado. Contudo, o prazo entendido como razoável é de, no máximo, 48 horas a contar o primeiro dia de afastamento. Em casos mais graves, a tolerância de entrega é prolongada, desde que seja evidenciada a impossibilidade do trabalhador em relatar seu problema de saúde ao empregador. Impossibilidade de ambulação (fraturas de membros inferiores e similares), internação; gestação de alto risco que necessita repouso absoluto.

O colaborador deve informar a supervisão da unidade imediatamente sobre o afastamento independentemente da quantidade de dias;

Respeitando os prazos, o atestado deverá ser protocolado entregue na medicina do Trabalho em até 48 horas a contar do primeiro dia de afastamento;

A prorrogação do prazo para entrega ou solicitação de entrega por meio digital fica sob avaliação da Medicina Ocupacional;

INSTITUTO GNOSIS

O colaborador deverá entregar o protocolo de entrega do atestado na unidade de trabalho;

Os colaboradores que apresentarem atestados a partir de 5 dias contínuos ou não dentro do período de 60 dias serão convocados para avaliação da Medicina Ocupacional e possível afastamento.

A Medicina Ocupacional realizara o controle e as convocações dos profissionais que se enquadrarem nas condições acima por meio de telefone e e-mail informados no cadastro funcional;

O não comparecimento do colaborador após convocação poderá acarretar na aplicação de penalidades;

5. Afastamento INSS

5.1. Auxílio-doença

De acordo com o estabelecido no § 4° art. 198 da Instrução Normativa n° 95/2003 (publicada no informativo 31/2003) o requerimento de auxílio-doença deve ser feito na agência da Previdência Social (APS) ou pela Internet, para o segurado empregado e desempregado, observando que a análise do direito será feita com base nas informações constantes no CNIS sobre as remunerações e vínculos, a partir de 1° de julho de 1994, podendo o segurado, a qualquer momento, solicitar alteração, inclusão ou exclusão das informações no CNIS, com a apresentação de documentos comprobatórios dos períodos ou das remunerações divergentes. O afastamento por saúde será acompanhando

O ônus decorrente do auxílio doença devido ao empregado quando a licença médica ultrapassar o décimo quinto dia de afastamento é do INSS que deverá ser requerido pelo colaborador junto à Previdência Social

Para o encaminhamento do colaborador à Previdência Social, a Medicina Ocupacional identifica os casos que caracterize o afastamento e emitira para o colaborador relatório médico mediante comparecimento em consulta e o requerimento do auxílio doença bem como o agendamento da perícia. (§ 4° do art. 60 da lei n° 8.213/91);

Os afastamentos por procedimentos eletivos deverão ser comunicados previamente pelo colaborador a sua chefia e a Medicina Ocupacional para as devidas providencias;

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000799

Os relatórios de afastamentos de especialidade deverão ser apresentados no momento da consulta com a Medicina Ocupacional;

Para emissão do requerimento de afastamento fica sob a responsabilidade do RH informar o último dia de trabalho para a Medicina Ocupacional.

Se concedido novo benefício decorrente da mesma patologia no prazo de 60 (sessenta) dias, contatos da cessação do benefício anterior, o Instituto GNOSIS fica desobrigado do pagamento de 15 (quinze) primeiros dias de afastamento, prorrogando-se o benefício anterior e descontando-se os dias trabalhados;

A medicina ocupacional informará ao RH e a Unidade do colaborador afastado, o início do afastamento e a previsão de alta quando houver;

5.2. Suspensão do Benefício

O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito, sob pena de perda do benefício.

A partir do momento em que deixar de existir o motivo que ocasionou a suspensão, o auxílio-doença será restabelecido, desde que persista a incapacidade (in 95/2003, art. 206).

5.3. Cessão do Benefício e Retorno ao Trabalho

O auxílio-doença cessa pela recuperação da capacidade de trabalho, pela transformação em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza, neste caso se resultar sequela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia (RPS, art. 78)

A medicina ocupacional acompanhara os períodos de afastamento por meio do Sistema CNIS e controles internos. Diante a proximidade e/ou retorno do trabalhador realizará o agendamento da consulta de retorno.

Ao término do benefício, o colaborador deverá apresentar o documento expedido pelo órgão previdenciário a Medicina Ocupacional, que adotará as providências cabíveis para seu retorno ao

trabalho. O retorno do colaborador deverá ocorrer após avaliação médica que se dará no primeiro dia útil do término da licença;

A medicina Ocupacional manterá informados o RH e a Unidade do colaborador afastado quanto a continuidade em afastamento bem como a data de retorno.

Quando identificado restrições do trabalhador a Medicina Ocupacional informara ao RH e unidade de trabalho através de laudo.

Serão considerados como faltas injustificadas os dias de ausência do colaborador após a autorização para o retorno ao trabalho emitida pela Medicina do trabalho, a não ser em situações que o colaborador entrar com novo pedido ou com recurso junto ao INSS. Essas situações serão avaliadas individualmente;

Caso o colaborador se apresente na unidade sem ter realizado o retorno ao trabalho pela Medicina Ocupacional, a unidade deverá orientá-lo a retornar apenas após a avaliação com a Medicina do Trabalho, apoiando-o no processo de comunicação com a Medicina Ocupacional.

a. Fluxo para Admissão

O que	Quem	Como
Agendamento da consulta	RH	Em Agenda Médica disponível no Google Drive.
Recebimento do candidato no consultório	Enfermagem	-Preenchimento da ficha de Admissão pelo candidato. - Fazer a parte inicial do ASO - Medir sinais vitais - Avaliar Carteira de Vacinação – Se faltar dose encaminhar para UBS após consulta e entregar ASO somente no retorno.
Consulta	Médica do Trabalho	Faz exame médico, preenche a ficha de Admissão e ASO como apto ou inapto. Se o exame ficar pendente não preencher nada no ASO e especificar na ficha de Admissão
Entrega de documentos	Candidato	Com a posse do documento de apto, dirige-se ao RH para entrega de documentos.

1ª via do ASO	Enfermeiro	Encaminha para RH via malote
Acompanhamento Vacinas	Técnico de Enfermagem	Guarda documento para digitar no mês seguinte quando a planilha de colaboradores estiver atualizada.

b. Fluxo para Afastamento do Trabalho

O que	Quem	Como
Identificar	Saúde Ocupacional	Por meio de controle de atestados e/ou encaminhamentos eletivos.
Agendamento da consulta	Saúde Ocupacional	Em Agenda Médica disponível no Google Drive
Recebimento do colaborador	Enfermagem	-Preenchimento da ficha de Exame Ocupacional pelo colaborador. - Medir sinais vitais - Tirar cópia de documentos: Relatório do Médico Assistente e/ou especialista e Exames, quando houver
Consulta	Medicina do Trabalho	Faz exame médico, preenche a ficha de Exame Ocupacional e ASO como apto ou relatório de encaminhamento ao INSS.
Tramites administrativos	Saúde ocupacional	- Emitir e entregar requerimento de afastamento e agendar Perícia, ao colaborador. - Informar ao RH e unidade de trabalho o início do afastamento e a previsão de alta quando houver.
Controle do Absenteísmo	Medicina do Trabalho	Acompanhar o afastamento ou retorno por planilha própria em Excel com datas e dados para contato.

c. Fluxo para Retorno ao Trabalho

O que	Quem	Como
Agendamento da consulta	Saúde Ocupacional	Em Agenda Médica disponível no Google Drive
Recebimento do colaborador	Enfermagem	-Preenchimento da ficha de Exame Ocupacional pelo colaborador. - Fazer a parte inicial do ASO - Medir sinais vitais - Tirar cópia de documentos: Relatório do Médico Assistente, Exames e COMUNICADO DE DECISÃO DO INSS, este obrigatório.
Consulta	Médico do Trabalho	Faz exame médico, preenche a ficha de Exame Ocupacional e ASO como apto ou se paciente tiver entrado com Recurso ou Processo, suspender o exame, inicialmente até o Recurso. Paciente deve manifestar sua vontade de não retornar ao trabalho por escrito.
Retorno ao Trabalho	Colaborador	Colaborador retoma ao seu posto de trabalho imediatamente conforme escala.

Controle do Absenteísmo	Saúde Ocupacional	Acompanhar o afastamento ou retorno por planilha própria em Excel com datas e dados para contato.
Tramites administrativos	Saúde Ocupacional	Digitalizar e encaminhar ASO original para RH, e Unidade de trabalho

d. Fluxo para Mudança de Função

O que	Quem	Como
Necessidade do Exame	RH - Administrativo	Observar pelo descrito no PCMSO se houve mudança de risco. - Se não houver, não há necessidade de exame médico. Se tiver dúvida encaminhar e-mail para Medicina do Trabalho para se informar. - Se houver necessidade, encaminhar e-mail à Medicina do Trabalho para agendamento e o nome do novo cargo
Agendamento da consulta	Medicina do Trabalho	Em Agenda Médica disponível no Google Drive
Recebimento do candidato no consultório	Enfermagem	-Preenchimento da ficha de Exame Ocupacional pelo colaborador. - Fazer a parte inicial do ASO - Medir sinais vitais
Consulta	Médica do Trabalho	Faz exame médico, preenche a ficha de Exame Ocupacional e ASO como apto ou inapto
Escanear ASO de Retorno	Medicina do Trabalho	Encaminhar para RH e Gestor da Unidade
1ª via do ASO	Enfermeiro	Encaminha para RH via malote
Cadastro	Técnico de Enfermagem	Atualiza o cadastro com novo cargo

e. Fluxo para Periódico

O que	Quem	Como
Agendamento de periódicos	Medicina do Trabalho	- Em Agenda Médica disponível no Google Drive, Médico do Trabalho e/ou Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro. - Entra com Unidade para avisar da necessidade de trazer cópia da carteira de vacina atualizada - Solicita sala para atendimento
ASO	Enfermagem	- Preparar os ASOs para preenchimento via mala direta

		- Preencher ficha de exame por mala direta - Impressão do material - Preparar mala com documentos
Exames propriamente ditos	Medicina do Trabalho	-Preenchimento da ficha de Exame Ocupacional pelo colaborador. - Preenche do ASO - Medir sinais vitais - Avaliar Carteira de Vacinação – Se faltar dose encaminhar para atualizar.

f. Fluxo para Demissional

O que	Quem	Como
Agendamento da consulta	Medicina do Trabalho, DP, RH Adm.	Em Agenda Médica disponível no Google Drive
Recebimento do candidato no consultório	Enfermagem	-Preenchimento da ficha de Exame Ocupacional pelo colaborador. - Fazer a parte inicial do ASO - Medir sinais vitais
Consulta	Médica do Trabalho	Faz exame médico, preenche a ficha de Exame Ocupacional e ASO como apto
Escanear ASO de Malote	Medicina do Trabalho	Encaminhar para RH
2ª via do ASO	Enfermeiro	Encaminha para RH via malote

g. Fluxo para entrega de Atestado – Dentro do prazo 48 (quarenta e oito) horas.

O que	Quem	Como
Atestado	Medicina do Trabalho	- Atendimento na Medicina do Trabalho
Recebimento do colaborador / portador no consultório	Enfermagem	- Recebimento do atestado - Entrega do protocolo de recebimento - Inserção do atestado no Sistema
Informar unidade de trabalho	Enfermagem	- Informa a unidade os casos de afastamentos superior a 1 dia.

h. Fluxo para entrega de Atestado – Fora do prazo

O que	Quem	Como
Atestado	Gestor da Unidade	- Recebimento do atestado
Recebimento do atestado na unidade	Pessoa designada pelo Gestor	- Recebimento do atestado - Digitalização e envio a Medicina do trabalho - Aplicação de medidas disciplinares.
Informar unidade de trabalho	Enfermagem	- Informa a unidade os casos de afastamentos superior a 1 dia.

i. Fluxo para Licença Maternidade

INSTITUTO GNOSIS

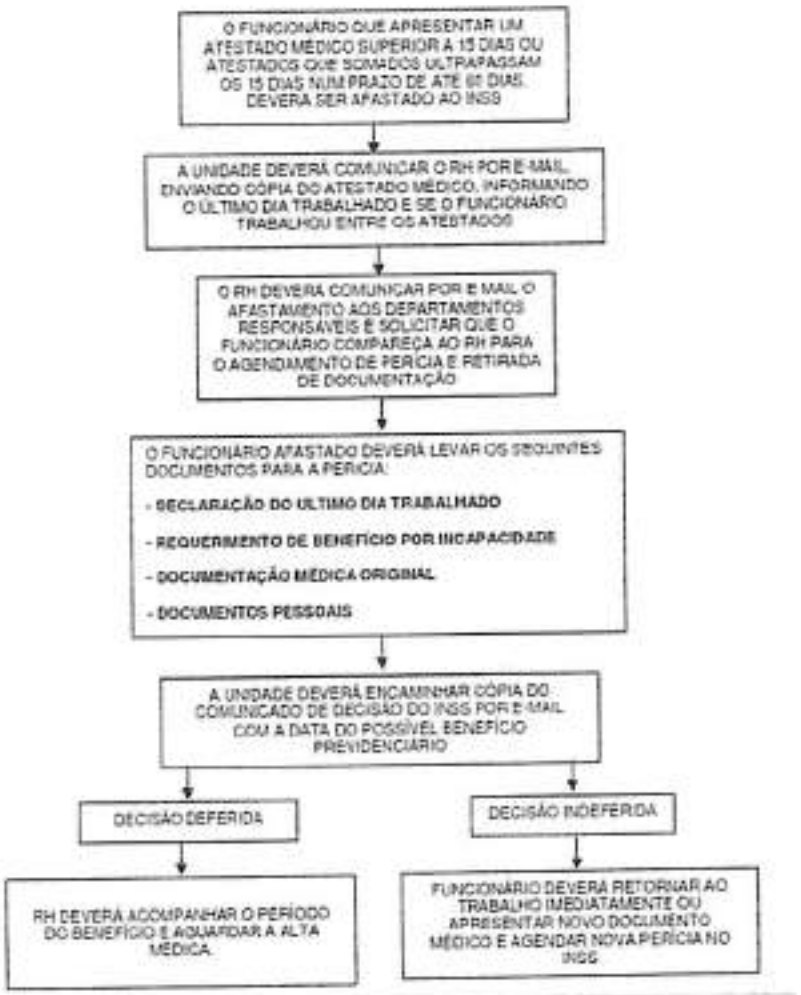
O que	Quem	Como
Atestado / Certidão de Nascimento	Medicina do Trabalho	- Recebimento do atestado / Certidão de Nascimento
Recebimento do atestado / certidão de nascimento	Enfermagem	- Recebimento do atestado / Certidão de Nascimento - Inserção da licença no sistema

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.899 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000305

Fluxograma dos Afastamento ao INSS



5.4. Afastamento por Licença Maternidade

De acordo com o Artigo 392 da CLT, a funcionária gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

A unidade deverá encaminhar para o RH por e-mail, uma cópia do atestado médico de 120 dias ou

76

000806

cópia da certidão de nascimento para que seja realizado o afastamento em folha de pagamento.

O Setor de Saúde Ocupacional deverá comunicar os departamentos responsáveis para a reposição da funcionária afastada e acompanhar alta médica após os 120 dias.

A funcionária ainda terá direito a 14 dias de licença pela prorrogação de licença maternidade, mediante atestado médico para necessidade de amamentação.

O setor de Saúde Ocupacional agendará o exame de retorno ao trabalho para o primeiro dia útil após o término da licença maternidade. Sem a realização do mesmo, a funcionária não poderá retornar para a unidade.

77

000307

Fluxograma de Afastamento por Licença Maternidade



78

000808

6. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

A Supervisão de Saúde Ocupacional da Coordenação de Recursos Humanos do **Instituto GNOSIS** tem como objetivo cumprir as orientações norteando-se nas Leis e Decretos relacionados, principalmente com as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança do Trabalho.

A presente Norma Interna objetiva orientar quanto aos procedimentos adotados pelo **Instituto GNOSIS** quando da ocorrência de um acidente de trabalho e que devem ser seguidos pelos nossos funcionários.

A Lei 8.213 de 24.07.1991 da Previdência Social, que normatiza a abertura da COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT), preconiza em seu artigo 22 que todo acidente de trabalho deve ser comunicado até o primeiro dia útil após o acidente, estabelecendo assim o prazo de 24 horas para a emissão do documento, rotina que deverá ser obedecida por todos os funcionários do **Instituto GNOSIS**, considerando que a sua não comunicação pode acarretar multas e demais sanções legais previstas em nossa legislação.

Cabe ainda ressaltar a importância em preencher corretamente e de forma completa todos os campos da Solicitação de Investigação de Acidente do Trabalho, que será analisada pela equipe da Supervisão de Saúde Ocupacional. Após essa análise prévia, as informações serão transcritas para a COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) e servirão não somente aos objetivos previdenciários, estatísticos e epidemiológicos, mas também aos trabalhistas e sociais.

6.1. Informações Gerais

Comunicação do acidente (Típico e Trajeto)

O atendimento médico deve ocorrer na sequência do acidente. Não ocorrendo, impedirá a abertura da CAT. Comunicar a ocorrência à gerência ou chefia imediata da unidade ou ao setor administrativo de RH.

São documentos necessários para o registro da CAT no sistema da Previdência Social:

- A Solicitação de Investigação de Acidente do Trabalho corretamente preenchida, carimbada e assinada pelo acidentado e pela gerência da unidade ou chefia imediata do acidentado;

79

000309

- Relatório e/ou atestado médico, constando as seguintes informações:
- O diagnóstico com CID;
- Período provável para o tratamento, quando houver;
- Assinatura do profissional médico que realizou o atendimento, carimbo com o número do CRM (Conselho Regional de Medicina) e a data do atendimento médico, seja o documento emitido por particular, convênio ou pelo SUS;
- Cópia do boletim de ocorrência, quando houver.
- O departamento de Saúde Ocupacional do Instituto GNOSIS deve comunicar a Previdência Social todo acidente de trabalho ocorrido, com ou sem afastamento, no prazo de 24 horas ou até o primeiro dia útil seguinte, sendo a sua falta passível de multa, sucessivamente aumentada nas reincidências.
- A Solicitação de Investigação de Acidente do Trabalho deverá ser preenchida com letra de forma, conforme modelo em anexo na página 10. O preenchimento deste documento deverá ser realizado somente pelo gerente da unidade, chefia imediata ou pelo setor administrativo de R.H. da unidade.
- Em situações que envolvam violência ou de acidente de trânsito no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa, onde foi emitido Boletim de Ocorrência, uma cópia do mesmo deve ser incluída ao comunicado.
- O envio da documentação deve ser feito de imediato por e-mail ou pelo WhatsApp do RH. Em caso de envio com atraso, deve ser anexada uma carta de próprio punho do acidentado ou da chefia imediata justificando o ocorrido. Só serão aceitas justificativas nos casos em que o acidentado passou por atendimento médico em seguida da ocorrência.
- Posteriormente encaminhar a documentação original via malote.
- Em acidentes de trabalho (tipo típico ou tipo trajeto) o funcionário poderá passar por atendimento médico na unidade que trabalha, mesmo que não resida na região.

Orientações para ocorrências com exposição a material biológico:

- A chefia imediata do acidentado no trabalho deverá encaminhar o funcionário ao Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS, sempre que possível com o paciente fonte.

80

000810

- Este atendimento deve ser feito nas primeiras 02 (duas) horas e no máximo até 72 (setenta e duas) horas após o acidente.

A chefia imediata deverá entrar em contato com o Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS de referência da unidade a fim de verificar quais os documentos necessários a serem apresentados no atendimento ao funcionário acidentado.

Caso a unidade de trabalho não tenha atendimento médico, a chefia deverá encaminhar o funcionário direto ao Serviço Especializado em DST/AIDS, orientando que o mesmo solicite o relatório de atendimento médico, constando o CID e CRM do profissional médico.

Se a ocorrência for durante o período noturno, feriado e/ou final de semana, o atendimento é prestado nos hospitais públicos municipais e no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

A unidade deve preencher Ficha de Investigação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico) em três vias, sendo:

- a primeira via levada pelo trabalhador exposto à unidade de referência em DST/AIDS;
- a segunda via encaminhada para SUVIS de referência da unidade, e;
- a terceira via arquivada na própria unidade.

Os formulários do SINAN devem ser solicitados na Supervisão de Vigilância em Saúde da região. No caso de dúvidas no preenchimento do formulário de notificação, o responsável deverá entrar em contato com a Supervisão de Vigilância em Saúde da região.

6.2. SIAT

O responsável pelo preenchimento deverá se atentar ao tipo de ocorrência:

TÍPICO (Acidente que ocorre durante seu expediente de trabalho);

TRAJETO (Acidente que ocorre no trajeto casa-trabalho, trabalho-casa);

EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO (Envolve o contato com sangue e outros fluidos orgânicos, compreendendo ocorrência com material pérfurocortante e contato com mucosa ocular, oral ou pele).

Preencher com letra legível todos os campos:

81

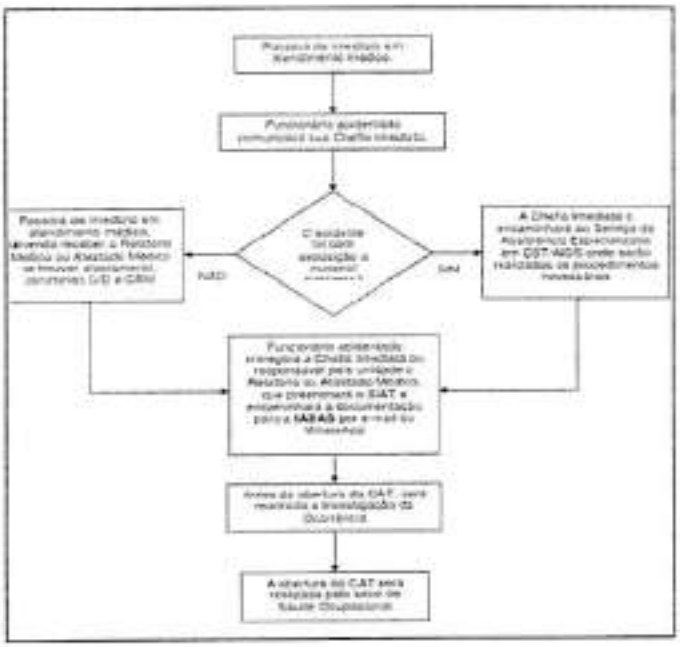
000811

- Dados do funcionário – nome completo, unidade, horário de trabalho, matrícula (ID), função, nome da mãe, endereço residencial e contato telefônico.
- Dados sobre a ocorrência – Informar data, horário, local/endereço e assinalar se houver registro policial.
- Dados sobre o atendimento médico – unidade e horário de atendimento, CRM, nome do médico, CID, assinalar se houve afastamento, informando a data de início e a quantidade de dias. Para ocorrências com exposição a material biológico, informar o nome do SAE que o funcionário foi encaminhado.
- Breve relato da ocorrência – Descrever o ocorrido de acordo com as informações fornecidas pelo funcionário. Local da lesão – Informar qual(is) parte(s) do corpo foi atingida. Descrever o objeto causador da ocorrência. Assinalar se usava os EPI's no momento da lesão.
- Testemunhas – Se houver testemunha, colocar o nome e endereço completos e solicitar que a mesma assine no local indicado.
- O funcionário e a chefia (ou responsável pela unidade) deverão assinar e datar nos campos indicados.

82

000812

Fluxograma de acidente típico



Fluxograma de acidente de trajeto



84

900314

INSTITUTO GNOSIS

DÚVIDAS FREQUENTES

01- O que é acidente do trabalho?

O artigo 19 da Lei nº 8.213, de 24/07/91, regulamentada pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/99, estabelece que "acidente do trabalho é o que ocorre no exercício da função e a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda, ou a redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho".

02- Quando é caracterizado o acidente de trabalho?

Para que uma lesão ou moléstia seja considerada acidente do trabalho é necessário que haja entre o resultante e o trabalho uma ligação, ou seja, que o resultado danoso tenha origem no trabalho desempenhado e em função do serviço. Assim, por exemplo, se um empregado for assistir a um jogo de futebol e cair da arquibancada onde se sentou, não se caracterizara acidente de trabalho. Todavia, se com ele cair o empregado do clube que estava realizando a limpeza da arquibancada, a legislação referida protegerá o funcionário do clube.

03- O que é uma lesão corporal?

Por lesão corporal deve ser entendido qualquer dano anatômico, por exemplo: uma fratura, um machucado, a perda de um membro.

04- O que uma perturbação funcional?

Por perturbação funcional deve ser entendido o prejuízo ao funcionamento de qualquer órgão ou sentido, como uma perturbação mental devido a uma pancada, o prejuízo ao funcionamento de um órgão (pulmões etc.), pela aspiração ou ingestão de um produto de limpeza usado no trabalho.

05- Quais são os tipos de acidente do trabalho?

- Típico: o que ocorre no local e durante o trabalho. Os períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este será considerado no exercício do trabalho.

85

000315

- Trajeto: é o acidente que ocorre no trajeto residência-trabalho-residência. Não se caracteriza como acidente de trajeto quando o empregado, por interesse pessoal, tiver interrompido ou alterado seu percurso.

06- O que é um acidente de trabalho com exposição a material biológico?

São acidentes que envolvem o contato com sangue e outros fluidos orgânicos, ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho. Esse tipo de acidente se dá por meio de materiais perfuro cortantes, que compreende a penetração através da pele de agulha ou material médico-cirúrgico contaminado com sangue ou outros líquidos orgânicos ou por contato direto da mucosa, seja ela ocular, nasal ou oral ou ainda por contato da pele com sangue ou outros líquidos orgânicos.

07- O que é uma Doença Profissional?

É uma doença adquirida ou desencadeada pelo exercício de sua atividade profissional.

08- O que é CAT?

É o formulário de Comunicação de Acidente do Trabalho, documento de notificação obrigatória do acidente ou doença do trabalho a ser preenchido pela empresa, pelo sindicato, serviço de saúde, pela autoridade pública ou pelo próprio trabalhador, que representa o reconhecimento legal da doença ou acidente junto à Previdência Social e sem ela o trabalhador não poderá requerer benefício acidentário ao INSS.

09- Por que é importante notificar um acidente do trabalho ou doença profissional?

- Do ponto de vista individual:

Se não houver afastamento imediato ou, se o afastamento for inferior a 15 dias, o registro da CAT é uma garantia para o trabalhador, de que o acidente ocorreu. Constitui em importante comprovação nos casos do aparecimento de problemas tardios relacionados ao acidente.

- Do ponto de vista coletivo:

Apenas através do conhecimento de um problema é que podemos evitá-lo.

O registro dos acidentes e doenças do trabalho permite à vigilância em saúde monitorá-les por empresa e consequentemente o desencadear ações de controle ou de eliminação de riscos.

86

000316

10- Quem tem o direito a CAT?

Os trabalhadores com registro em carteira de trabalho pelo regime Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou seja, que contribui para INSS.

Em caso de dúvida entrar em contato com a Supervisão de Saúde Ocupacional preferencialmente por meio eletrônico.

87

000317

INSTITUTO GNOSIS

6. CÓDIGO DE CONDUTA

PALAVRA DO PRESIDENTE

Caros colaboradores: Sejam todos bem-vindos! A você que chega para fazer parte da "Família GNOSIS" queremos dar a nossa palavra de otimismo e de confiança. Além de sua dedicação, e de seu empenho em oferecer o melhor serviço, contamos com seu acolhimento e com seus gestos humanitários no dia a dia da Unidade de Saúde. Porque trabalhar no Instituto GNOSIS é um dom que se revela em atitudes determinadas, serenas e que vão ao encontro de nossa missão de promover a vida por excelência.

Você é um privilegiado, se pensar que, o que vai fazer irá contribuir com o andamento e a agilização de todos os nossos serviços. Da portaria ao bloco cirúrgico. Dos corredores às enfermarias. Somos um elo, sim, de uma corrente humana que luta a cada dia pela saúde e bem-estar do próximo. Isso é de uma grandeza única, singular.

Venha com força e com entusiasmo. Conte com todos nós. Estamos de coração aberto e de espírito irmanado. Um grande abraço!

CÓDIGO DE CONDUTA

Este Código de Conduta tem por objetivo informar e formalizar os princípios que devem direcionar o comportamento do colaborador, baseando-se nos Valores e na Missão do Instituto GNOSIS.

O Instituto GNOSIS preza pela excelência em todas as suas atividades e sempre esteve fundamentada em seus valores e princípios éticos.

O Código de Conduta é regido pelo conjunto de valores do Instituto GNOSIS, possibilitando que o relacionamento com todos os clientes (internos e externos) seja feito de maneira ética, contribuindo, assim, para um trabalho íntegro e honesto. Dessa forma, os valores são inabaláveis; qualquer atitude que entre em confronto direto aos Valores Institucionais será considerada falta grave; passível de punições.

Horário de Trabalho

Pontualidade é importante, observe o horário estabelecido no seu contrato de trabalho.

Controle de Ponto

88

960818

É de responsabilidade do colaborador registrar o ponto eletrônico diariamente, na entrada, intervalo e saída. Após o registro dirigir-se para o local de trabalho. Cabe ao colaborador responsabilizar- se pela marcação do ponto.

Comprovante do Ponto

O comprovante de Registro de Ponto do Trabalhador é um documento impresso para o empregado acompanhar, a cada marcação, o controle de sua jornada de trabalho. Todo colaborador deve guardar este comprovante para controle próprio de suas horas, não sendo indicado pela instituição que este documento seja descartado.

Intervalo para Refeições

Sob nenhuma hipótese deve-se deixar de registrar o ponto no intervalo da refeição e/ou compensar hora de trabalho no intervalo de descaso. Caso não haja registro do ponto será descontado.

Compromisso com Leis e Normas

O Instituto GNOSIS atua em respeito às leis e às normas que regulamentam as diversas atividades da organização. Esse compromisso abrange, também, o atendimento pleno aos princípios e às normas que orientam o exercício profissional de todas as categorias existentes na empresa.

Cabe a cada colaborador conhecer, acompanhar, cumprir e zelar para que sejam cumpridas todas as leis e normas que cercam a atividade do Instituto GNOSIS e a sua atuação profissional específica.

É de competência da Gestão de Pessoas comunicar periodicamente alterações deste código, visando divulgar essas mudanças a todos os níveis da organização. Todos os diretores, gerentes, supervisores e coordenadores de Unidades são responsáveis por assegurar o cumprimento das normas e regulamentos.

Leis e Regulamentações Ambientais e de Qualidade

Todo colaborador deve estar comprometido com leis e regulamentações referentes ao meio ambiente e padrões de qualidade, conforme resoluções normativas, normas técnicas, RDC's e demais exigências legais, assim como os programas de gestão da qualidade e gestão ambiental.

Segurança e Ambiente de Trabalho

89

000319

Devem ser seguidas as normas e procedimentos definidos pela legislação e pelas diretrizes do Instituto GNOSIS relacionadas à segurança, higiene e limpeza. Todos os diretores, gerentes, supervisores e coordenadores de Unidades são responsáveis por assegurar o cumprimento das normas e regulamentos.

O descumprimento desta norma e regulamento de segurança poderá variar desde uma advertência verbal até a rescisão imediata do Contrato de Trabalho.

Comitê de Ética

São órgãos representativos, normatizados pelos conselhos, com funções educativas e consultivas, do exercício profissional e ético dos profissionais.

Comitê de Ética obrigatório, só mesmo o de ética médica, as demais profissões a exigência é de que tenha registro nos respectivos conselhos de classes, e esses que são responsáveis para apurarem os casos éticos quando necessários e reportados.

Integridade Profissional e Pessoal dos Colaboradores

A integridade pessoal e profissional é essencial para que todos os colaboradores do Instituto GNOSIS assumam comportamentos e procedimentos que devem ser preservados nas mais diversas situações, evitando atos de conflito de interesse ou de postura inadequada.

Conflitos de Interesse

O conflito de interesse na relação colaborador-Pronto Socorro ocorre quando o empregado utiliza sua influência ou comete atos com o intuito de beneficiar interesses particulares e/ou que se contraponham ao interesse da Unidade de Saúde ou possam causar danos ou prejuízos a ela.

O colaborador que ocupe posições em entidades externas deve comunicar à sua liderança imediata por escrito, que avaliará possíveis conflitos de interesse e a concorrência com o horário de trabalho.

Situações que acarretam conflito de interesses não explicitadas neste Código devem ser informadas aos líderes imediatos para orientação.

Fluxo da Marcação do Ponto (Intervalo para Refeições)

Entrada do colaborador na empresa:

90

000820

INSTITUTO GNOSIS

1º| Catraca

2º| Marcação do ponto eletrônico (entrada do expediente);

Saída do colaborador para o horário de descanso (almoço/jantar);

1º| Marcação do ponto eletrônico (saída do expediente);

2º| Catraca ou

Para colaboradores que almoçam ou jantam na Instituição:

1º| Marcação do ponto eletrônico (saída do expediente)

2º| Marcação do refeitório

Retorno do horário de descanso (almoço/jantar).

1º| Catraca

2º| Marcação do ponto eletrônico (entrada do expediente); ou

Para colaboradores que almoçam ou jantam na Instituição:

1º| Marcação do ponto eletrônico (entrada do expediente)

Saída do colaborador da empresa (término do expediente):

1º| Marcação do ponto eletrônico (saída do expediente);

2º| Catraca

* Caso seja necessário o colaborador sair da Instituição é necessário que ele marque o ponto, informando sua ausência para seu superior imediato, pois o fluxo de marcação do ponto é interligado com o refeitório, desta forma, se o colaborador marcar a catraca e não registrar o ponto a ele não é permitido o acesso ao Refeitório.

Contrato Profissional

Admissão e Exames Médicos

91

900321

INSTITUTO GNOSIS

Apresentar na admissão e sempre que solicitado, os documentos exigidos pela empresa, completos e atualizados.

Submeter-se ao exame médico no Departamento de Saúde Ocupacional, em data, horário e local definidos pela empresa, e após sua admissão, sempre que convocado.

Contratação ou Promoção de Parentes

Na contratação ou promoção de parentes e cônjuges de colaboradores, deve ser observado o critério do mérito e de igualdade de condições com os demais candidatos e as normas internas da Unidade de Saúde.

Período de Experiência

Após admissão, o colaborador firma com o Pronto Socorro o contrato de experiência por prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogáveis ou não por mais de 45 (quarenta e cinco) dias, durante os quais há plena liberdade de rescisão por qualquer das partes, observada a legislação vigente. Todos os colaboradores recém-admitidos são submetidos à avaliação do superior imediato ao final do período de 45 (quarenta e cinco) dias, quando o contrato de trabalho é prorrogado, por novo período de 45 (quarenta e cinco) dias, sendo então efetivado, após avaliação final, por período indeterminado. O colaborador neste período pode ser dispensado tanto ao final do primeiro período quanto ao final do segundo período, sempre com avaliação de seu superior imediato e do Departamento de Gestão de Pessoas.

Crachá

O colaborador é responsável pelo seu crachá, zelando por sua conservação, evitando perda ou extravio.

O crachá deve ser utilizado, obrigatoriamente, durante o horário de trabalho, afixado no lado esquerdo e à altura do peito.

No caso de perda do crachá, o colaborador deve imediatamente comunicar o seu superior imediato para que ele possa providenciar a substituição do crachá, junto com a Seção Pessoal., sendo facultada ao Instituto GNOSIS a cobrança pelo mesmo.

Faltas e Justificativas

92

000322

INSTITUTO GNOSIS

O colaborador que faltar ao trabalho por problemas de saúde deve justificar sua ausência através de atestado médico e comunicar o seu superior imediato. Os atestados devem ser entregues ao Setor de Medicina do Trabalho no mesmo dia, ou no máximo até o primeiro dia útil subsequente à data do atestado.

Todo atestado será vistado pela Medicina do Trabalho e posteriormente encaminhado à Seção Pessoal através da Enfermeira do Trabalho e/ou Auxiliar de Enfermagem do Trabalho para fins administrativos e financeiros.

Somente será aceito atestado original de médico que estiver preenchido, sem rasura, com data e preferencialmente com o CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), assinatura do profissional e respectivo carimbo com o número de inscrição no Conselho da Classe.

Os atestados ou declarações Odontológicos serão avaliados pelo setor de Medicina do Trabalho juntamente com Coordenador para decisão do aceite ou não do mesmo.

Os outros atestados ou declarações (de acompanhamento, Consulta Médico etc.) serão aceitos a fim de justificar a ausência do trabalho.

O colaborador pode deixar de comparecer ao trabalho sem prejuízo do salário e dos benefícios:

Obito familiar: por 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendentes (pais e avós), descendentes (filhos e netos), irmão ou pessoa que, declara em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, viva sob sua dependência econômica. (Contando da data do óbito);

Casamento: por 3 (três) dias de trabalho, em virtude de casamento civil;

Licença Paternidade: por 5 (cinco) dias consecutivos, em caso de nascimento de filho; concedida a partir da data de nascimento do filho, que consta na certidão;

Licença Maternidade: 120 dias conforme atestado médico;

Doação de Sangue: por um dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação de sangue devidamente comprovada; Serviço Militar: no período de tempo em que estiver que cumprir as exigências do Serviço Militar (conforme Lei do serviço Militar).

Férias

93

000823

INSTITUTO GNOSIS

Todo colaborador tem direito ao gozo de suas férias conforme determinação legal. As férias deverão ser gozadas 30 dias corridos, preferencialmente, a partir do dia primeiro de cada mês, podendo ser reduzidos em função de faltas, na seguinte proporção:

Dias corridos de direito a Férias	Nº de faltas ao serviço no curso
30	até 05
24	de 06 a 14
18	de 15 a 23
12	de 24 a 32*

*Acima de 32 faltas no período aquisitivo, o colaborador perde o direito às férias.

Pagamento dos Vencimentos e Entrega dos Benefícios

A remuneração salarial e respectivos proventos a que tiver direito são pagos, 40% sobre o salário base, como adiantamento, até o dia 20 do mês corrente e o saldo no quinto dia útil do mês subsequente.

Atualização da Carteira de Trabalho e Previdência Social

- A Carteira de Trabalho e Previdência Social deve ser sempre atualizada nos seguintes casos:
- Férias;
- Alteração do salário;
- Transferência ou Promoção;
- Quando houver desconto da contribuição Sindical;
- Afastamento por doença, superior a 15 dias;
- Afastamento por acidente de trabalho.

Dados Pessoais

O colaborador deve atualizar os dados cadastrais sempre que ocorrer as seguintes situações:

- Mudança de estado civil;
- Alteração de beneficiários;

94

000824

INSTITUTO GNOSIS

- Nascimento de filho;
- Mudança de residência e telefone;
- Obtenção ou alteração de qualquer documento pessoal;
- Atualização do currículo com cursos de formação, atualização, reciclagem e aperfeiçoamento.

Intervalo para Refeições

Sob nenhuma hipótese deve-se deixar de registrar o ponto no intervalo da refeição e/ou compensar hora de trabalho no intervalo de descaso. Caso não haja registro do ponto será descontado.

Preconceito

O Instituto GNOSIS não admite discriminação ou preconceito de qualquer natureza, entre eles de raça, religião, faixa etária, sexo, convicção política, nacionalidade, estado civil, orientação sexual e condição física.

Nos processos de recrutamento, seleção e promoção, os candidatos devem ser avaliados unicamente por suas condições de atender e se adequar às expectativas do cargo.

Conduta Pública

Todos os colaboradores do Instituto GNOSIS devem resguardar postura de integridade e respeito em suas participações em eventos e locais públicos.

Os colaboradores não devem fazer comentários que possam denegrir a imagem dos profissionais que atuam no Pronto Socorro, perante os clientes ou qualquer outra pessoa, dentro ou fora da empresa.

Quadro de Avisos

Cabe a cada colaborador acompanhar as informações que estão fixadas nos quadros de avisos da Unidade de Saúde.

Acidente no Trabalho

O colaborador acidentado deve comunicar de imediato o ocorrido ao seu superior ou responsável pelo plantão e ao Setor de Segurança do Trabalho para as providências cabíveis.

95

000825

INSTITUTO GNOSIS

Os colaboradores devem observar rigorosamente todas as instruções da instituição destinadas a prevenir acidentes, bem como fazer uso adequado dos equipamentos de proteção fornecidos pela mesma.

Fumo e Bebida Alcoólica

É proibido fumar e/ou ingerir bebidas alcoólicas nas dependências internas da Unidade de Saúde e seus anexos, bem como em seu contorno (rampas e escadas).

Programa Instituto GNOSIS Livre do Tabaco

O programa visa conscientizar todos os colaboradores do Instituto GNOSIS sobre os malefícios decorrentes do ato de fumar e a fim de que medidas educativas alcancem resultados efetivos são necessários mecanismos legais que as reforcem.

Assédio Moral e/ou Sexual

O Instituto GNOSIS não admite assédios tais como sexual, econômico, moral, ou situações que configurem pressões, intimidações ou ameaças no relacionamento entre colaboradores, independentemente de seu nível hierárquico. O colaborador que se considerar discriminado, alvo de preconceitos, pressões ou praticas abusivas ou em situação de desrespeito e se sentir constrangido em tratar do assunto com seu líder imediato, deve comunicar o fato ao departamento de Gestão de Pessoas.

Confidencialidade das Informações da Empresa

É vedada a divulgação de informações confidenciais da empresa, ou seja, aquelas que não constam em materiais oficiais, como novos negócios e serviços, relatórios gerenciais, pesquisas, novos procedimentos, informações sobre clientes e fornecedores, programas de informática, banco de dados, política comercial, planos, planejamentos e metodologias de análise, conforme consta na Política de Comunicação.

O Instituto GNOSIS não permite que sejam efetuadas filmagens ou registros fotográficos sem prévio consentimento da Diretoria Administrativa e/ou Mesa Administrativa, conforme disposição da lei e Política de Comunicação.

Todo colaborador que tiver dúvida quanto à pertinência da divulgação da informação que lhe está sendo solicitada deve consultar seu superior imediato.

96

000826

INSTITUTO GNOSIS

Uso dos Sistemas Eletrônicos de Informação

A veiculação de informações deve obrigatoriamente estar relacionada à atividade profissional. O colaborador não deve possibilitar o acesso de pessoas não autorizadas aos sistemas informatizados do Instituto GNOSIS por meio de utilização de sua senha que é pessoal e intransferível.

Softwares protegidos por direitos autorais, desenvolvidos internamente e/ou contratos de licenciamento, não devem ser copiados, a menos que o detentor dos direitos autorais ou da licença dê, especificamente, permissão para tanto. Da mesma forma, é

proibida a instalação de programas nos computadores da Unidade de Saúde que não tenham sido autorizados pelas áreas competentes.

As informações obtidas e utilizadas na empresa, sejam elas de sua responsabilidade ou de terceiros, somente podem ser retiradas das dependências da empresa, seja por qualquer meio físico ou sistema eletrônico, após a prévia e expressa autorização por escrito de um membro da Diretoria.

As informações geradas ou recebidas pelos colaboradores durante a jornada de trabalho, inclusive aquelas provenientes da internet, deverão tratar, basicamente, de assuntos profissionais e ligados ao exercício de sua função. As mensagens enviadas pelo correio eletrônico (e-mail) da empresa deverão ter conteúdo compatível com as atividades profissionais do colaborador.

A empresa está autorizada a consultar e analisar informações registradas em qualquer meio localizado em suas instalações e que tenham sido geradas ou recebidas utilizando seus recursos, inclusive correspondências recebidas em nome ou endereço da mesma. A consulta e análise de informações registradas não serão feitas de forma sistemática e continuada, mas sempre que a empresa achar necessário. Essa orientação será observada, também, para o conteúdo de mensagens de correio eletrônico (e-mail) enviadas por meio dos sistemas de empresas, bem como para arquivos de textos e imagens armazenados em computadores da empresa. A consulta será sempre feita pela área de Auditoria Interna, mediante autorização da Diretoria e da (s) área (s) envolvida (s), gerando-se relatório à Diretoria.

Utilização do Celular, Smartphone e Redes Sociais Pessoais

É vetado o uso do celular, smartphone e redes sociais de forma pessoal utilizando a rede de informática da SCMP. Cabe ao coordenador de setor estabelecer no manual da unidade as normas de utilização do

smartphone durante o expediente de trabalho, pois tal uso afeta diretamente o desempenho do colaborador infringindo os Valores Institucionais

Aplicação da Marca

Os colaboradores não devem empregar nenhuma das marcas do Instituto GNOSIS em quaisquer materiais sem a prévia autorização da Diretoria que não estejam previstas nos padrões e parâmetros disponíveis.

Os colaboradores devem comunicar à Diretoria sempre que verificarem a inadequada utilização e conservação da marca.

Utilização e Preservação dos Bens da Empresa

Os bens, equipamentos e instalações da Unidade Socorro destinam- se ao uso exclusivo de suas operações e não podem ser utilizados para fins particulares.

É responsabilidade do colaborador zelar pelo bom uso e conservação do patrimônio da Unidade de Saúde colocado sob sua guarda.

Os patrimônios da Unidade de Saúde como: equipamentos e materiais de escritórios que necessitem de troca ou mudança de setor devem ser comunicados, previamente, ao setor de patrimônio para seu devido controle. Toda solicitação deve ser encaminhada ao patrimônio pelo responsável imediato de cada setor/departamento.

Utilização do Telefone da Empresa

É vedada a utilização de telefone da empresa para assuntos particulares sem prévia autorização do superior imediato.

Comercialização de Produtos

É vedada a prática de qualquer tipo de comércio dentro das dependências da Unidade de Saúde.

O Instituto GNOSIS não admite o recebimento de vendedores e cobradores dentro das dependências da Unidade de Saúde durante o horário de trabalho.

Manifestação, Divulgação e Promoção Pessoal

98

909826

Qualquer tipo de manifestação, divulgação ou promoção pessoal do colaborador não deve ser associada à sua atuação e/ou vínculo empregatício com o Instituto GNOSIS, como eventuais entrevistas à imprensa sobre temas não relacionados ao ambiente de negócios da empresa.

Manifestações Políticas

Nenhuma manifestação política poderá ser realizada pelo colaborador, corpo clínico ou prestadores de serviços em nome do Instituto GNOSIS ou de suas marcas nas dependências da Unidade de Saúde.

Os recursos, espaço e imagem da Unidade de Saúde não podem ser usados para atender a interesses políticos pessoais ou partidários.

Prêmios, Brindes e Presentes Recebidos

Os objetos recebidos a título de prêmio, presentes e brindes que representem, direta ou indiretamente, distinção ou homenagem ao Instituto GNOSIS devem ser encaminhados à Diretoria, a quem compete seu cadastramento e destinação.

O Instituto GNOSIS veta aos seus colaboradores qualquer prática de cessão de prêmios, brindes e presentes aos seus clientes e fornecedores com o objetivo de incentivar a realização de um contrato comercial. Deverão ser utilizados apenas aqueles itens que integram a estratégia estabelecida pela Administração.

Responsabilidades na Aplicação deste Código de Conduta

As lideranças do Instituto GNOSIS são responsáveis por comunicar e enfatizar às suas equipes a importância quanto ao cumprimento deste código.

Todos os colaboradores devem cumprir as orientações de conduta, aqui estabelecidas, no desenvolvimento de suas atividades profissionais. O Instituto GNOSIS considerando qualquer descumprimento ao estabelecido neste documento e a ação disciplinar, resultado do descumprimento deste, poderá variar desde uma advertência verbal até a rescisão imediata do Contrato de Trabalho.

Qualquer atitude que entre em confronto direto aos Valores Institucionais será considerada falta grave; passível de punições.

Atendimento a Clientes Individuais

Confidencialidade

99

000829

INSTITUTO GNOSIS

Todas as informações sobre clientes, especialmente aqueles referentes a resultados de exames, prontuários, laudos e/ou procedimentos, devem ser mantidas em sigilo. Essas informações devem ser armazenadas, valendo-se de protocolo de segurança, e serem tornadas disponíveis apenas aos colaboradores em razão de suas atividades profissionais, não devendo, em hipótese alguma, ser reveladas ou divulgadas a terceiros, sob risco de pena legal prevista na legislação vigente.

Procedimento de Atendimento

Não é permitida aos colaboradores qualquer atitude discriminatória em relação aos clientes internos e externos.

Relação com Clientes e Fornecedores

O instituto GNOSIS visa a um alto grau de satisfação dos clientes, buscando a excelência no atendimento e valorizando relacionamentos duradouros.

Procedimento de Atendimento

Não é permitida aos colaboradores qualquer atitude discriminatória em relação aos clientes internos e externos.

Do Procedimento de Apuração e Julgamento das Infrações

Compete à Gestão de Pessoas evidenciar o ato de indisciplina, principalmente no que remete aos Valores Institucionais. A gestão de pessoas deverá encaminhar ao Comitê Estratégico sob a coordenação/ responsabilidade do Diretor Geral.

O Comitê Estratégico será responsável pelo julgamento e encaminhamento da decisão para aplicação de eventual punição nos casos de infração administrativa.

Se necessário antes do julgamento, o Diretor Geral designará uma comissão para análise dos fatos, encaminhando para o Comitê Estratégico as considerações.

Se o colaborador acreditar que, por alguma razão, foi infringido algum princípio, deverá informar imediatamente por escrito ao Departamento Gestão de Pessoas.

Todas as decisões tomadas devem sempre levar em consideração uma avaliação ética e técnica bem como os impactos causados para todos os públicos envolvidos.

100

960330

INSTITUTO GNOSIS

Toda denúncia ou descumprimento recebidos pelo Pronto Socorro serão tratados com confidencialidade.

Você assinou o "Termo de Compromisso" no qual declaro ter recebido o manual de Código de Conduta do Instituto GNOSIS, com a oportunidade de lê-lo e entendê-lo.

----------RECORTAR----------

Termo de Compromisso

Declaro ter recebido o Manual do Código de Conduta do Instituto GNOSIS, com a oportunidade de lê-lo e entendê-lo.

Nome do Colaborador:

Matrícula:

Cargo:

Admissão:

Data:

Assinatura do Colaborador

7. PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Engajar os funcionários é o principal desafio das organizações. Os profissionais de RH e os gestores devem sempre buscar formas de manter um bom clima organizacional, com os profissionais motivados, alinhados com os valores da empresa e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.

A melhor forma de fazer isso, claro, é ouvindo os próprios funcionários constantemente. Isso deve ser feito através de pesquisas de clima organizacional. O Objetivo da pesquisa de clima organizacional é medir o nível de satisfação dos funcionários com relação aos diferentes aspectos do ambiente da empresa e a maneira como os colaboradores interagem uns com os outros.

Medir a satisfação é extremamente importante, seja a satisfação dos clientes ou dos próprios funcionários. A satisfação da equipe reflete no clima organizacional. Tanto os gestores quanto a equipe

101

000331

INSTITUTO GNOSIS

de Recursos Humanos devem sempre trabalhar para manter os profissionais motivados, alinhados com os valores da empresa e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo. O melhor jeito de fazer isso é ouvir os próprios colaboradores com frequência, através de pesquisas de clima organizacional.

Para o sucesso na pesquisa:

1. Incentive o a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos funcionários e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um email com o link da pesquisa, deve ser explicado quais são os objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

2. Garantia de confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, é necessário deixar claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. A ferramenta de fato não deve permitir a visualização individual de cada resposta para garantia da confidencialidade dos colaboradores.

3. Não obrigar a participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixar claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

4. Divulgar os resultados

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgar os resultados para toda a empresa faz muita diferença.

5. Planejar ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, é importante planejar ações, propor mudanças e melhorias e estabelecer metas. Os funcionários precisam perceber que as opiniões dele foram levadas em consideração e que as sugestões foram ouvidas.

6. Refazer a pesquisa periodicamente

102

060832

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time.

7. Envolver a diretoria

É importante manter os diretores cientes e envolvidos nas pesquisas de clima, para que eles não sejam pegos de surpresa com nenhum resultado negativo ou ação proposta. Isso também serve para que eles saibam que a empresa está preocupada com a valorização do ambiente de trabalho e dos funcionários. Além disso, sempre que for pertinente, é importante que eles também respondam às pesquisas.

7.1. Modelo de questionário de pesquisa de clima organizacional

FICHA DE INSTRUÇÕES

A proposta deste questionário é conhecer as pessoas que trabalham na empresa, analisar suas necessidades e insatisfações, e tornar a organização um melhor lugar para se trabalhar.

A pesquisa de clima organizacional será avaliada através de dois cadernos de questionário. O primeiro investigará os fatores extra- trabalho, o segundo investigará os fatores internos da empresa.

Abaixo, algumas orientações:

Fique a vontade para responder o questionário, seja o mais verdadeiro possível.

A participação na pesquisa é voluntária, contudo, a sua participação é importante.

Considerando a importância do sigilo, você não deve registrar seu nome nos cadernos.

Leia com atenção as perguntas e marque um X para cada resposta.

Caso a pergunta não corresponda com sua realidade de trabalho, deixe a resposta em branco, ou marque "não tenho opinião".

CADERNO 1

FATORES EXTRA-TRABALHO

INSTITUTO GNOSIS

NECESSIDADES BÁSICAS

1. Minha maior preocupação é com:

( ) Alimentação

( ) Segurança

( ) Saúde

( ) Aceitação social

( ) Realização pessoal

SAÚDE

1. Considerando sua condição de saúde, como você avalia:

Seu estado físico:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

- Seu estado mental:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

- Seu estado emocional

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

SITUAÇÃO FINANCEIRA

- Assinale qual o seu grau de satisfação financeira em relação as questões abaixo, baseando-se em uma escala que varia de 1 a 10.

Moradia

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Carro/transporte

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Padrão de vida

104

000334

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Situação financeira

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Patrimônio

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Alimentação

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

Educação

( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

CONVIVÊNCIA FAMILIAR

- O relacionamento com meu cônjuge é:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

- O relacionamento com meus filhos é:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

- Você dispõe atenção suficiente para sua família?

( ) não ( ) mais ou menos ( ) sim

VIDA SOCIAL

- Como você avalia:

Seu nível social:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

Seu convívio social:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

105

000335

INSTITUTO GNOSIS

Seu nível cultural:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Péssimo

FÉRIAS E LAZER

- Estou satisfeito com as minhas últimas férias.

( ) não ( ) mais ou menos ( ) sim

- Estou planejando para que as minhas próximas férias sejam muito boas.

( ) não ( ) mais ou menos ( ) sim

PARTE 2

ANALISE DOS FATORES INTERNOS

AUTONOMIA

- Você tem liberdade para fazer o seu trabalho da forma como considera melhor?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- A Organização exige um procedimento rígido para execução das atividades pertinentes as suas funções?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Você que organiza sua rotina de trabalho para melhor aproveitamento de suas atividades?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Você toma decisões pela empresa?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

RESPONSABILIDADE

- Até que ponto você cumpre as responsabilidades que são destinedas à sua função?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Você considera que é sua responsabilidade contribuir para o sucesso da empresa?

106

000836

( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho opinião

- Você desempenha seu trabalho buscando obter resultados melhores do que aqueles esperados pela empresa?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Você se considera comprometido com suas atividades?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

- Você está satisfeito com o seu cargo?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- O seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

QUANTIDADE E QUALIDADE DE TRABALHO

- Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- A qualidade do trabalho é considerada mais importante do que a sua quantidade?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Você acha que o seu trabalho realizado atualmente poderia ser melhorado?

Muito pouco			Mais ou menos				Muito		
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5	( )6	( )7	( )8	( )9	( )10

COMUNICAÇÃO

- Como a direção da empresa se comunica com seus funcionários?

( ) Adequadamente ( ) Razoavelmente ( ) Inadequadamente

- Os funcionários sentem-se seguros em dizer o que pensam?

107

000337

INSTITUTO GNOSIS

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- A empresa é aberta a receber e reconhecer as críticas, opiniões e contribuições de seus funcionários?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- As orientações que você recebe sobre o seu trabalho são claras e objetivas?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

REMUNERAÇÃO

- Você está satisfeito com o seu salário atual?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- Você considera a sua remuneração adequada ao trabalho que você faz?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- Você acha que a empresa remunera adequadamente os funcionários?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

CARREIRA

- Você acredita na oportunidade de crescimento em sua carreira?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- Você se sente apto para assumir maiores ou mais responsabilidades?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- Você gostaria de trabalhar em outro departamento da empresa?

( ) Sim ( ) Não

- A empresa oferece oportunidades para o seu desenvolvimento e crescimento profissional?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

RELACIONAMENTOS COM A CHEFIA

108

000838

- Você se sente respeitado pelo seu chefe/gestor/gerente?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nueca ( ) Não tenho opinião

- Você respeita seu chefe/gestor/gerente?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Você considera seu chefe/gestor/gerente um bom profissional?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- O seu chefe/gestor/gerente é receptivo às sugestões de mudança?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

- Existe um relacionamento de cooperação entre os departamentos da empresa?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho opinião

- Como você considera o relacionamento entre os funcionários da empresa?

( ) Adequado ( ) Razoável ( ) Inadequado

VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

- Você se sente valorizado pela empresa?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- Você considera que o seu potencial de realização profissional tem sido adequadamente aproveitado?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- A empresa reconhece os bons funcionários?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

TREINAMENTO/DESENVOLVIMENTO

- Você recebeu o devido treinamento para a execução de seu cargo?

109

000339

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- A empresa investe em treinamentos necessários para o desenvolvimento profissional e pessoal de seus funcionários?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- O treinamento que você recebe o capacita a fazer bem o seu trabalho?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- A empresa investe em treinamento/desenvolvimento para que você tenha um aprendizado contínuo?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

ESTABILIDADE NO EMPREGO

- Você se sente seguro em relação à estabilidade de seu emprego?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

- Os funcionários da empresa sentem-se seguros quanto à estabilidade no emprego?

( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos

CONDIÇÕES FÍSICAS DE TRABALHO

- As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias?

Temperatura ( ) Sim ( ) Não

Espaço ( ) Sim ( ) Não

Mobiliário ( ) Sim ( ) Não

Higiene ( ) Sim ( ) Não

Instalações sanitárias ( ) Sim ( ) Não

IMAGEM DA EMPRESA

- Considera a empresa um bom lugar para trabalhar?

110

000840

( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho opinião

- Você indicaria um amigo para trabalhar na sua empresa?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho opinião

- Você considera a empresa ética com seus funcionários/clientes/ parceiros?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- Os gestores da empresa dão bons exemplos aos seus funcionários?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

TRABALHO EM EQUIPE

- Os assuntos importantes são debatidos em equipe?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

- A empresa estimula o trabalho em equipe?

( ) Sempre ( ) Quase sempre ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não tenho opinião

FATORES MOTIVACIONAIS/FATORES DESMOTIVADORES

- Indique três principais fatores que geram mais insatisfação no seu trabalho.

Coloque número 1 no fator que gera mais insatisfação, número 2 no segundo maior fator de insatisfação e o número 3 para o terceiro maior fator de insatisfação.

( ) Falta de reconhecimento

( ) Falta de segurança no emprego

( ) Impossibilidade de crescimento profissional

( ) Falta de autonomia

( ) Ambiente de trabalho ruim

( ) O trabalho que realizo

( ) Relacionamento com a chefia

111

000341

( ) Falta de treinamento

( ) Sobrecarga de trabalho

( ) Instalações inadequadas (banheiros, vestiários etc.)

( ) Salário

( ) Outros:_____

- Indique as duas principais razões pelas quais você trabalha na empresa.

Coloque número 1 na principal e número 2 na segunda mais importante.

( ) Salário

( ) Benefícios oferecidos pela empresa

( ) Estabilidade no emprego

( ) Relacionamento com a chefia

( ) O trabalho que realizo

( ) A falta de opção de outro emprego

( ) Ambiente de trabalho

( ) Prestígio da empresa

( ) Autonomia no trabalho

( ) Possibilidade de treinamento

( ) Reconhecimento

( ) As chances de progresso profissional

FATORES MOTIVACIONAIS/FATORES DESMOTIVADORES

- Indique três principais fatores que geram mais insatisfação no seu trabalho.

Coloque número 1 no fator que gera mais insatisfação, número 2 no segundo maior fator de

112

000842

insatisfação e o número três para o terceiro maior fator de insatisfação.

( ) Falta de reconhecimento

( ) Falta de segurança no emprego

( ) Impossibilidade de crescimento profissional

( ) Falta de autonomia

( ) Ambiente de trabalho ruim

( ) O trabalho que realizo

( ) Relacionamento com a chefia

( ) Falta de treinamento

( ) Sobrecarga de trabalho

( ) Instalações inadequadas (banheiros, vestiários etc.)

( ) Salário

( ) Outros:_____

- Que sugestões você daria para tornar a empresa um lugar melhor para se trabalhar?

_____

7.2. DEFINIÇÃO DO USO DAS INFORMAÇÕES DA PESQUISA

A partir da realização das pesquisas de Clima Organizacional, é necessário consolidar os resultados dessas pesquisas e, em especial, fazer análise aprofundada com a identificação das causas pelos resultados negativos.

A partir dessa identificação, devem ser definidas as ações corretivas e preventivas para sanar os problemas identificados, como também identificar os responsáveis pela execução das ações corretivas. Assim, para cada pesquisa de Clima Organizacional, será gerado um produto, que consolida os resultados da mesma, a definição do Plano de Ação com as ações imediatas de curto prazo.

113

900843

o plano de ação deve ser preenchido e deve conter:

• Ações de combate às causas definidas (o que/ como);

• Quem e onde serão realizadas (quem/ onde);

• Prazo de realização (quando).

8. SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO.

Absenteísmo é um fator que existe desde a formação das empresas, difícil de ser tratado, pois muitas vezes o funcionário tem hábito de faltar e não apresentar justificativa compatível. Com uma missão continua, a área de Recursos Humanos deve avaliar este processo procurando estratégias, a fim de intervir neste quadro que oscila diariamente.

Visto que certas atividades têm alto grau de valor no serviço, a ausência do colaborador pode causar impactos na organização, quando identificado a necessidade deste profissional estar presente no trabalho, pois cada pequena redução nesse índice pode trazer transtornos à organização do trabalho (CHIAVENATO, 2000).

O Absenteísmo então se dá pelas ausências do colaborador, podem ser por faltas injustificadas, justificadas, atrasos, férias, afastamentos.

A maioria das ausências são justificadas por atestados médicos, o que não significa que todas as ausências sejam sempre decorrentes de causas médicas (OTERO,1993), mas as causas que não se justificam, qual medida é tomada focando em faltas injustificadas se não há nenhum controle do absenteísmo?

Baseando-se na CLT, percebe-se que o Art. 482 da CLT trata da rescisão contratual por Justa Causa, justificando-se nas suas Alíneas mostrando rigor em processos onde, o autor da falta grave é responsabilizado conforme este Artigo. Visto que quando há faltas leves, no caso, faltas injustificadas, atrasos e saídas antecipadas, é possível advertir o colaborador pelo ocorrido e registrar documentos, onde num futuro não muito distante possivelmente acarreta-se a outro nível de sanção(suspensões e até mesmo desligamento).

Identificado o absenteísmo e suas características, pode-se dizer que este processo tem a possibilidade de diminuir o seu ritmo, bastando apenas aplicar o conceito aos colaboradores, dando-lhes feedback,

reconhecimento de equipe, bonificação por assiduidade, como prioridade para escolha de férias, como também gestão em ações disciplinares.

Através desse projeto, podemos sugerir um controle mais eficaz de absenteísmo, traçar métodos para aumentar a assiduidade dos funcionários, realizar medidas disciplinares para manter um padrão, determinar regras e procedimentos a cumprir, responsabilizando e advertindo os contraventores.

Devido ao impacto que pode causar por uma redução inesperada do quadro de colaboradores, a assiduidade se torna um fator indispensável em toda e qualquer tipo de empresa.

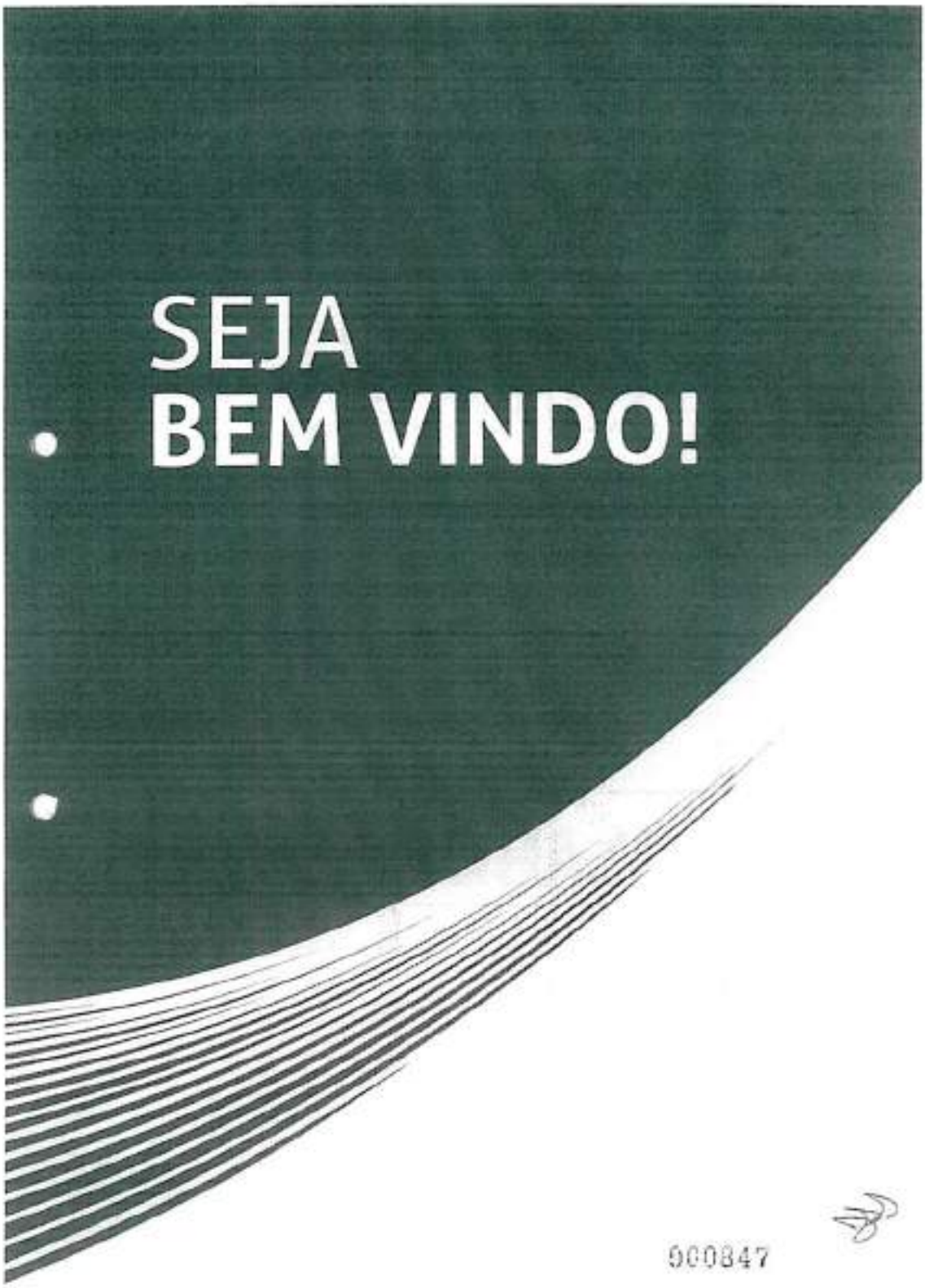
Visto que as faltas são consideradas como problemas nas organizações, o absenteísmo deve ser controlado através de ferramentas nas quais são abordadas as questões legais, para agregar compromisso dos colaboradores com as presenças no dia-a-dia do trabalho.

Objetivando promover a assiduidade, a necessidade de bonificar funcionários e advertir por procedimento impróprio, tem o conceito de estímulo para que os índices de faltas diminuam, garantindo a presença do colaborador, baixando o acúmulo de tarefas, fadiga, estresse emocional e o bom fluxo das atividades diárias no trabalho.

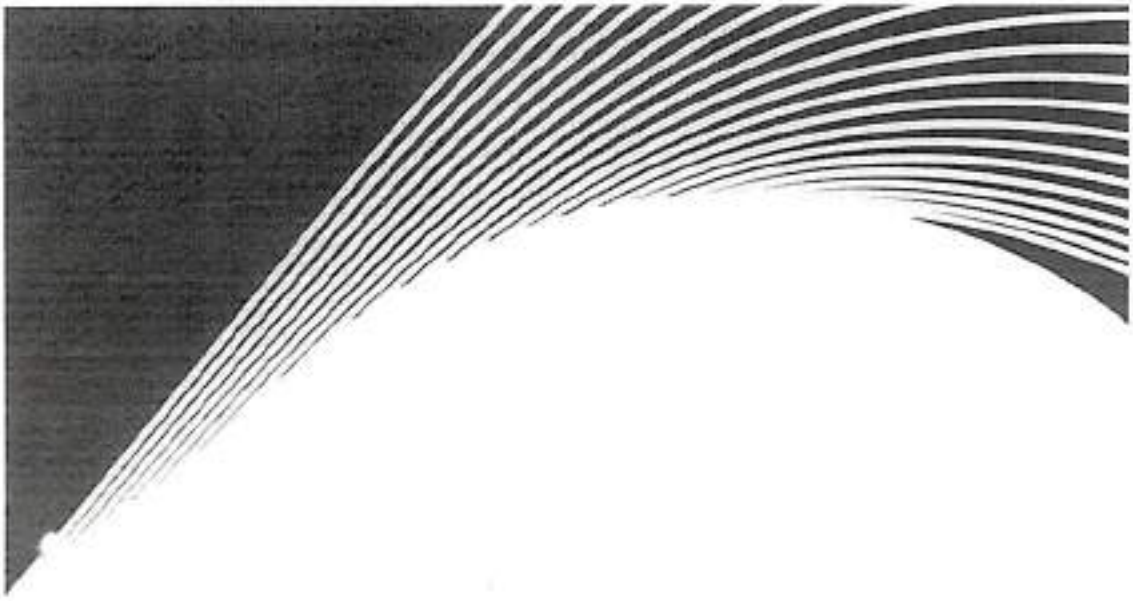
INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da saúde

MANUAL DO COLABORADOR



000847





Agora *VOCÊ* faz parte da família Instituto Gnosis. É muito importante que *VOCÊ* conheça a nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós. Seja bem-vindo à nossa organização.

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e precisamos de todos os colaboradores do Instituto Gnosis trabalhando em equipe, com coleguismo, parceria e profissionalismo para conseguirmos atingir nossos objetivos.

Esperamos que você vista nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa Instituição. Estamos em busca de pessoas vencedoras, criativas, inovadores e humanas e não mediremos esforços para ajudá-lo a ser uma delas.

3

060348

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA

Dispõe sobre os princípios ético-morais aplicáveis ao ambiente de trabalho dos profissionais do Instituto Gnosis.

Art. 1º. O presente Código de Ética e Conduta tem por objetivo oferecer uma breve compreensão sobre as condutas éticas que orientam o compromisso do Instituto Gnosis com a retidão dos objetivos da organização social no âmbito da área da saúde. Tais condutas precisam estar presentes no exercício diário das atividades dos colaboradores, que devem agir de acordo com as leis, normas, regulamentações, políticas e procedimentos internos.

Art. 2º. As relações no ambiente de trabalho devem ser pautadas pela cortesia, confiança, respeito, honestidade, ética e imparcialidade no relacionamento interpessoal entre todos os colaboradores, sejam internos ou externos, independente de posição hierárquica, a fim de contribuir para a manutenção do respeito humano e profissional dentro do ambiente de trabalho, bem como com a reputação e os interesses da organização social.

Art.3º. Devem ser considerados, além dos objetivos apresentados, algumas regras de conduta e deveres a serem observadas pelos colaboradores desta organização social, as quais pautam-se na dignidade, no decoro, no zelo, na consciência dos princípios morais, devendo ser considerados primados básicos norteadores da trajetória profissional dos colaboradores desta organização.

Art.4º. Todos os colaboradores são responsáveis pelas informações contidas nos registros e documentações que dão sustentação a todas as atividades da organização social. Devem, portanto, assegurar a correção, o armazenamento, o sigilo, a adequação dos dados e das informações, bem como manter toda a documentação de acordo com os procedimentos estabelecidos e as exigências legais e/ou fiscais.

Art.5º. Algumas atitudes consideradas não profissionais, eticamente condenáveis e contrárias ao interesse público, bem como do Instituto Gnosis, podem ser exemplificadas a seguir:

I. Assédios moral ou sexual;

II. Tratamento desrespeitoso, descortês, ameaçador ou discriminatório para com qualquer pessoa, independentemente de nível hierárquico, cargo ou função;

III. Discriminação em virtude de origem social, raça, cor, gênero, idade, religião, característica física ou orientação sexual;

IV. Utilizar, para fins particulares ou repassar a terceiros, informações de propriedade da Organização Social, de natureza profissional, constituindo assim sigilo profissional, as quais possam de qualquer forma comprometer a imagem do Instituto;

V. Não propagar informações sem comprovação (boatos), as quais devem ser dirimidas diretamente com o responsável da área;

VI. Manifestar-se em nome da Organização Social, inclusive em redes sociais, blogs ou qualquer outro tipo de veículo ou mídia, sem a devida autorização prévia;

VII. Desenvolver atividades externas que concorram com os objetivos do Instituto;



VIII. Utilizar sistemas e recursos da Organização Social para exercer atividades que não sejam as profissionais específicas, estabelecidas para o colaborador, ou ainda, para propagação ou divulgação de boatos, pornografia, piadas, jogos ou propagendas político-partidárias;

IX. Trabalhar sob efeito de álcool ou de drogas ilegais;

X. Atos que possam causar danos ao patrimônio do Instituto.

Art. 6º. Caso o colaborador incorra em algum tipo de conduta passível de penalidade, cabe ao Coordenador da respectiva área, a aplicação, imediata, da penalidade prevista no Manual de Gestão de Pessoas.

Parágrafo Único. No entanto, o Coordenador que possuir qualquer dúvida sobre a viabilidade da aplicação de quaisquer penalidades, deverá, imediatamente, comunicar a Diretoria de Recursos Humanos, bem como o Departamento Jurídico.

Art. 7º. O relacionamento do Instituto Gnosis com o público externo, sendo este considerado, parceiros ou fornecedores, pacientes de um modo geral, deve ser focado no respeito, na cortesia e na eficiência, fornecendo informações claras e precisas, bem como prestando serviço eficiente e adequado.

Art. 8º. Não obstante o zelo e a primazia no atendimento do público externo, à Organização Social ainda tem como princípio trabalhar com parceiros e fornecedores idôneos; adota práticas éticas e legais na seleção, negociação e administração de todas as atividades comerciais, tratando com respeito todos os fornecedores e parceiros de negócio, sem privilégios, favorecimento ou discriminação de qualquer natureza. Não olvidando-se de que todos os fornecedores devem pautar seu comportamento pelos ditames expressos neste Código de Ética e Conduta.

Art.9º. No que diz respeito ao relacionamento que a Organização Social mantiver com parceiros quando estes forem agentes da Administração Pública, o Instituto Gnosis basear-se-á na ética e na transparência de suas ações. Parágrafo Único. Sob nenhuma hipótese, os colaboradores da Organização Social, poderão oferecer quaisquer vantagens indevidas àqueles agentes públicos, sob pena da organização social ser seriamente prejudicada e estar sujeita, assim como o colaborador envolvido em tal prática, as sanções, seja de cunho administrativo, seja de judicial, a depender da falta a ser apurada.

Art.10º. O comprometimento de todos os colaboradores é fundamental para que o Código de Ética e Conduta seja um instrumento efetivo e de orientação de conduta em nome da Organização Social, destacando que todos são responsáveis por sua aplicação no cotidiano profissional.

5

000850

DIREITOS E BENEFÍCIOS



Salário

O pagamento do salário ocorre entre o 1º e 5º dia útil de cada mês. *Art 459 CLT*

Créditos dos salários

Todo pagamento é realizado através de credito em conta informada no ato de admissão ou quando o funcionário não possui conta, é feito encaminhamento pela empresa à agência em que mantém relacionamento.

Décimo terceiro salário

O 13º Salário foi instituído pela *Lei 4.090/62* e regulamento pelo *Decreto 57.155/65*, os quais estabelecem que todo trabalhador tem direito ao recebimento de um salário extra, pago proporcionalmente ao número de meses trabalhados no ano. A legislação estabelece que o 13º salário deve ser pago em duas parcelas, nos seguintes prazos:

1ª parcela ou adiantamento: até 30 de novembro de cada ano ou, por ocasião das férias quando solicitado e liberado pela empresa, a partir de 01 de fevereiro a 30 de setembro de cada ano.

2ª parcela ou quitação: até 20 de dezembro de cada ano.

Salário Família

O salário família é devido a todo funcionário que possuam filhos menores de 14 anos de idade ou maiores inválidos. Para recebê-lo é necessário que se apresente alguns documentos (certidão de nascimento, cartão de vacina e declaração escolar). Veja junto ao Setor de Pessoal. Este direito é apenas para aqueles que o total da remuneração mensal não ultrapasse o teto fixado pelo INSS.

Auxílio creche

Os empregados serão mensalmente reembolsados em até 10%(dez por cento) do piso da categoria por cada filho em creche e/ou sistema regular de ensino até que completem 6 (seis) anos de idade, mediante a apresentação mensal do comprovante de pagamento.

Pensão alimentícia

É descontado do pagamento um valor variável, conforme determinação judicial, através de ofício expedido pelo juiz, para pagamento até o 5º dia útil.

Férias

O funcionário passa a ter direito ao gozo de férias, a partir de 12 (doze) meses completos de trabalho (período aquisitivo). A instituição pode equacionar a saída dos funcionários de acordo com a necessidade, respeitando o limite da programação estabelecida na política institucional e em comum acordo com o supervisor /líder/gestor/coordenador. No seu período de férias o funcionário recebe um adicional correspondente a um percentual de 1/3 do seu salário, esse valor é pago 2 dias antes do início de férias.

O funcionário perderá o direito às férias nas seguintes situações:

Licença não remunerada pela empresa, por mais de trinta dias;

Afastamento por auxílio doença ou acidente de trabalho superior a 6 meses mesmo que descontínuos.

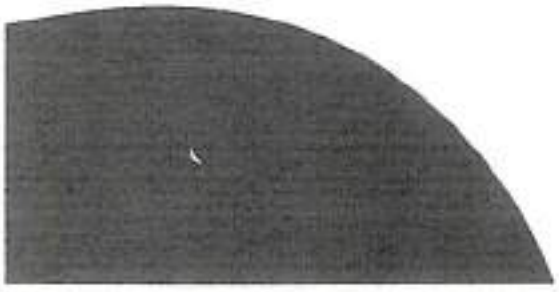
INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Em caso de faltas injustificadas no período aquisitivo, os dias de férias do empregado podem diminuir:

0 a 5 faltas — **30 dias** corridos de férias;
6 a 14 faltas — **24 dias** corridos de férias;
15 a 23 faltas — **18 dias** corridos de férias;
24 a 32 faltas — **12 dias** corridos de férias.

Uniforme e crachá

O uso do crachá de identificação é obrigatório para todos os empregados da Instituição, inclusive em viagens a trabalho. Para os empregados alocados em projetos fora da sede, o uniforme, torna-se também de uso obrigatório.



7

000852



Vale transporte

O Vale transporte é pago através do site da Fetranspor *(www.fetranspor.com.br)* mensalmente, e será creditado automaticamente no primeiro dia útil do mês, no valor correspondente ao seu deslocamento de casa para o serviço e do serviço para casa.

A instituição efetua desconto de 6% (seis por cento) do salário ou o valor do vale, o que for menor. *Lei 7.418/85*

Você deve firmar declaração de que utiliza o vale transporte exclusivamente para seu efetivo deslocamento residência/ trabalho e vice-versa, estando ciente de que a declaração falsa ou o uso indevido constituem falta grave, passível de punições na forma da lei.

Vale alimentação/ refeição

A instituição fornece o benefício de alimentação ou refeição, a modalidade fica a critério do funcionário. O vale é disponibilizado no mês vigente automaticamente no primeiro dia útil, no cartão fornecido pela operadora Sodexo (www.sodexo.com). Quando das férias o crédito do vale alimentação ou refeição ficará suspenso durante o período de gozo.

Os funcionários da Maternidade e CER não possuem esse benefício, pois possuem alimentação no local.

Em que situação o funcionário perde o direito ao vale transporte e refeição?

Ao colaborador afastado pelo INSS, ou licença maternidade.

IMPORTANTE

Quando da **perda/roubo** ou **danificação** dos cartões de vale transporte/ alimentação e refeição, o funcionário terá que solicitar por email ao setor de benefícios a segunda via dos mesmos. Nesse caso os funcionários terão **descontado** em seu contracheque o valor correspondente ao custo da 2a via do vale transporte — **R$26,60.**

8

000853

DESCONTOS **LEGAIS**

Provas escolares

Os empregados estudantes ficarão dispensados, 2 horas antes do seu horário de trabalho, sem prejuízo dos seus direitos e vantagens, desde que apresentem comunicação por escrito ao gerente, até 72 horas antes de cada prova.

Ausências Legais

- 4 dias consecutivos a contar da data do óbito em caso de falecimento de cônjuge, ascendente (pai e mãe), descendente (filhos).
- 4 dias consecutivos a contar da data do óbito em caso de falecimento de irmãos e avós;
- 1 dia a contar da data do óbito de sogro ou sogra;
- 3 dias consecutivos a contar do 1º dia útil após a celebração do casamento;
- 5 dias consecutivos a contar do nascimento do filho (licença paternidade);
- 1 dia em cada 12 meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;
- No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do serviço militar (alistamento, exames, médicos, etc...);
- Justiça do Trabalho seguirá o ofício;
- Nos dias em que estiver realizando provas de exame vestibular ou exame similar, para ingresso em estabelecimento superior
- Pelo tempo necessário, quando servir como testemunha em processo judicial, quando intimado;
- 2 dias para acompanhamento do pai em consultas médicas, exames complementares durante o período de gravidez da esposa ou companheira;
- 15 dias por ano para acompanhamento ao médico de filho menor (Obs: o benefício não é contado por filho);
- Licença Médica de até 15 dias;
- Qualquer falta justificada deverá ser comprovada com documento INSS

É descontado sobre o valor total da remuneração, ou seja, a soma de todos os créditos. O percentual é definido conforme tabela estipulada pelo INSS que sofre alteração anualmente. *(http://www.previdencia.gov.br)*

Imposto de Renda

É o desconto baseado na tabela fornecido pela Receita Federal. O calculo é feito a partir da remuneração bruta e a dedução do INSS, Dependentes e Pensão Alimentícia (se houver).

Contribuição sindical

É descontado de todos os funcionários uma vez no ano e equivale a 1 (um) dia de salário. o desconto é efetuado na folha de pagamento do mês de março, para os funcionários admitidos que ainda não tenham feito o desconto anual, esse valor será pago no mês subsequente à admissão.

9

500854

RESCISÃO CONTRATUAL

Quebra de Contrato

Todos os nossos contratos de experiência são divididos em duas etapas de 45 dias cada um. É possível rescindir o contrato de trabalho antes desses prazos, mas isso acarretará na quebra de contrato e consequentemente o pagamento da metade dos dias (tanto pela empresa quanto pelo colaborador) que faltam para o término de contrato — *Art. 479 CLT.*

Pedido de Demissão

O colaborador deverá comunicar ao gerente seu desejo de se desligar da instituição, após a comunicação o colaborador deverá comparecer no mesmo dia no RH da instituição e procurar o setor de rescisão que fará todo o processo de desligamento.

Termino de Contrato

Conforme falado anteriormente os nosses contratos são divididos em dois períodos de 45 dias cada um (período de experiência).

Ao final de cada período é possível dar término de contrato tanto pela empresa quanto pelo colaborador.

Basta que haja a comunicação ao RH e a gerência com um prazo de pelo menos 72h de antecedência para que possam ser feitos todos os cálculos da rescisão.

Na **demissão sem justa causa** com aviso prévio trabalhado, o empregado pode escolher entre:

Trabalhar 2 horas a menos por dia
ou
Folgar 7 dias corridos

VOCÊ SABIA?

Quando o empregado pedir demissão, só terá direito a sacar o FGTS se permanecer três anos ininterruptos fora do regime do FGTS, podendo o saque, neste caso, ser efetuado a partir do mês de aniversário do titular da conta.

Insalubre

O empregado que trabalha em ambiente insalubre possui direito ao adicional de insalubridade que pode ser de 10%, 20% ou 40%.

Demissão sem justa causa

Quais são os seus direitos?

- Aviso prévio
- Saldo de salário
- Indenização das férias integrais (não gozadas e propocionais, acrescidas de 1/3)
- 13º salário proporcional;
- Indenização compensatória de 40% dos depósitos do FGTS;
- Levantamento de saldo existente na conta vinculada do FGTS.

O empregado dispensado sem justa causa antes do término do contrato de experiência faz jus ao recebimento de indenização de 50% da remuneração que receberia até o final do contrato.

Contribuição Sindical

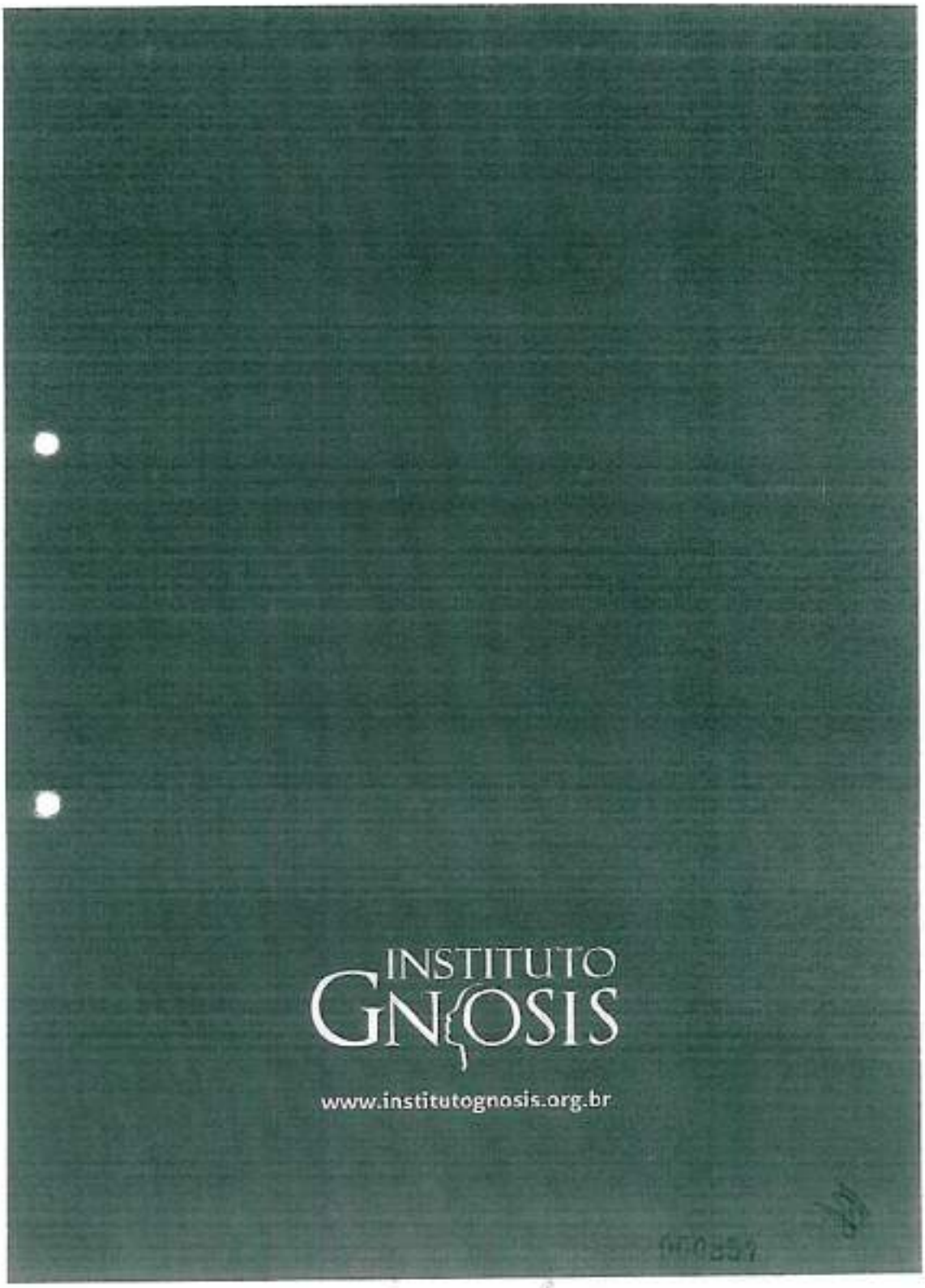
- É recolhida uma vez ao ano;
- O valor equivale a um dia de trabalho;
- O valor é relativo ao pagamento do mês de março;
- É descontada na folha de pagamento;
- O pagamento é obrigatório;
- Garante parte da sustentabilidade dos sindicatos.





11

900356


INSTITUTO
GNOSIS
www.institutognosis.org.br

INSTITUTO GNOSIS	MANUAL DO SESMT Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

MANUAL DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

000858

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

SUMÁRIO:

Orientações de Segurança 03
Fluxo de Comunicação Acidentes 04
Procedimento de Comunicação de Acidente do Trabalho 05
Formulário do RAT 06
EPI 10
Modelo de Ficha de EPI 11
Informações Básicas sobre Extintores de Incêndio 12
Descarte de Resíduos 14
Fluxo de Entrega de Atestado 15
Fluxo de Licença Matemidade 16
Protocolo de Licença Maternidade 17
Fluxo de Afastamento INSS 18
Encaminhamento para o INSS 19
Termo de ciência para afastados pelo INSS 20
Fluxo de Acidente Biológico 21

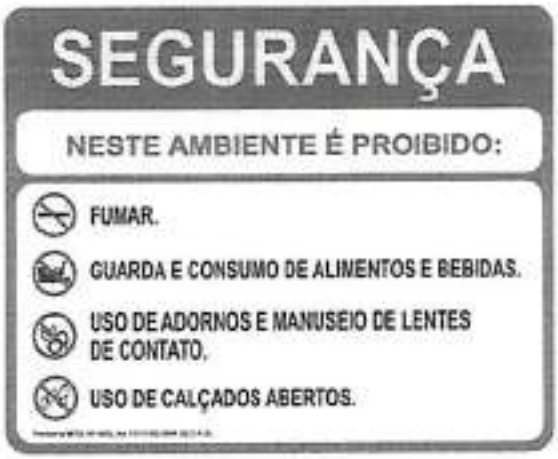
000359

ORIENTAÇÕES DE SEGURANÇA

Você Sabia?

A NR32 – Segurança em Ambiente Hospitalar determina que nos ambientes com possibilidade de exposição a riscos biológicos:

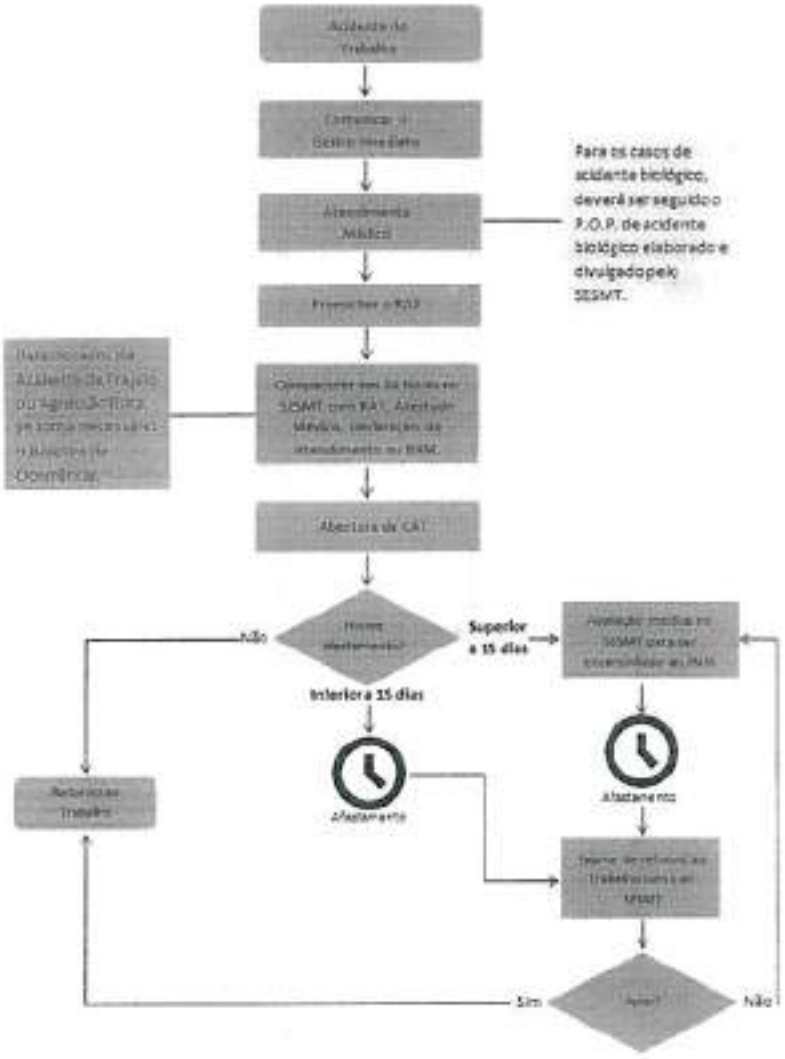
- É proibido o uso de adornos;
- É proibido o uso de calçados abertos;
- É proibida a guarda e consumo de alimentos em locais não projetados para este fim;
- É proibido fumar no ambiente hospitalar;
- É proibido deixar o ambiente hospitalar com vestimentas de segurança e equipamentos de proteção individual;
- É proibido o manuseio de lentes de contato nos ambientes com possibilidade de exposição a riscos biológicos.



900850

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

FLUXOGRAMA DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES



000861

SOFRI UM ACIDENTE DE TRABALHO, O QUE DEVO FAZER?

Procedimento de Comunicação de Acidente do Trabalho

Todo acidente de trabalho deve ser comunicado em no máximo 24 horas, e para que seja possível, é necessário seguir o seguinte procedimento:

1) Comunicar ao gestor imediato;
2) Procurar atendimento médico na própria unidade ou unidade de saúde mais próxima;
3) Preencher, datar e assinar, junto com o superior imediato, o RAT – Relatório de Acidente do trabalho;
4) Comparecer ao SESMT em no máximo 1(um) dia útil, para entrega do RAT e o Atestado Médico ou Boletim de Atendimento médico;

Obs.:

1- Quando não houver afastamento, solicitar declaração de comparecimento ou atendimento a unidade de saúde, com o nome e carimbo contendo o CRM do Médico, que realizou o primeiro atendimento do acidentado. Estes dados devem ser inseridos na RAT nos itens, 4.6 e 4.7;
2- Em caso de acidente do trabalho, deve-se solicitar o CID;
3- Quando houver agressão física por paciente, o funcionário deverá realizar o BO – Boletim de Ocorrência, na delegacia mais próxima e se necessário o corpo e delito. Para que seja anexado ao CAT;
4- Em caso de acidentes de trajeto, tratando-se de um acidente de trânsito, o funcionário deverá realizar o B.O – Boletim da Ocorrência;
5- Quando o funcionário acidentado estiver impossibilitado de se locomover, a comunicação e entrega de documentos deverá ser feita por gestor ou parente próximo.

Segue o contato do setor de Segurança do Trabalho:

segtraba@institutognosis.org.br

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO – RAT

1- Informações do Acidentado		
1.1 – Nome	1.2 -Matrícula	1.3 – Data de nascimento
1.4 -Nome da mãe	1.5 -Estado Civil	1.6 -Sexo
1.7 -Grau de instrução	1.8 -Remuneração	1.9 -PIS / PASEP / NIT
1.10 -Endereço	1.11 -Bairro	1.12 -CEP
1.13 – Estado	1.14 -Município	1.15 – Telefone
1.16 – Identidade	1.17 – Cargo do funcionário	
1.18 – Projeto	1.19 – Unidade	

2 – Informações do Acidente		
2.1 -Data do Acidente	2.2 -Hora do Acidente	2.3 -Horas trabalhadas
2.4 -Especificação do local (unidade, setor, via pública, endereço, rua, descrição detalhada)		
2.5 -Tipo: ( ) Tipico – (Acidente no trabalho) ( ) Doença – (Ocupacional) ( ) Trajeto	2.6 – Houve afastamento? Se sim quantos dias?	2.7 – Houve registro Policial? ( ) Não ( ) Sim – Nº do registro
2.8 – Município do acidente	2.9 – Parte lesionada	
2.10 – Agente causador	2.11 – Situação geradora	

2.12 – Testemunhas (quando houver)

Nome	Telefone	Endereço

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO – RAT

3 - Relato do acidente pelo profissional acidentado (em letra de forma de forma legível):		
4- Informações do atendimento médico		
4.1 -Local do atendimento médico	4.2 - Data	4.3 -Hora
4.4 -Com afastamento ( ) Quantos dias ? ( ) Sem afastamento ( )	4.5 -CID – (Classificação internacional de doenças)	
4.6-Nome do médico	4.7 -CRM (carimbo com assinatura)	
4.8 - Natureza da Lesão		
4.9- Observações:		

Rio de Janeiro, _____ de_____de_____.

_____ _____

Assinatura do Gerente Assinatura do Acidentado

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO – RAT

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	
1.1 - Nome	Nome do profissional acidentado.
1.2 - Matrícula	Matrícula do acidentado.
1.3 - Data de nascimento	Data de nascimento do profissional acidentado.
1.4- Nome da mãe do acidentado	Nome completo da mãe do profissional acidentado.
1.5 - Estado civil	Estado civil do profissional acidentado. Ex: Casado, Solteiro, Viúvo, etc.
1.6-Sexo	Sexo do profissional acidentado. Ex: Masculino ou Feminino.
1.7-Grau de instrução	Grau de escolaridade do profissional acidentado* Ex: ensino Superior, médio, primário, completo ou incompleto.
1.8 - Remuneração	Salário do profissional acidentado.
1.9 - PIS	Número do PIS do profissional acidentado.
1.10- Endereço	Endereço residencial do profissional acidentado.
1.11 - Bairro	Bairro onde reside o profissional acidentado.
1.12 - CEP	Código de endereçamento do funcionário acidentado.
1.13 - Estado	Estado onde o profissional acidentado reside.
1.14 - Município	Município onde o profissional acidentado reside.
1.15 - Telefone	Telefone de contato do profissional acidentado.
1.16 - Identidade	Número da identidade do funcionário.
1.17- C.B.O	Classificação Brasileira de Ocupação do profissional acidentado
1.18- CAP/ UPA / Projeto	Ex: 2.2 / CER / Maternidade / Sede
1.19- Nome da Unidade	Colocar o nome da unidade ex: CF ..... / CER / Maternidade....
2 - Informações do acidente	Informações relacionadas ao evento ocorrido.
2.1 - Data do acidente	Data que ocorreu o acidente.
2.2 - Hora do Acidente	Horário que ocorreu o acidente.
2.3 - Horas trabalhadas	Informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.
2.4 - Especificação do local	Informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente. Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE ACIDENTE DE TRABALHO – RAT

2.5 - Tipo	Informar tipo de acidente, 1 para típico, 2 para doença e 3 para trajeto.
2.6 - Houve afastamento	Informar se houve ou não afastamento do trabalho.
2.7- Houve registro Policial	Informar se houve ou não registro policial
2.8 - Município do acidente	Informar o nome do município onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.
2.9- Parte lesionada	Para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador.
2.10- Agente Causador	Agente que causou a lesão, isto é, material perfuro cortante, escada, veículo motorizado, calçada, etc.
2.11- Situação Geradora	Situação eu causou a lesão, isto é, queda de mesmo nível, ferimento por agulha, impacto sofrido, etc.
2.12 - Testemunhas	Nome, Função, Telefone e Assinatura de Testemunhas, quando houver.
3.0 - Relato do acidente	Relato de forma simples e objetivo realizado por parte do profissional acidentado.
4- Informações do Atendimento médico	Informações relacionadas ao atendimento recebido pelo profissional acidentado.
4.1 - Local de Atendimento	Local onde o profissional acidentado recebeu atendimento médico para tratar a lesão
4.2 - Data	Data do atendimento (deve ser realizado no mesmo dia do acidente)
4.3 - Hora	Horário do atendimento
4.4 - Com ou Sem afastamento	Com ou Sem Afastamento do trabalho, e quantos dias?
4.5 - CID-10	Classificação Internacional de Doenças. * O médico é obrigado a fornecer, se solicitado pelo paciente. RESOLUÇÃO CFM nº 1.819/2007 (Publicada no D.O.U. 22 maio 2007, Seção I, pg. 71)"
4.6 - Nome do médico	Nome do médico que atendeu o profissional acidentado.
4.7 - CRM	Número do CRM do médico que atendeu o profissional acidentado.
4.8 - Natureza da lesão	Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos.
4.9 - Observações	Citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas pré-existentes, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.

O QUE É EPI – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL?

É todo equipamento que tem por finalidade atenuar ou diminuir o impacto da exposição a riscos ocupacionais oriundos das atividades desenvolvidas pelo trabalhador.

Exemplos: Luvas de procedimento, máscaras respiratórias, óculos de proteção, e etc...

O EPI deve ser utilizado sempre que a atividade a ser desenvolvida pelo colaborador envolva exposição a riscos ocupacionais.

Exemplos: suturas, limpezas de ferimentos, curativos, e etc...



O QUE É FICHA DE EPI?

É um documento que possui a finalidade de comprovação e controle e entrega ou troca de EPIs na para os funcionários, atendendo a NR 6 (NR 6.6.1: alínea h).

QUANDO USAR?

As fichas de entrega de EPI devem ser utilizadas sempre que forem entregues ou trocados os equipamentos de proteção individual aos trabalhadores da empresa.

Esta ficha deve ser armazenada junto ao almoxarifado de forma individual.

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

MODELO DE FICHA DE EPI

NOME:		MATRÍCULA:	UNIDADE:
FUNÇÃO:	Resp. Entrega:		SETOR:

Declaro que recebi do Instituto Gnosis, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual abaixo relacionados e o treinamento quanto ao seu uso. Será de minha responsabilidade, utilizá-los apenas para a finalidade a que se destinarem, responsabilizar-me pela sua guarda e conservação, devolvê-los no setor competente da empresa quando se tornarem impróprios para o uso ou por motivo de desligamento e/ou afastamento, cumprir as determinações da Empresa sobre o uso adequado, conforme CLT. Art. 157, 158, nas Normas Regulamentadoras NR-1 item 1.8, NR-6 Itens 6.3 e 6.7, aprovadas pela Portaria 3214 de 08/06/197.

Data: ____/____/_____

_____

Assinatura do Coordenador

DATA ENTREGA	DESCRIÇÃO DO EPI	C. A.	DATA DEVOLUÇÃO	ASSINATURA

000888

907

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE PRINCIPIO DE INCÊNDIO

PRA QUE SERVEM OS EXTINTORES DE INCÊNDIO?

Destinam-se ao combate imediato e rápido de pequenos focos de incêndios, não devendo ser considerados como substitutos aos sistemas de extinção mais complexos, mas sim como equipamentos adicionais.

Recomendações

- Os extintores devem estar instalados em local visível e sinalizado;
- O extintor não deverá ser instalado em escadas, portas e rotas de fuga;
- Os locais onde estão instalados os extintores não devem ser obstruídos;
- O extintor deverá ser instalado na parede ou colocado em suportes de piso;
- O lacre não poderá estar rompido.

CLASSES DE INCÊNDIO, VOCÊ JÁ OUVIU FALAR?

Os incêndios são classificados de acordo com as características dos seus combustíveis. Somente com o conhecimento da natureza do material que está se queimando, pode-se descobrir o melhor método para uma extinção rápida e segura.

A - MADEIRA, PAPEL E ALGODÃO

B - LÍQUIDOS INFLAMÁVEIS

C - EQUIPAMENTOS ELETRICOS ENERGIZADOS

CONHECE OS AGENTES EXTINTORES?

Água Pressurizada - AP

- É o agente extintor indicado para incêndios de classe A;
- Age por resfriamento e/ou abafamento;
- Pode ser aplicado na forma de jato compacto, chuveiro e neblina. Para os dois primeiros casos, a ação é por resfriamento. Na forma de neblina, sua ação é de resfriamento e abafamento.



ATENÇÃO:

- Nunca use água em fogo das classes C e D.
- Nunca use jato direto na classe B.

Gás Carbônico (CO2)

- É o agente extintor indicado para incêndios da classe C, por não ser condutor de eletricidade;
- Age por abafamento, podendo ser também utilizado nas classes A, somente em seu início.



Pó Químico

- É o agente extintor indicado para combater incêndios da classe B;
- Age por abafamento, podendo ser também utilizados nas
- classes A e C, podendo nesta última danificar o equipamento.



Modelo de Identificação das Lixeiras





Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte, por meio de caixas coletoras.



O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes deve ser mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte.

Essa identificação deverá ser colocada em todas as lixeiras de acordo com o resíduo a ser descartado. Caso ainda não tenha, solicitar o modelo junto ao Setor da Segurança do Trabalho, através do e-mail: segtraba@institutognosis.org.br.

Fluxo de Entrega de Atestado

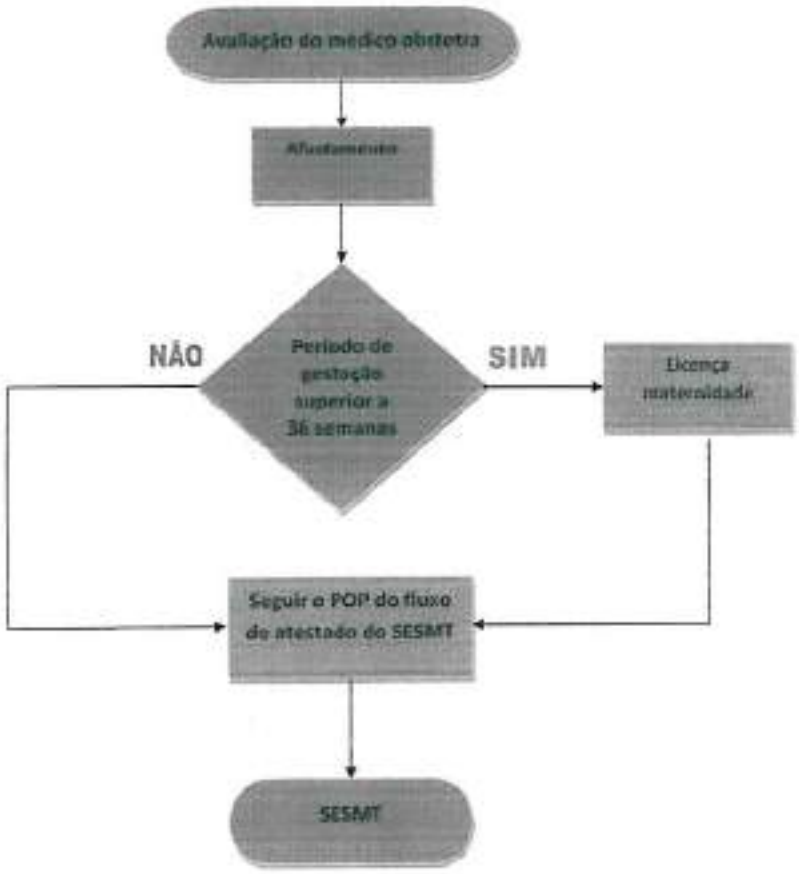


Observações:

- Não serão aceito os atestados fora do prazo de 72h.
- Sem endereço e nome da unidade de atendimento.
- Os atestados devem conter assinatura e carimbo do médico atendente sem rasuras.

000872

Fluxo de Licença Maternidade



OBS: O documento poderá ser entregue pela colaboradora ou por um portador designado pela própria, devidamente documentado.

000873

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

LICENÇA: Nº 001 /001

INSTITUTO GNOSIS	SESMT	SESMT

LICENÇA MATERNIDADE

Venho por meio deste, disponibilizar ao Setor do SESMT, a documentação abaixo para a concessão da Licença Matemidade da colaboradora:

Nome:_____ Matricula:_____

Função:_____

Setor:_____

DOCUMENTO APRESENTADO PARA COMPROVAÇÃO DA LICENÇA MATERNIDADE

( ) Certidão de Nascimento

( ) Atestado Médico

( ) Licença Adoção

OBS: A funcionária só poderá retornar as suas atividades elaborais após o Exame de Retorno ao Trabalho com a Médica da unidade.

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

Nome completo:_____

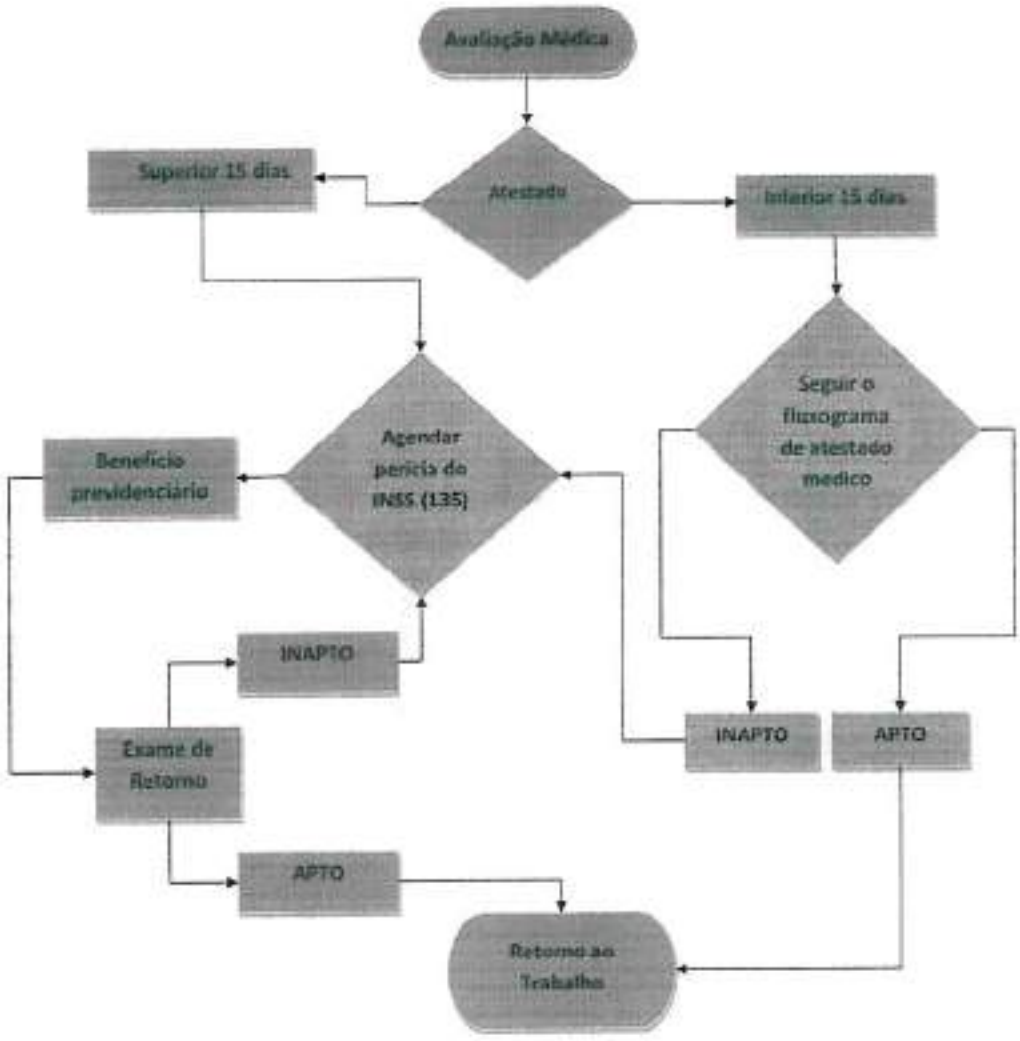
Grau parentesco:_____

Telefone para contato: (__)_____

INSTITUTO GNOSIS	MANUAL DO SESMT Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

Data da Entrega: ___/___/_____

Fluxo de Afastamento pelo INSS



INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

INSTITUTO GNOSIS	ENCAMINHAMENTO PARA O INSS	SESMT

_____, _____
(funcionário) (função),
_____encontra-se temporariamente impossibilitado de exercer suas atividades laborais a partir da presente data, devido a_____ (doença / CID), sem previsão de retorno.

_____ _____
Colaborador Liane de Souza Ferreira
Médico do trabalho
CRM 5234904-8

Rio de Janeiro, de de 201

INSTITUTO GNOSIS	ENCAMINHAMENTO PARA O INSS	SESMT

_____, _____
(funcionário) (função),
_____encontra-se temporariamente impossibilitado de exercer suas atividades laborais a partir da presente data, devido a_____ (doença / CID), sem previsão de retorno.

_____ _____
Colaborador Liane de Souza Ferreira
Médico do trabalho
CRM 5234904-8

Rio de Janeiro, de de 201

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

GNOSIS	TERMO DE CIENCIA DE AFASTAMENTO DO INSS	SESMT

Estou ciente das minhas responsabilidades durante o benefício previdenciário conforme as orientações estabelecidas pelo SESMT.

Recebi o documento de afastamento para benefício previdenciário com encaminhamento para o INSS, contendo a declaração do último dia trabalhado e orientações de informações pós-afastamento.

- Após comparecer à perícia do INSS receberei o comunicado da decisão em 2 (duas) vias, devendo uma das vias ser entregue no SESMT imediatamente pelo próprio colaborador, familiar responsável ou um portador devidamente autorizado e documentado.

- **Durante o benefício previdenciário o colaborador não poderá trabalhar em qualquer outra função regida pela CLT ou vínculo público, sob o risco de sofrer penalidades.**

- Caso não ocorra recuperação da saúde do colaborador em até dez dias antes do termino do benefício, o próprio deverá entrar em contato com o INSS, ligando para o 135 e solicitando a prorrogação do benefício previdenciário, informando imediatamente ao SESMT do pedido de prorrogação (PR).

- **O retorno ao trabalho será sempre no 1º dia após o termino do benefício, porém o colaborador só poderá retornar às suas atividades laborais após realização do exame de retorno ao trabalho na Medicina Ocupacional designado pela empresa.**

- Se o benefício previdenciário for prolongado deverá o colaborador a cada seis meses, mediante à convocação comparecer ao SESMT da empresa para reavaliação.

Obs.: SE O COLABORADOR NÃO FOR RECORRER DA DECISÃO DO INSS, O MESMO DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO COM O SESMT 3 DIAS ANTES DO TERMINO DO BENEFÍCIO PARA CONFIRMAR A DATA DO EXAME DE RETORNO COM A MEDICA DO TRABALHO

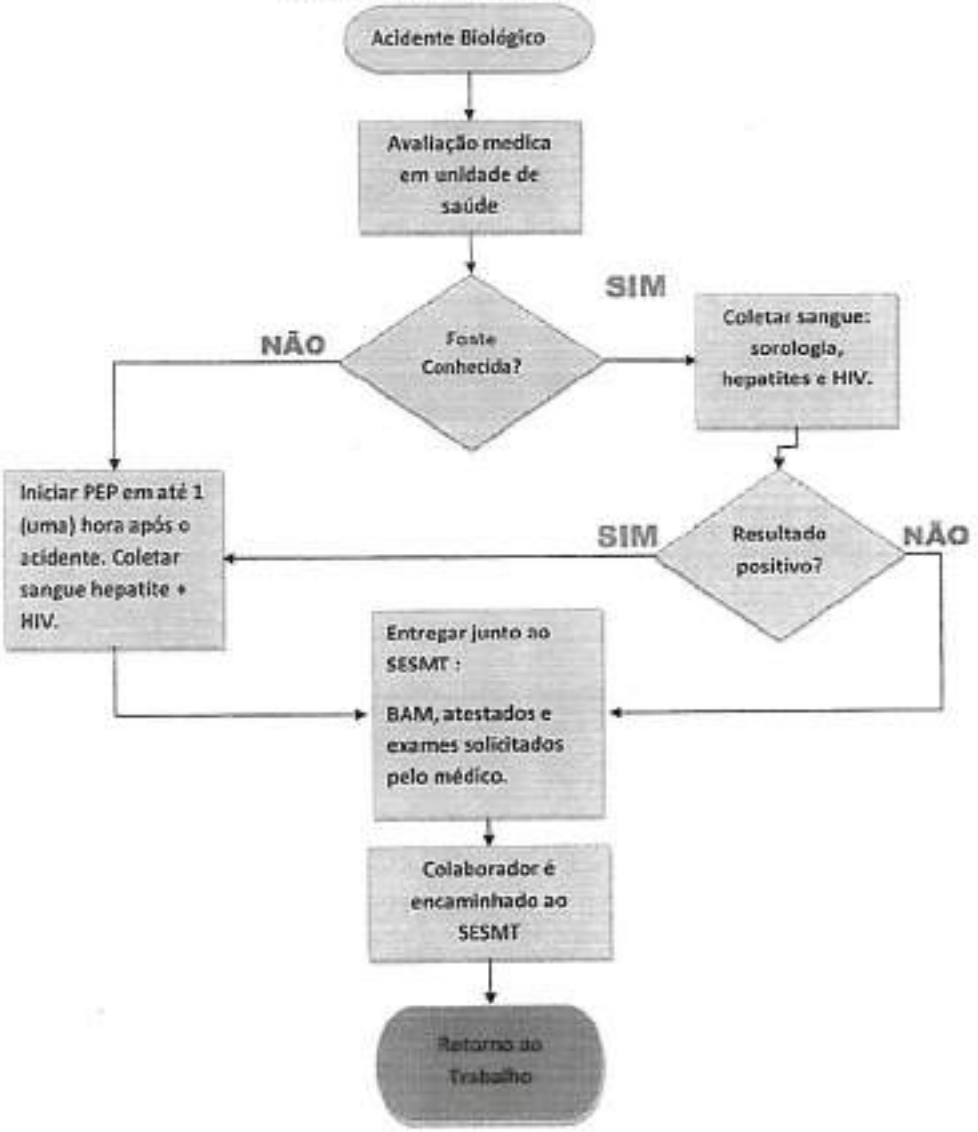
Tel: (21) 2232-3410 Ramal 240
SESMT Paloma Olivare
Horário de Funcionamento: 08h00min às 17h00min 2ª1 a 6ª1
E-mail: [illegible]

Assinatura do Colaborador

SESMT

Rio de Janeiro, de de 201

Fluxo de Acidente Biológico



000378

INSTITUTO GNOSIS	**MANUAL DO SESMT** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	SESMT

O objetivo do Manual do Segurança e Saúde do Trabalho é servir como um referencial para gerentes, supervisores e encarregados, assim como colaboradores em geral, na realização segura de suas tarefas com a atenuação e diminuição dos riscos ocupacionais, assim como prevenção de acidentes relacionados ao trabalho.

Elaborador por:

Técnicos em Segurança do Trabalho
Eduardo Medeiros – MTE 041.317- RJ
Bruno Chamarelli – MTE 026.102- RJ

Técnica em Enfermagem do Trabalho
Paloma Santos – COREN 639.245 - RJ

Médica do Trabalho e Coordenadora do SESMT
Drª Ione Ferreira – CRM 52.34904-8

Aprovado por:

Elaine Lima – Gerente de Gestão de Pessoas

Lucas Sartori – Gerente Administrativo

Lyz Miranda – Coordenadora CAP 2.2

Responsável Técnico:

Eduardo Medeiros
Técnico em Segurança do Trabalho

MTE 041.317- RJ

Bruno Chamarelli
Técnico em Segurança do Trabalho

MTE 026.102- RJ

000873

RECIBO DO MANUAL DE SEGURANÇA E MEDICINADO TRABALHO

DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/_____.

DOCUMENTOS RECEBIDOS:

- Orientações de Segurança (uso de adornos, uso do jaleco, guarda e consumo de alimentos, calçados abertos, ato de fumar, manuseio de lentes de contato);
- Procedimento do de Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Modelo do RAT (Relatório de Acidente do Trabalho);
- Fluxo de comunicação de Acidentes;
- Ficha de EPI (Equipamento de Proteção Individual);
- Informações Básicas sobre Extintores de Incêndio;
- Orientações sobre descarte de resíduos (lixo comum, infectante e perfurocortante);
- Fluxo de Atestados;
- Fluxo de Licença Maternidade;
- Protocolo de Licença Maternidade;
- Fluxo de Afastamento ao INSS;
- Encaminhamento ao INSS;
- Termo de Ciência ao afastado pelo INSS;
- Fluxo de Acidente Biológico

Nome da Unidade/Setor:_____.

Assinatura do recebedor:_____.

Matrícula do recebedor: _____.

90830

12/04/2021



1



2



3



4

000881

12/04/2021



5



6



7



8

000882

12/04/2021



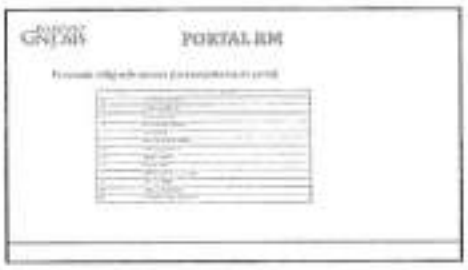
9



10



11



12

000883

INSTITUTO GNOSIS

Relação de documentos para admissão:

1. Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS (original e cópia da parte da foto e qualificação civil e outro vínculo ativo)
2. Documento de identidade
3. Título de Eleitor
4. Certificado de Reservista ou prova de alistamento no serviço militar (para o candidato do sexo masculino);
5. CPF;
6. Comprovante de Residência atual – luz, água ou telefone (em nome do próprio, pais ou cônjuge)
7. Cartão do PIS ou cartão cidadão
8. Atestado Médico Admissional;
9. 1 Fotografia 3x4;
10. Diploma e histórico ou declaração de conclusão do curso
11. Carteira do conselho da classe
12. Regularidade do conselho (Ano Vigente)
13. Caderneta de vacina ou atestado de vacinação do profissional
14. Certidão de Nascimento ou Casamento;
15. CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais) – **Obrigatório para Agente Comunitário de Saúde – Retirar Documento em uma Agência da Previdência Social;**
16. Cartão do Banco Santander **(Somente Conta Corrente);**
17. Contribuição Sindical relativa ao ano de 2018 – **somente o comprovante entregue no momento da admissão será abatido do desconto na folha de pagamento**
18. Cartão do bilhete único ou Rio card. **(Se Tiver)**
19. Certidão de Nascimento dos filhos menores de **24 anos ou inválidos de qualquer idade.**
20. Cartão da Criança, de até **6 anos de idade;**
21. CPF dos Dependentes

FORMULÁRIOS

22. Ficha cadastral do empregado **(ESTÁ EM ANEXO NO EMAIL)**
23. Formulário de opção do VT **(ESTÁ EM ANEXO NO EMAIL)**
24. Formulário de opção de Vale alimentação ou refeição **(ESTÁ EM ANEXO NO EMAIL)**
25. Formulário de declaração de dependente de imposto de renda **(ESTÁ EM ANEXO NO EMAIL)**
26. Ficha cadastro do CNES **(ESTÁ EM ANEXO NO EMAIL)**

OBSERVAÇÕES:

1. **Todos os documentos descritos acima deverão ser entregues em cópia**
2. **A admissão somente será realizada mediante a todos os documentos**
3. **Os formulários solicitados estão em anexo no email no de convocação.**
4. **As admissões possuem agendamento (dia e horário) por favor se atentar a eles para que não haja atraso na sua admissão e nem o candidato aguarde muito tempo para o processo.**

SEJA BEM VINDO A NOSSA INSTITUIÇÃO!!

RECURSOS HUMANOS

000884

INSTITUTO GNOSIS

REGULAMENTO INTERNO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

Dispõe sobre os procedimentos básicos necessários para contratação de pessoal para o Instituto Gnosis.

CAPÍTULO I –DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O presente Regulamento tem por finalidade o estabelecimento das diretrizes e critérios para o recrutamento, seleção, contratação, avaliação de desempenho de profissionais, para a composição de Quadro de Pessoal do Instituto Gnosis, associação civil sem fins lucrativos, doravante denominada simplesmente de "Organização Social".

Art.2º. As normas e critérios dispostos neste Regulamento aplicáveis a todo processo de seleção de pessoal, reger-se-ão pelos princípios da impessoalidade, moralidade, economicidade e publicidade, além da primazia pela qualidade e competência de profissionais, atendendo assim aos objetivos desta entidade.

CAPÍTULO II – DA POLÍTICA GERAL SOBRE PESSOAL

Art.3º. As contratações de pessoal a serem realizadas por esta Organização Social serão regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho, bem como pela legislação correlata em vigor.

CAPÍTULO III – DO PROCESSO SELETIVO

Art.4º. Os candidatos interessados em participar dos processos seletivos divulgados pelo Instituto Gnosis, deverão observar os requisitos e critérios por ora fixados neste Regulamento.

Parágrafo Único. Uma vez admitido o candidato para integrar o quadro de pessoal desta organização social, o então colaborador, deverá observar as normas internas desta instituição, seja pelo Regulamento Interno, seja pelo Código de Ética.

Título I – Das condições preliminares:

Art.5º. São condições para participar do processo seletivo, além daquelas estipuladas para o cargo:

a) Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos completos na data da contratação;
b) Apresentar os documentos que se fizerem necessários, por ocasião, especificados no instrumento convocatório.
c) No caso do jovem aprendiz, o mesmo deve ter idade entre 14 e 24 anos, que esteja matriculado e frequentando a escola, caso não haja concluído o ensino médio, e inscrito em programa de aprendizagem (art. 428, *caput* e § 1º,da CLT).
d) A cota de aprendizes está fixada entre 5% , no mínimo,e 15%, no máximo, por estabelecimento, calculada sobre o total de empregados cujas funções demandem formação profissional. As frações de unidade darão lugar à admissão de um aprendiz (art. 429, caput § 1º da CLT).

Parágrafo Único. Os candidatos que não apresentarem os documentos comprobatórios de suas qualificações, as quais foram devidamente requisitadas no instrumento convocatório, dentro do prazo estipulado, serão eliminados.

Art.6º. O candidato deverá comprovar todas as informações requisitadas no instrumento convocatório, ressaltando que as mesmas são de sua inteira responsabilidade, dispondo o Setor de Recursos Humanos, o direito de excluir do processo seletivo o candidato que não estiver dentro dos perfis pré-estabelecidos.

Art.7º. A inscrição do candidato implicará no conhecimento pleno do edital, bem como na aceitação tácita de todas as condições previamente estabelecidas, não sendo admitido, portanto, a alegação posterior de desconhecimento.

Título II – Da forma de ingresso

Art.8º. Sem prejuízo de outras modalidades de convocação, o Setor de Recursos Humanos do Instituto Gnosis aponta o Edital de Seleção como meio ordinário para o preenchimento das vagas e formação de cadastro de reserva.

Parágrafo Único. Caso não seja utilizado o meio ordinário acima citado, o Responsável pelo Recursos Humanos, deverá justificar, de maneira fundamentada, a escolha e enviar para ciência e manifestação do Departamento Jurídico.

Título III – Do Desenvolvimento do Recrutamento de Pessoal

Seção I – Das Competências

Art.9°. No que diz respeito ao processo de seleção de pessoal, compete:

I – ao Diretor Financeiro desta Organização Social:

a) Atestar a existência de rubrica a fim de justificar o gasto com o pessoal;

II – aos Gerentes e Coordenadores da unidade de saúde específica:

a) Solicitar e/ou aprovar requisição de pessoal;
b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;
c) Analisar tecnicamente os resultados apresentados pelos candidatos.

III –ao Departamento de Recursos Humanos;

a) Conduzir os processos de avaliação referentes à seleção, promoção ou movimentação de pessoal;
b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – ao Departamento Pessoal;

a) Executar o processo de registro e admissão;

Seção II – Do Processo de Avaliação e Seleção de Pessoal

Art.10. O processo de avaliação de pessoal poderá conter, entre outras mais apropriadas ao caso concreto, as seguintes etapas:

a) Análise de currículo de acordo com os requisitos mínimos exigidos pela vaga.
b) Aplicação de prova de conhecimentos específicos para o cargo, quando necessário e desde que esteja previsto expressamente no edital de seleção;
c) Avaliação psicológica: entrevistas, aplicação de testes psicológicos, bem como possíveis dinâmicas de grupo.
d) Comprovação de especialização eventualmente pretendida no edital de seleção;

Parágrafo Único.A critério do Instituto Gnosis, as etapas poderão ser ampliadas ou reduzidas, objetivando melhor adequação ao caso concreto, edeverá constar expressamente no Instrumento Convocatório com objetividade, impessoalidade e publicidade.

Art.11. Os candidatos aprovados serão comunicados pelo Setor de Recursos Humanos, que solicitará o comparecimento do candidato a fim de cientificá-lo pessoalmente, encaminhando-o ao Departamento Pessoal, o qual lhe entregará no ato, ficha de registro com todas as informações sobre documentação a ser entregue.

Parágrafo Único. Os candidatos aprovados deverão apresentar no prazo estipulado, a documentação requerida para fins de registro, sob pena de perder a vaga.

Art.12. A aprovação no processo seletivo não gera direito subjetivo ao candidato, apenas qualifica o candidato ao perfil da vaga pretendida, podendo, no entanto, servir para cadastro de reserva.

Seção III – Da readmissão de antigos colaboradores

Art.13. A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após o decurso dos prazos estabelecidos em lei.

Parágrafo único. A contratação de antigos colaboradores da Organização Social deverá ser aprovada pelo(a)Responsável de Recursos Humanos com ciência prévia do Departamento Jurídico.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.14. Os candidatos aprovados e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão cadastrados no Banco de Currículos por um período de 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades.

Art.15. A extinção do contrato de trabalho de colaborador será operada nos moldes do Regimento Interno deste Instituto, observada a legislação trabalhista em vigor, tendo em vista eventual descumprimento das cláusulas contratuais outrora estipuladas.

Art.16. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração e será disponibilizado no sítio eletrônico da Organização Social.

INSTITUTO GNOSIS

C.8 - Recursos Humanos estimados, apontando por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário base total (em reais):

CUSTEIO DE PESSOAL DA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA - AP 5.1						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Adicional Noturno	Salário Total
Médico	150	40	R$ 11.157,17	R$ 330,00	R$ -	R$ 2.398.575,60
Enfermeiro	150	40	R$ 5.982,16	R$ 330,00	R$ -	R$ 945.324,00
Técnico de Enfermagem	150	40	R$ 2.324,33	R$ 231,00	R$ -	R$ 391.730,55
Limpeza/Portaria	100	40	R$ 1.400,00	R$ 275,00	R$ -	R$ 192.000,00
Cirurgião Dentista	50	40	R$ 5.982,16	R$ 330,00	R$ -	R$ 315.108,00
Técnico de Saúde Bucal	25	40	R$ 2.324,81	R$ 205,00	R$ -	R$ 61.623,25
Auxiliar de Saúde Bucal	50	40	R$ 1.708,80	R$ 220,00	R$ -	R$ 96.600,00
Farmacêutico	25	40	R$ 5.982,16	R$ 225,00	R$ -	R$ 157.556,10
Técnico de Farmácia	25	40	R$ 2.324,81	R$ 205,00	R$ -	R$ 61.623,25
Gerente	27	40	R$ 8.314,80	R$ 220,00	R$ -	R$ 231.939,52
Auxiliar Administrativo	3	40	R$ 1.935,00	R$ 220,00	R$ -	R$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	782					
				TOTAL SALÁRIOS R$		4.318.697,47

CUSTEIO DE PESSOAL DA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA - AP 5.1						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 13º ao 24º Mês					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Adicional Noturno	Salário Total
Médico	150	40	R$ 11.729,48	R$ 330,00	R$ -	R$ 2.671.525,40
Enfermeiro	150	40	R$ 5.973,29	R$ 330,00	R$ -	R$ 1.356.750,17
Técnico de Enfermagem	150	40	R$ 2.715,29	R$ 330,00	R$ -	R$ 527.885,92
Limpeza/Portaria	120	60	R$ 1.400,00	R$ 330,00	R$ -	R$ 230.760,00
Cirurgião Dentista	50	40	R$ 5.973,29	R$ 330,00	R$ -	R$ 315.108,00
Técnico de Saúde Bucal	30	40	R$ 2.715,29	R$ 330,00	R$ -	R$ 87.885,12
Auxiliar de Saúde Bucal	60	40	R$ 1.808,99	R$ 420,00	R$ -	R$ 158.739,40
Farmacêutico	30	40	R$ 5.973,29	R$ 330,00	R$ -	R$ 197.798,40
Técnico de Farmácia	30	40	R$ 2.715,29	R$ 330,00	R$ -	R$ 87.885,12
Gerente	27	40	R$ 8.958,50	R$ 330,00	R$ -	R$ 243.153,36
Auxiliar Administrativo	3	40	R$ 1.808,50	R$ 330,00	R$ -	R$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	897					
				TOTAL SALÁRIOS R$		6.911.471,09

000889

INSTITUTO GNOSIS

CUSTEIO DE PESSOAL CONSULTÓRIO NA RUA - AP 5.1										
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês									
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)		Insalubridade		Adicional Noturno		Salário Total	
Médico	1	40	R$	15.157,17	R$	220,00	R$	-	R$	15.377,17
Enfermeiro	1	40	R$	5.682,15	R$	220,00	R$	-	R$	5.902,15
Técnico de Enfermagem	1	40	R$	2.324,63	R$	220,00	R$	-	R$	2.544,63
Agente Social	3	40	R$	1.400,00	R$	220,00	R$	-	R$	4.860,00
Assistente Social	1	40	R$	3.324,63	R$	220,00	R$	-	R$	3.544,63
Psicólogo	1	40	R$	5.790,34	R$	220,00	R$	-	R$	6.010,34
Auxiliar Administrativo	0	40	R$	1.763,70	R$	220,00	R$	-	R$	-
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8									
							TOTAL SALÁRIOS	R$		37.839,93

CUSTEIO DE PESSOAL CONSULTÓRIO NA RUA - AP 5.1										
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 13º ao 24º Mês									
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)		Insalubridade		Adicional Noturno		Salário Total	
Médico	1	40	R$	15.703,46	R$	220,00	R$	-	R$	15.953,46
Enfermeiro	1	40	R$	6.373,28	R$	220,00	R$	-	R$	6.593,28
Técnico de Enfermagem	1	40	R$	2.713,28	R$	220,00	R$	-	R$	2.933,28
Agente Social	3	40	R$	1.694,40	R$	220,00	R$	-	R$	5.743,20
Assistente Social	1	40	R$	2.613,97	R$	220,00	R$	-	R$	2.833,97
Psicólogo	1	40	R$	6.212,66	R$	220,00	R$	-	R$	6.432,66
Auxiliar Administrativo	0	40	R$	1.810,49	R$	220,00	R$	-	R$	-
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8									
							TOTAL SALÁRIOS	R$		40.490,21

000890

INSTITUTO GNOSIS

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF I APOIO ESPECIALIZADO - AP 5.1						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - (1° ao 12° mês)					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade		Salário Total
Médico NASF	12	40	R$ 11.000,83	R$ 220,00		R$ 132.825,96
Profissional de Nível Superior	48	40	R$ 5.760,34	R$ 220,00		R$ 288.490,72
TOTAL FUNCIONÁRIOS	60					
				TOTAL SALÁRIOS		R$ 434.316,68

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF I APOIO ESPECIALIZADO - AP 5.1						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - (13° ao 24° mês)					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade		Salário Total
Médico NASF	12	40	R$ 11.941,34	R$ 220,00		R$ 146.175,12
Profissional de Nível Superior	48	40	R$ 5.600,89	R$ 220,00		R$ 283.759,52
TOTAL FUNCIONÁRIOS	60					
				TOTAL SALÁRIOS		R$ 429.935,64

000891

INSTITUTO GNOSIS

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - (1º ao 12º mês)					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Adicional Noturno	Salário Total
Gerente Técnico-Administrativo	1	40	R$ 4.736,22	R$ 220,00	R$ -	R$ 6.956,22
Coordenador Técnico	2	40	R$ 3.660,35	R$ 220,00	R$ -	R$ 11.761,36
Coordenador Administrativo	1	40	R$ 2.830,48	R$ 220,00	R$ -	R$ 3.050,48
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R$ 1.387,75	R$ 220,00	R$ -	R$ 1.607,75
Assistente Administrativo	2	40	R$ 1.743,70	R$ 220,00	R$ -	R$ 3.927,40
Médico	4	20	R$ 7.835,30	R$ 220,00	R$ -	R$ 16.220,60
Enfermeiro	2	40	R$ 4.795,43	R$ 220,00	R$ -	R$ 10.030,85
Técnico de Enfermagem	3	40	R$ 2.524,59	R$ 220,00	R$ -	R$ 7.634,79
Profissional de Nível Superior	10	40	R$ 4.342,78	R$ 220,00	R$ -	R$ 45.427,80
Profissional de Nível Médio	7	40	R$ 1.364,10	R$ 220,00	R$ -	R$ 11.080,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31					
				TOTAL SALÁRIOS		R$ 117.666,35

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - (13º ao 24º mês)					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Adicional Noturno	Salário Total
Gerente Técnico-Administrativo	1	40	R$ 6.917,34	R$ 220,00	R$ -	R$ 7.257,34
Coordenador Técnico	2	40	R$ 5.677,77	R$ 220,00	R$ -	R$ 12.195,54
Coordenador Administrativo	1	40	R$ 2.930,89	R$ 220,00	R$ -	R$ 3.150,89
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R$ 1.442,91	R$ 220,00	R$ -	R$ 1.662,91
Assistente Administrativo	2	40	R$ 1.850,48	R$ 220,00	R$ -	R$ 4.220,96
Médico	2	20	R$ 8.251,95	R$ 220,00	R$ -	R$ 16.903,90
Enfermeiro	2	40	R$ 4.980,53	R$ 220,00	R$ -	R$ 10.400,05
Técnico de Enfermagem	1	40	R$ 2.413,97	R$ 220,00	R$ -	R$ 2.633,97
Profissional de Nível Superior	10	40	R$ 4.587,30	R$ 220,00	R$ -	R$ 47.273,00
Profissional de Nível Médio	7	40	R$ 1.431,69	R$ 220,00	R$ -	R$ 11.575,83
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31					
				TOTAL SALÁRIOS		R$ 120.696,54

000892

INSTITUTO GNOSIS

C. 9 Recursos Humanos estimados, evidenciando as categorias, quantidade de profissionais, carga horária de trabalho e a incidência de encargos patronais encontram-se de maneira separada ao salário base total (em reais).

Todos os profissionais serão contratados através do Regime Jurídico CLT.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 1º ANO

CUSTOS DE PESSOAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - AP 5.1						
	CUSTOS DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Adicional Noturno	Salário Total
Médico	160	40	R$ 15.157,17	R$ 700,00	R$ -	R$ 7.308.675,60
Enfermeiro	160	40	R$ 9.082,16	R$ 220,00	R$ -	R$ 945.124,80
Técnico de Enfermagem	640	40	R$ 2.304,10	R$ 120,00	R$ -	R$ 961.748,80
Limpeza Hospitalar	100	40	R$ 1.400,00	R$ 220,00	R$ -	R$ 162.800,00
Cirurgião Dentista	50	40	R$ 6.582,16	R$ 220,00	R$ -	R$ 315.168,00
Técnico de Saúde Bucal	25	40	R$ 2.304,93	R$ 220,00	R$ -	R$ 63.623,25
Auxiliar de Saúde Bucal	50	40	R$ 1.489,50	R$ 220,00	R$ -	R$ 89.280,00
Farmacêutico	25	40	R$ 6.582,16	R$ 220,00	R$ -	R$ 167.954,05
Técnico de Farmácia	25	40	R$ 2.304,93	R$ 220,00	R$ -	R$ 63.623,25
Gerente	27	40	R$ 8.514,50	R$ 220,00	R$ -	R$ 234.654,00
Auxiliar Administrativo	5	40	R$ 1.800,00	R$ 220,00	R$ -	R$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	761					
				TOTAL SALÁRIOS	R$	4.744.907,40

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota		Valor
INSS - Empresa	23,000%	GRUPO A (Total I)	R$ 945.077,48
INSS - Terceiros + FAP	5,800%		R$ 273.153,47
SAT	2,000%		R$ 94.087,75
FGTS	1,000%		R$ 47.196,81
PIS	8,000%		R$ 377.592,59
13º SAL	8,333%	GRUPO B (Total II)	R$ 393.168,82
Abono de Férias	2,780%		R$ 131.212,47
Faltas proporcionais acumuladas em caso de demissão interna	1,500%		R$ 70.864,13
Faltas integrais com reposição de custos	0,000%		R$ -
Aviso Prévio Indenizado	0,429%	GRUPO C	R$ 19.823,51
Aviso Prévio Dias extras legais	0,631%		R$ 29.241,96
13º salário Lei nº 12.506/11	0,139%		R$ 6.560,64
Férias e Abono Constitucional sobre lei nº 12.506/11	0,185%		R$ 8.711,75
Multa FGTS	4,000%	GRUPO D	R$ 188.196,30
Encargos Patronais Incidentes de 4 anos (FGTS)	5,280%	GRUPO E	R$ 249.211,20
Total Proventos	**25,630%**		**R$ 1.215.825,41**
Total Encargos	**36,800%**		**R$ 1.734.910,74**
Sub Total (Encargos e Proventos)	**60,430%**		**R$ 2.950.833,91**

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Diário por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados	Salário Total
VALE TRANSPORTE	21	R$ 5,10	762	R$ 134.006,40
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	21	R$ 18,11	762	R$ 298.670,40
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 432.677,28

TOTAL GERAL (SALÁRIOS+GRATIFICAÇÕES+ENCARGOS+PROVISIONAMENTOS+BENEFÍCIOS)			R$ 8.128.418,59
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	23,53%		R$ 1.911.858,42
NÚMERO DE EQUIPES			189
CUSTO ANUAL DE UMA EQUIPE			R$ 83.574,92

000893

INSTITUTO GNOSIS

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 2º ANO

CUSTEIO DE PESSOAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - AP 5.1						
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 12º ao 24º Mês					
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (R$)	Insalubridade	Adicional Noturno	Salário Total
Médico	10	40	R$ 15.709,48	R$ 220,00	R$ -	R$ 2.671.626,40
Enfermeiro	10	40	R$ 6.372,26	R$ 220,00	R$ -	R$ 1.188.750,77
Técnico de Enfermagem	10	40	R$ 2.713,26	R$ 220,00	R$ -	R$ 537.393,42
Limpeza/Portaria	1,0	40	R$ 1.453,20	R$ 220,00	R$ -	R$ 205.784,00
Cirurgião Dentista	10	40	R$ 6.372,26	R$ 220,00	R$ -	R$ 665.646,57
Técnico de Saúde Bucal	10	40	R$ 2.713,26	R$ 220,00	R$ -	R$ 67.889,32
Auxiliar de Saúde Bucal	10	40	R$ 1.808,84	R$ 220,00	R$ -	R$ 103.276,40
Farmacêutico	10	40	R$ 6.372,26	R$ 220,00	R$ -	R$ 107.708,46
Técnico de Farmácia	20	40	R$ 2.713,26	R$ 220,00	R$ -	R$ 67.889,32
Gerente	27	40	R$ 8.004,00	R$ 220,00	R$ -	R$ 215.151,56
Auxiliar Administrativo	0	40	R$ 1.808,84	R$ 220,00	R$ -	R$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	117					
					TOTAL SALÁRIOS R$	5.911.472,05

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota		Valor
INSS - Empresa	20,000%	GRUPO A (Total 1)	R$ 1.182.294,19
RAT - Terceiros + FAP	5,800%		R$ 342.665,40
SAT	2,000%		R$ 118.229,42
PIS	1,000%		R$ 59.114,71
FGTS	8,000%		R$ 472.917,61
13º Sal.	8,150%	GRUPO B (Total 2)	R$ 481.625,77
Aviso de Férias	2,190%		R$ 129.459,91
Verba proporcional a parcelas em caso de demissão sem/as	1,667%		R$ 98.550,16
Verba integral com exceção de baixa	0,000%		R$ -
Aviso Prévio Indenizado	0,420%	GRUPO C	R$ 24.819,09
Aviso Prévio (Dia extra legal)	0,832%		R$ 49.192,99
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,154%		R$ 9.215,95
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,165%		R$ 10.836,23
MultaFGTS	4,000%	GRUPO D	R$ 236.459,66
Encargos Patronais (Incidência de 2 sobre (5+C))	5,362%	GRUPO E	R$ 312.244,05
Total Provisão	23,536%		R$ 1.397.241,58
Total Encargos	28,800%		R$ 1.114.422,39
Sub Total (Encargos + Provisão)	52,336%		R$ 2.511.664,37

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias/Mês	Valor Diário por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados	Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$ 5,10	897	R$ 118.845,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$ 13,11	897	R$ 289.670,09
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 408.515,69

SALÁRIOS+GRATIFICAÇÕES+ENCARGOS+PROVISIONAMENTOS+BENEFÍCIOS		R$ 8.963.654,34
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	23,63%	R$ 1.397.241,91
NÚMERO DE EQUIPES		100
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE		R$ 13.972,42

000894

INSTITUTO GNOSIS

CONSULTÓRIO DE RUA – 1º ANO

CUSTOS DE PESSOAL CONSULTÓRIO NA RUA - AP 5.1									
CATEGORIA	CUSTOS DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês								
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)		Insalubridade		Adicional Noturno		Salário Total
Médico	1	40	R$	15.157,17	R$	220,00	R$	-	R$ 15.377,17
Enfermeiro	1	40	R$	8.082,16	R$	220,00	R$	-	R$ 8.302,16
Técnico de Enfermagem	1	40	R$	2.324,50	R$	220,00	R$	-	R$ 2.544,50
Agente Social	3	40	R$	1.400,00	R$	220,00	R$	-	R$ 4.860,00
Assistente Social	1	40	R$	2.324,50	R$	220,00	R$	-	R$ 2.544,50
Psicólogo	1	40	R$	5.780,36	R$	220,00	R$	-	R$ 6.000,36
Auxiliar Administrativo	0	40	R$	1.743,12	R$	220,00	R$	-	R$ -
TOTAL FUNDAMENTO	8								
							TOTAL SALÁRIOS	R$	37.629,69

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota		Valor
INSS - Empresa	20,000%	GRUPO A (Total 1)	R$ 7.527,91
INSS - Terceiros + FAP	5,800%		R$ 2.182,09
RAT	2,000%		R$ 752,79
PIS	1,000%		R$ 376,40
FGTS	8,000%		R$ 3.011,16
13º SAL	8,333%	GRUPO B (Total 2)	R$ 3.135,37
Abono de Férias	2,778%		R$ 1.045,39
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%		R$ 627,23
Férias integrais com aquisição no quinto	0,000%		R$ -
Aviso Prévio indenizado	0,424%	GRUPO C	R$ 159,59
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,635%		R$ 238,90
Dias parados (Lei nº 12.506/11)	0,159%		R$ 59,81
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,159%		R$ 59,81
Multa FGTS	4,022%	GRUPO D	R$ 1.513,59
Encargos Férias (incidência de A sobre B+C)	5,202%	GRUPO E	R$ 1.956,72
Total Provisões	**21,519%**		**R$ 8.094,58**
Total Encargos	**60,801%**		**R$ 22.873,03**
Sub Total (Encargos + Provisões)	**40,616%**		**R$ 22.767,03**

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Diário por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados	Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$ 8,10	5	R$ 1.420,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$ 16,11	5	R$ 2.827,39
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 4.248,00

TOTAL GERAL (SALÁRIOS + GRATIFICAÇÕES + ENCARGOS + PROVISIONAMENTOS + BENEFÍCIOS)			R$ 64.941,68
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	53,439%		R$ 4.856,00
NÚMERO DE EQUIPES			8
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE			R$ 8.106,13

000895

INSTITUTO GNOSIS

CONSULTÓRIO DE RUA – 2º ANO

CUSTEIO DE PESSOAL CONSULTÓRIO NA RUA - 2º E.1									
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 / 13º ao 24º Mês								
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)		Insalubridade		Adicional Noturno		Salário Total
Médico	1	40	R$	11.709,48	R$	220,00	R$ -	R$	11.953,48
Enfermeiro	1	40	R$	8.373,29	R$	220,00	R$ -	R$	8.593,29
Técnico de Enfermagem	1	40	R$	2.713,09	R$	800,00	R$ -	R$	3.513,09
Agente Social	3	40	R$	1.894,65	R$	220,00	R$ -	R$	5.743,95
Assistente Social	1	40	R$	2.613,97	R$	300,00	R$ -	R$	2.913,97
Psicólogo	1	40	R$	6.212,95	R$	220,00	R$ -	R$	6.432,95
Auxiliar Administrativo	0	40	R$	1.511,49	R$	220,00	R$ -	R$	-
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8								
							TOTAL SALÁRIOS	R$	40.469,21

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota		Valor
INSS - Empresa	20,000%		R$ 8.093,84
INSS - Terceiros + FAP	5,800%		R$ 2.348,14
SAT	2,000%	GRUPO A (Total 1)	R$ 809,38
PIS	1,000%		R$ 404,69
FGTS	8,000%		R$ 3.237,53
13º SAL	8,333%		R$ 3.372,65
Abono de Férias	2,780%	GRUPO B (Total 2)	R$ 1.125,43
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão colaborador	1,661%		R$ 674,05
Férias integrais com aquisição de quadro	0,000%		R$ -
Aviso Prévio Indenizado	0,420%		R$ 170,00
Aviso Prévio (dias outras leges)	0,833%	GRUPO C	R$ 337,28
Multa sobre o FGTS (Lei nº 12.506/11)	0,130%		R$ 52,28
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%		R$ 74,91
Incidência	4,950%	GRUPO D	R$ 1.810,61
Encargos Patronais (incidência de A sobre D+C)	5,282%	GRUPO E	R$ 2.138,72
Total Provisões	23,616%		R$ 9.570,37
Total Encargos	35,000%		R$ 14.900,84
Sub Total (Encargos + Provisões)	58,616%		R$ 24.470,75

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Diário por Funcionário		Quantidade de Funcionários Beneficiados	Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$	9,70	8	R$ 1.467,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$	18,71	8	R$ 3.167,36
				TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 4.634,56

SALÁRIOS+GRATIFICAÇÕES+ENCARGOS+PROVISIONAMENTOS+BENEFÍCIOS			R$ 69.574,51
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	23,439%		R$ 9.570,37
NÚMERO DE EQUIPES			3
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE			R$ 3.490,23

000896

INSTITUTO GNOSIS

NASF – 1º ANO

CUSTOS DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF I APOIO ESPECIALIZADO - AP 5.1						
	CUSTOS DE PESSOAL 2021 - 07 ao 12º mês					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário Base	Insalubridade		Salário Total
Médico NASF	12	40	R$ 11.000,61	R$ 400,00		R$ 132.800,28
Profissional de Nível Superior	48	40	R$ 8.749,34	R$ 320,00		R$ 396.490,32
TOTAL FUNCIONÁRIOS	60					
				TOTAL SALÁRIOS		R$ 404.331,61

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota			Valor
INSS - Empresa	20,000%	GRUPO A (Total 1)		R$ 64.995,36
RAT/ - Terceiros + FAP	5,800%			R$ 24.611,22
SAT	2,000%			R$ 8.400,04
FGTS	1,000%			R$ 4.247,72
FGTS	8,000%			R$ 33.946,93
FGTS	8,000%	GRUPO B (Total 2)		R$ 32.346,93
Abono de Férias	2,780%			R$ 11.796,47
Férias proporcionais, em caso de demissão (média	1,667%			R$ 7.073,61
Faltas integrais com reposição de quadro	0,000%			R$ -
Aviso Prévio Indenizado	0,427%	GRUPO C		R$ 1.752,14
Aviso Prévio (dias extras RGE)	0,833%			R$ 3.538,58
Vale padrão (Lei nº 12.506/11)	0,139%			R$ 589,81
Lucro e Ativo Constitucional artist. (Lei nº 12.506/11)	0,955%			R$ 309,01
Multa FGTS	4,000%	GRUPO D		R$ 16.973,39
Encargos Patronais (incidência de A sobre D+C)	5,257%	GRUPO E		R$ 22.473,21
Total Provisões	23,216%			R$ 150.258,24
Total Encargos	36,559%			R$ 150.154,73
Sub Total (Encargos + Provisões)	49,434%			R$ 299.468,97

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Diário por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados	Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$ 8,10	60	R$ 10.692,00
VALE REFEIÇÃO E ALIMENTAÇÃO	22	R$ 16,00	60	R$ 21.120,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$ 31.812,00

SALÁRIOS+GRATIFICAÇÕES+ENCARGOS+PROVISÕES+BENEFÍCIOS		R$ 736.212,34
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	21,439%	R$ 100.266,34
NÚMERO DE EQUIPES		12
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE		R$ 69.852,20

000897

INSTITUTO GNOSIS

NASF – 2º ANO

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF I APOIO ESPECIALIZADO - AP 5.1									
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - (12º ao 24º mês)								
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (bruto)		Insalubridade			Salário Total	
MÉDICO NASF	02	40	R$	11.061,50	R$	220,50		R$	146.170,32
Profissional de Nível Superior	40	40	R$	3.948,91	R$	120,90		R$	293.169,52
TOTAL FUNCIONÁRIOS	42								
							TOTAL SALÁRIOS	R$	439.339,84
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota							Valor	
INSS - empresa	20,000%	GRUPO A (Tabela 1)						R$	87.867,97
INSS - Terceiros + FGTS	5,800%							R$	25.516,29
SAT	2,000%							R$	8.796,70
PIS	1,000%							R$	4.398,35
PCMSO	0,500%							R$	35.194,81
FAP SAL	8,333%	GRUPO B (Tabela 2)						R$	36.589,68
Abono de Férias	2,750%							R$	12.230,22
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão cumprida	1,667%							R$	7.333,72
Férias integrais com reposição de quarto	0,000%							R$	-
Aviso Prévio Indenizado	0,402%	GRUPO C						R$	1.847,72
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,601%							R$	3.054,57
13o salário (Lei nº 13.3097/2)	0,139%							R$	611,01
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,186%							R$	853,09
Multa FGTS	4,000%	GRUPO D						R$	17.907,41
Encargos Férias (Incidência do A sobre B+C)	5,242%	GRUPO E						R$	23.237,41
Total Provisões	23,000%							R$	101.993,33
Total Encargos	26,500%							R$	161.696,39
Sub Total (Encargos + Provisões)	49,484%							R$	268.979,61
BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias/Dia	Valor Diário por Funcionário		Quantidade de Funcionários Beneficiados				Salário Total	
VALE TRANSPORTE	22	R$	8,10	02				R$	10.922,00
VALE NOTEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$	15,00	02				R$	23.760,00
							TOTAL BENEFÍCIOS	R$	34.682,00
SALÁRIOS + ENCARGOS + BENEFÍCIOS + PROVISIONAMENTOS BENEFÍCIOS								R$	744.847,45
APLICAÇÃO DOS RISCOS - VALOR MENSAL							21,00%	R$	163.866,44
NÚMERO DE EQUIPES									12
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE								R$	81.856,65

000898

INSTITUTO GNOSIS

CAPS – 1º ANO

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS									
	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 2º ao 12º mês								
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário Base		Insalubridade		Adicional Noturno		Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R$	6.758,23	R$	220,30	R$ -	R$	6.958,23
Coordenador Técnico	2	40	R$	5.440,84	R$	220,30	R$ -	R$	11.761,48
Coordenador Administrativo	1	40	R$	2.830,48	R$	220,30	R$ -	R$	3.050,48
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R$	1.387,75	R$	220,30	R$ -	R$	1.607,75
Assistente Administrativo	2	40	R$	3.743,70	R$	220,30	R$ -	R$	3.927,40
Médico	2	20	R$	7.826,80	R$	220,30	R$ -	R$	16.295,60
Enfermeiro	2	40	R$	4.796,43	R$	220,30	R$ -	R$	10.232,86
Técnico de Enfermagem	3	40	R$	2.324,63	R$	220,30	R$ -	R$	7.934,79
Profissional de Nível Superior	10	40	R$	4.342,19	R$	220,30	R$ -	R$	45.527,90
Profissional de Nível Médio	7	40	R$	1.394,90	R$	220,30	R$ -	R$	11.065,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31								
						TOTAL SALÁRIOS		R$	117.868,70

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota			Valor
INSS - Empresa	20,000%	GRUPO A (Tabela 1)		R$ 23.497,74
RAT1 - Tarifário + FAP	5,800%			R$ 6.841,34
SAT	2,000%			R$ 2.349,77
PIS	1,000%			R$ 1.178,69
FGTS	8,000%			R$ 9.429,50
13º SAL	8,333%	GRUPO B (Tabela 2)		R$ 9.818,45
Abono de Férias	2,780%			R$ 3.280,09
Férias proporcionais acumulados em caso de demissão (média)	1,667%			R$ 1.964,67
Férias integrais com reposição de quarto	0,000%			R$ -
Aviso Prévio Indenizado	0,833%	GRUPO C		R$ 405,05
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%			R$ 982,00
13o salário (Lei nº 12.506/11)	0,110%			R$ 964,00
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,166%			R$ 238,24
Multa FGTS	4,000%	GRUPO D		R$ 4.714,55
Encargos Patronais (Incidência de 1 sobre 2)+C)	3,262%	GRUPO E		R$ 5.232,10
Total Provisões	22,630%			R$ 26.666,13
Total Encargos	36,808%			R$ 43.419,04
Sub Total (Encargos + Provisões)	59,438%			R$ 70.085,17

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Diário por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados		Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$ 6,10	31		R$ 3.224,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$ 18,14	31		R$ 12.393,00
			TOTAL BENEFÍCIOS		R$ 17.617,20

TOTAL GERAL (SALÁRIOS+GRATIFICAÇÕES+ENCARGOS+PROVISIONAMENTOS+BENEFÍCIOS)			R$ 207.174,33
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	23,438%		R$ 27.858,13
NÚMERO DE EQUIPES			1
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE			R$ 207.174,33

000899

INSTITUTO GNOSIS

CAPS – 2º ANO

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS									
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - (1º ao 24º mês)								
	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade		Adicional Noturno		Salário Total	
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R$ 6.697,14	R$	200,00	R$	-	R$	7.211,34
Coordenador Técnico	2	40	R$ 5.617,77	R$	220,00	R$	-	R$	12.155,54
Coordenador Administrativo	1	40	R$ 2.870,59	R$	220,00	R$	-	R$	3.190,60
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R$ 1.440,91	R$	220,00	R$	-	R$	1.660,91
Assistente Administrativo	2	40	R$ 1.980,48	R$	220,00	R$	-	R$	4.220,96
Medico	7	20	R$ 8.211,89	R$	220,00	R$	-	R$	16.903,92
Enfermeiro	8	40	R$ 4.980,13	R$	220,00	R$	-	R$	10.400,26
Tecnico de Enfermagem	7	40	R$ 3.413,97	R$	220,00	R$	-	R$	7.501,91
Profissional de Nível Superior	11	40	R$ 4.207,20	R$	220,00	R$	-	R$	47.233,60
Profissional de Nível Médio	7	40	R$ 1.455,58	R$	220,00	R$	-	R$	11.575,03
TOTAL FUNCIONÁRIOS	39								
						TOTAL SALÁRIOS		R$	121.585,56

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota			Valor	
INSS - Empresa	20,000%	GRUPO A (Total 1)		R$	24.317,11
INSS - Terceiros + FAP	5,800%			R$	7.105,50
SAT	2,000%			R$	2.431,17
PIS	1,000%			R$	1.215,59
FGTS	8,000%			R$	9.800,00
13º SAL	8,333%	GRUPO B (Total 2)		R$	10.204,95
Abono de Férias	2,166%			R$	2.468,74
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão indevida	1,667%			R$	2.042,19
Férias integrais com redução de custos	0,000%			R$	-
Aviso Prévio Indenizado	0,420%	GRUPO C		R$	514,54
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,631%			R$	1.000,50
Incidência 13 s/ nº 12.546/11	0,166%			R$	179,29
Férias e Abono Constitucional pelo Lei nº 12.506/11	0,166%			R$	239,64
Multa FGTS	4,000%	GRUPO D		R$	4.800,00
Encargos Fabricias (Incidência de A sobre B+C)	3,262%	GRUPO E		R$	5.470,90
Total Previdenciário	23,836%			R$	28.858,09
Total Encargos	28,800%			R$	40.553,14
Sub Total (Encargos + Previdência)	65,636%			R$	79.809,53

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Diário por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados		Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$ 6,10	37	R$	5.524,71
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$ 15,11	37	R$	12.351,92
			TOTAL BENEFÍCIOS	R$	17.877,63

SALÁRIOS+INSTALAÇÕES+ENCARGOS+PROVISIONAMENTOS+BENEFÍCIOS			R$ 219.420,42
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	23,00%		R$ 28.858,09
NÚMERO DE EQUIPES			1
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE			R$ 274.420,42

INSTITUTO GNOSIS

PRAZOS PROPOSTOS PARA IMPLANTAÇÃO E PARA PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO PROPOSTO (CRONOGRAMA) DE ACORDO COM A ATIVIDADE PREVISTA

Unidades de saúde e CAPS

ATIVIDADE	TAREFA	DATA DE INÍCIO	PLENO FUNCIONAMENTO	ÁREA RESPONSÁVEL
Implantar Comissões e Núcleo	Definir e nomear membros Aprovar regulamento Realizar primeira reunião	Primeira semana após início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato.	Área técnica e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Acolhimento	Disseminar o protocolo de acolhimento	Primeira semana após início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato.	Área técnica e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Serviços assistenciais (enfermagem, médicos, odontológicos e equipe multidisciplinar)	Realizar processo de recrutamento e seleção Efetuar contratação de pessoas Publicar escalas de trabalho Definir procedimentos operacionais Educação Continuada	Primeiro dia do início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato.	Área técnica e Coordenação da Área de Planejamento 5.1

INSTITUTO GNOSIS

Implantar serviço de farmácia	Contratar pessoal Estabelecer processo de assistência farmacêutica Educação profissional e definição de procedimentos operacionais (DispensaMed)	Primeiro dia do início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato	Área técnica e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Exames laboratoriais e de imagem prestação de serviços de prótese dentária e oftalmologia básica	Definir prioridades de aquisições do Serviço Estabelecer processo de assistência relacionado Educação profissional e Definição de procedimentos operacionais	Primeira semana após início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato	Área Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Serviço de higienização e limpeza	Contratar colaboradores Definir prioridades de aquisições de materiais e insumos Estabelecer processo de trabalho Educação profissional e definição de procedimentos operacionais	Primeiro dia do início do contrato de gestão	Até 15 dias após início do contrato	Área técnica e Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Serviço de Portaria e segurança	Contratar colaboradores para execução das atividades Estabelecer processo de trabalho Definição de procedimentos operacionais	Primeiro dia do início do contrato de gestão	Até 15 dias após início do contrato	Área técnica e Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Serviço de Conectividade	Contratar empresa terceirizada para execução das atividades	Primeiro dia do início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato.	Área técnica e Administração da OSS e Coordenação da

	Estabelecer processo de trabalho Definição de procedimentos operacionais			Área de Planejamento 5.1
Implantar cabeamento das unidades de saúde e colocação de câmeras de segurança na recepção, no auditório e no almoxarifado e farmácia.	Contratar empresa terceirizada para execução das atividades Adquirir os equipamentos que permitam a possibilidade de visualização pela internet com login e senha Monitorar execução	Primeiro dia do início do contrato de gestão	Até 60 dias após início do contrato.	Área técnica e Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Ouvidoria e Satisfação do Cliente	Contratar Ouvidor Treinamento dos procedimentos para todos os envolvidos Aplicar a política de pesquisa de satisfação	Primeira semana após início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato.	Área técnica e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar atividades administrativas	Contratar equipe administrativa Treinamento dos procedimentos para todos os envolvidos	Primeira semana após início do contrato de gestão	Até 15 dias após início do contrato.	Área Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar o Regimento Interno	Treinar todos os gestores como multiplicadores Treinar toda equipe	Primeira semana após início do contrato de gestão	Até 15 dias após início do contrato.	Área técnica e Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1
Implantar Sistemas de informação	Contratar empresa terceirizada para execução das atividades Estabelecer processo de trabalho Definição de procedimentos operacionais	Primeiro dia após início do contrato de gestão	Até 30 dias após início do contrato.	Área técnica e Administração da OSS e Coordenação da Área de Planejamento 5.1

INSTITUTO GNOSIS

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.699 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 203 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000904

INSTITUTO GNOSIS

ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO, INCLUINDO A SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

Higienização e Conservação

O Instituto Gnosis irá implementar o Serviço de Higienização e conservação irá se responsabilizar pela limpeza e conservação das unidades.
A limpeza técnica tem como objetivo de orientar o fluxo de pessoas, materiais, equipamentos e a frequência necessária de limpeza, sendo imprescindível o uso de critérios de classificação das áreas para o adequado procedimento de limpeza. O processo de limpeza é a remoção de sujidades, mediante a aplicação de agentes químicos, mecânicas ou térmicos, num determinado período de tempo. Consiste-se na limpeza de todas as superfícies fixas (verticais e horizontais) e equipamentos permanentes, das diversas áreas do recinto.
A conservação será o serviço de jardinagem a ser realizado nas áreas externas das unidades.
A equipe para execução do serviço encontra-se disponível no quadro do Dimensionamento de pessoal.

Manual técnico:

.Definições e Objetivo:

Higienização hospitalar, também compreendida como limpeza hospitalar, frequentemente é definida como processo de remoção de sujidade de superfícies inanimadas.
O Objetivo de o documento é orientar os colaboradores, para o melhor uso da metodologia de limpeza e desinfecção de artigos e superfícies.

Classificação das áreas hospitalares:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000905

INSTITUTO GNOSIS

CRÍTICAS: São aquelas onde há maior número de pacientes graves ou imunologicamente deprimido, maior número de procedimentos invasivos em consequência, maiores riscos de infecções.

SEMI-CRÍTICAS: São aquelas onde se encontram pacientes internados e o risco de infecção é menor.

NÃO CRÍTICAS: Todos os setores onde não há risco de transmissão de infecção e não existem pacientes.

COMUM - Áreas administrativas- todas as demais áreas das unidades destinadas às atividades administrativas.

Externa - são todas as áreas das unidades situadas externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, etc.

Categorias de higienização:

A higiene das unidades de CF são alcançadas mediante os procedimentos de descontaminação, desinfecção e/ou limpeza.

LIMPEZA: É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica manual. DEVE PRECEDER OS PROCESSOS DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO.

DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, MEDIANTE A APLICAÇÃO DE SOLUÇÃO GERMICIDA EM UMA SUPERFÍCIE PREVIAMENTE LIMPA.

DESCONTAMINAÇÃO: É a remoção de materiais orgânicos de uma superfície, COM AUXÍLIO DE UMA SOLUÇÃO DESINFETANTE, APLICADA DIRETAMENTE SOBRE O AGENTE CONTAMINANTE.

Tipos de Higiene Hospitalar

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-002

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000906

HIGIENIZAÇÃO CONCORRENTE – é a limpeza e desinfecção realizadas diariamente, quando o paciente se encontra internado, incluindo pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, esvaziamento e troca de recipientes de Resíduos de Serviços de Saúde, de roupas e organização geral do ambiente. Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

HIGIENIZAÇÃO IMEDIATA – é a limpeza e desinfecção realizada quando há presença de sujidade e/ou matéria orgânica sempre que necessário.

HIGIENIZAÇÃO TERMINAL – é a limpeza e/ou desinfecção ambiental que abrange pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive mesas de exames e colchões, janelas, vidros, portas, grades de ar condicionado, luminárias, teto, em todas as suas superfícies externas e internas. Em unidades de internação de pacientes, a limpeza terminal é realizada após alta, transferência ou óbito ou em períodos programados. Nas salas cirúrgicas, a desinfecção terminal será realizada ao término da programação cirúrgica diária.

Produtos Básicos Utilizados na Higienização

A utilização de produtos de limpeza e de desinfecção, quando for o caso, precisa estar de acordo com as determinações da Comissão de controle e infecção do Telas. A sua seleção também deverá considerar os seguintes critérios:

• Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada, e se pode sofrer corrosão ou ataque químico.

• Tipo e grau de sujidade e sua forma de eliminação.

• Tipo de contaminação e sua forma de eliminação, observando microrganismos envolvidos, com ou sem matéria orgânica presente.

INSTITUTO GNOSIS

• Qualidade da água e sua influência na limpeza e desinfecção.

• Método de limpeza e desinfecção, tipo de máquina e acessórios existentes.

• Medidas de segurança na manipulação e uso. Caso o germicida entre em contato direto com funcionários, considerar a irritação dérmica e toxidade.

Para a limpeza de pisos e paredes recomenda-se o uso de detergente, e para os diferentes tipos de superfície como mobiliários e equipamentos, existem desinfetantes apropriados para cada um deles. Salvo, em presença de matéria orgânica, a limpeza deverá ser conforme fluxograma no Item 10.
No HULW os produtos padronizados são: Água, Detergente neutro, Álcool a 70%, Hipoclorito a 1%, Glucoprotamina a 0,5% ou 1% e Biguanida Polimérica 3,5% + Quaternário De Amônio 5,2%.

ÁGUA - é utilizada para diluição do desinfetante e também para remover as sujeiras.

DETERGENTE - substância que facilita a remoção de sujidade, detritos e microorganismo visíveis, através da redução da tensão superficial (umectação), dispersão e suspensão da sujeira.

ÁLCOOL – é amplamente utilizado como desinfetante e anti-séptico no ambiente ambulatorial e Hospitalar , tanto o etílico, 70% (p/v), como o isopropílico, 92% (p/v), pela ação germicida (bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida), pelo custo reduzido e baixa toxicidade. Porém, não é capaz de destruir esporos bacterianos, evapora rapidamente, é inativado na presença de matéria orgânica. É indicado para desinfecção de nível intermediário ou médio de artigos e superfícies, exercendo seu efeito germicida APÓS TRÊS APLICAÇÕES DE 10 SEGUNDOS, INTERCALADAS PELA SECAGEM NATURAL.

INSTITUTO GNOSIS

HIPOCLORITO DE SÓDIO A 1% - o hipoclorito está indicado para desinfecção de alto, médio e baixo níveis, conforme concentração e tempo de contato com artigos e superfícies, podendo também ser utilizado para descontaminação. É um agente bactericida, virucida, fugicida, tuberculicida e destrói alguns esporos. Alguns fatores limitam o uso do hipoclorito, por ser altamente corrosivo para alguns metais (alumínios, cobre, bronze, aço inoxidável e cromo) e mármore, sendo danificados com a exposição prolongada.

ESSAS SOLUÇÕES DEVEM SER ESTOCADAS EM LUGARES FECHADOS, FRESCOS, ESCUROS (FRASCOS OPACOS).

GLUCOPROTAMINA 0,5% ou 1% - substância multicomponente obtida do óleo de coco natural com propriedade antimicrobiana, não volátil, facilmente dissolvido em água, não teratogênico, não mutagênico, biodegradável, não corrosivo e nem tóxico. Indicação: superfícies fixas. Mecanismo de ação: atividade biocida (bactérias e fungos) ocasionada pela destruição da parede e membrana celular.

Após diluído, o produto terá validade de até 30 dias.

PROTOCOLO DA LIMPEZA CONCORRENTE

Frequência que deverá ser realizada a limpeza concorrente:

Unidades de Saúde da Família

Áreas Críticas	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Semicrítica	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Não Crítica	1x por dia ou dias alternados	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas comuns	1x por dia	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas externas	2x por semana	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Jardinagem	IX por semana	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário

INSTITUTO GNOSIS

TERMINAL

Nas Unidades de Pacientes , a limpeza terminal é realizada a qualquer momento, após alta, transferência ou óbito ou em periodos programados.

Frequência que deverá ser realizada a limpeza terminal:

Unidades de Saúde da Família

Classificação da área	Frequência	Observação
Áreas Críticas	Semanal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Semicrítica	Quinzenal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Não-Crítica	Mensal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas comuns	Mensal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário
Áreas externas	Semanal	Data e horário pré-estabelecido, e sempre que necessário

Seguir os princípios:

1. Do mais limpo para o mais sujo;
2. Da esquerda para direita;
3. De cima para baixo;
4. Do distante para o mais próximo;
5. Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;
6. Usar sempre panos e/ou mops limpos;
7. Usar sempre mops diferenciados para enfermarias e banheiros;
8. Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos.
9. Manter panos e cabeleira alvejadas, baldes e materiais de trabalho limpos;
10. Nunca deixar panos e mops de limpeza imersos em solução, pois pode diminuir sua vida útil, além de servir de meio de cultura para microorganismos;
11. Encaminhar panos de limpeza e mops à lavanderia após cada turno de trabalho;
12. Caso seja necessário utilizar álcool a 70% na desinfecção de superfícies (mobília, computador, bancadas...), realizar a fricção mecânica no mínimo três vezes deixando secar entre uma fricção e outra, executando a técnica com movimentos firmes, longos e em uma só direção.
13. Nunca substituir escadas por cadeiras;
14. Utilizar escadas apenas em superfícies planas;

15. Manter postura corporal adequada;
16. Não levantar ou carregar objetos muito pesados sem ajuda;
17. Comunicar ao chefe imediato acidentes logo após a ocorrência;
18. Proteger tomadas elétricas de paredes que serão molhadas;
19. Nunca manusear equipamentos elétricos com mãos molhadas;
20. Recolher o lixo antes de qualquer tipo de limpeza.
21. As lixeiras deverão ser esvaziadas ao atingir 2/3, ou seja, 80% de sua capacidade.
22. Lavar as lixeiras semanalmente e sempre que necessário.
23. O lixo deve ser recolhido sempre que for necessário.
24. Nunca usar luvas emborrachadas para limpeza de mobília.

Referência: ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004.
2. ANVISA. Agência de Vigilância Sanitária. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. Editora ANVISA, 2006.

Abaixo a descição do POP de Higienização das unidades:

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão	Página 1 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Historico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Siglas e Definições

Materiais

- Pano para limpeza,
- Vassoura de vaso sanitário,
- Esponjas,
- Escadas,
- Baldes,
- Pás de lixo,
- Rodo,
- Escova manual de fios sintéticos,
- Luvas de autoproteção.
- Equipamentos de proteção individual- EPI's
- Materiais para limpeza
- Sacos de lixo de material plástico preto e branco
- Vassoura
- Panos de chão
- Esponja de aço fina
- Escova
- Espátula
- Água

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Norte da UNIGNOSIS

000912

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 2 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Detergente liquido
- Touca
- Botas

Tarefas

Acondicionamento dos resíduos de saúde

- Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9190, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;

- Os resíduos perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, devidamente identificado de acordo com NBR-7500 da ABNT, devem ser reforçados, impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho.

- O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo branco identificado "infectante" de acordo com NBR-7500 da ABNT;

- As lixeiras devem necessariamente possuir tampa e pedal;

- Em caso de contêineres, os mesmos devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio;

- Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêneres e/ou recintos exclusivos

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000913

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 3 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Cuidados: Não faça o descarte somente pelo instrumento, mas também faça o descarte de acordo com o risco agregado. Não manipule o lixo, somente feche o saco.

Conservação e utilização adequada dos materiais e produtos de limpeza

1. Pano de chão: Utilizado para varrer, lavar e secar pisos. Limpeza e conservação: Lavar com água e sabão; fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos; enxaguar e colocar para secar.

2. Pano para limpeza: usado para remover poeira. Pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%. Limpeza e conservação: Lavar com água e sabão; fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos; enxaguar e colocar para secar.

3. Vassoura de vaso sanitário: Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário. Limpeza e conservação: lavar com água e sabão; fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos; lavar novamente; colocar para secar pendurada pelo cabo.

4. Esponjas: Esponjas de aço: Usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos. É descartável. Esponja sintética: Usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.

5. Escadas: Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados. Limpeza e conservação: lavar com água e sabão; secar com pano limpo.

6. Baldes: Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente. Limpeza e conservação: lavar com água e sabão, colocar emborcados para secar

7. Pás de lixo: São de metal ou plástico com cabo longo de plásticos ou madeira, usados para recolher pequenas porções de lixo e pó. Limpeza e conservação: lavar com água e sabão; esfregar com esponja de aço; guardar pendurada pelo cabo.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

960914

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 4 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

8. Rodo: Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano. Limpeza e conservação: lavar com água e sabão; fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário; colocar para secar pendurado pelo cabo.

9. Escova manual de fios sintéticos: Usada para lavar superfícies com reentrâncias. Limpeza e conservação: lavar com água e sabão; fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário; enxaguar.

10. Luvas de autoproteção: Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico) Limpeza e conservação: lavar com água e sabão; fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; enxaguar; secar; guardar em local próprio.

Técnica de limpeza e/ou desinfecção de superfície

1. Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;

2. Evitar o uso de bijuterias, joias e relógios durante a execução do trabalho

3. Utilizar o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.

4. Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado

5. Colocar os equipamentos de proteção individual

6. Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.

7. Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Plena da UNIGNOSIS

969915

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão	Página 5 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

8. Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.

9. Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.

10. Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.

11. Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

Limpeza Concorrente

Limpeza concorrente: é o processo de limpeza diária de todas as áreas da Unidade de Saúde, objetivando a manutenção do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha, etc.), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação e a higienização molhada dos banheiros, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.

1. Iniciar pelo setor de menor risco de vinculação de microorganismo;

2. Os corredores devem ser limpos uma metade e depois a outra;

3. Não realizar varreduras a seco;

4. Iniciar com as retiradas do lixo;

5. Organização do ambiente e reposição de materiais;

6. Limpeza de superfícies,

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000916

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 6 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

7. Limpeza dos pisos;

8. Limpar bebedouros;

9. Limpar instalações sanitárias.

Cuidados :

- Avaliar os horários de fluxo de cada setor a fim de definir horários para realização da limpeza, mantendo o ambiente propício as atividades durante todo o funcionamento da UBS.
- Na limpeza concorrente do piso de corredores deve-se dar preferência aos horários de menos movimento.
- Iniciar a limpeza do menos sujo para o mais sujo, de cima para baixo, do mais longe para o mais perto, do fundo para porta, tudo em um único sentido.
- As mãos deverão ser lavadas sempre antes e após o uso de EPI's.
- Proibido o uso de anéis, relógios e pulseiras no horário de trabalho.

Limpeza Terminal

A limpeza terminal é uma limpeza mais completa. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, equipamentos, macas, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitoris, luminárias, filtros e grades de ar condicionado.

Freqüência:

Áreas semicríticas (são todos os compartimentos da UBS ocupados por pacientes Ex: consultórios) - Quinzenal

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

909917

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 7 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Áreas não-críticas (são todos os compartimentos da UBS não ocupados por pacientes. Ex: vestiário) - Mensal

Procedimento:

1. Definir e comunicar aos profissionais sobre o horário de realização da limpeza;

2. Observar os POP's de limpeza de janelas, paredes, pisos;

3. Reunir os materiais a serem utilizados;

4. Organizar o ambiente, guardar papéis e objetos que não podem ser molhados;

5. Retirar os lixos;

6. Levantar imobiliários

Cuidados:

- Deve ser programada considerando os horários de funcionamento e fluxos da Unidade.

- É importante o estabelecimento de um cronograma com a definição da periodicidadeda limpeza terminal com data, dia da semana e horários.

- Iniciar a limpeza do menos sujo para o mais sujo, de cima para baixo, do mais longe para o mais perto, do fundo para porta, tudo em um único sentido.

- As mãos deverão ser lavadas sempre antes e após o uso de EPIs.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nossa da UNIDADE

000918

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 8 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Proibido o uso de anéis, relógios e pulseiras no horário de trabalho.

Técnica de limpeza de tetos e paredes

1. Reunir o material de limpeza:

2. Colocar o EPI;

3. Preparar o local para limpeza;

4. Afastar os móveis e equipamentos das paredes

5. Forrar os móveis e os equipamentos

6. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;

7. Imergir um pano no balde com água limpa, retirar o excesso de água, enrolar na vassoura ou rodo;

8. Retirar o pó do teto e paredes, com o paro úmido fazendo movimentos em um único sentido;

9. Enxaguar delimitando pequenas áreas;

10. Imergir outro pano na solução detergente, torcer e enrolar o pano em uma vassoura; 11. Esfregar o pano no teto, sempre num mesmo sentido, iniciando de um dos cantos;

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000919

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão	Página 9 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

12. Imergir o pano limpo na água limpa, torcer e enrolar na vassoura;

13. Retirar toda solução detergente do teto;

14. Imergir o pano na solução detergente, torcer e enrolar na vassoura;

15. Esfregar o pano na parede, sempre no mesmo sentido;

16. Enrolar na vassoura o pano com água limpa e retirar toda solução detergente da parede;

17. Verificar se o teto e as paredes estão bem limpos, se necessário repetir a operação; 18. Retirar a orração dos móveis e equipamentos;

19. Recolocar o mobiliário e os equipamentos no local original;

20. Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado.

Cuidados

Deve-se dividir o local para limpeza em pequenas áreas para que seja feito o enxágue antes de secar a solução detergente. Paredes: iniciar na parte superior (próximo ao teto) até a metade da parede e deste ponto até a parte inferior (próximo ao piso)

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000920

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em: Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 10 de 13
Atividade: Limpeza e desinfecção **Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde**			

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Técnica de limpeza e/ou desinfecção de superfície

1. Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;

2. Evitar o uso de bijuterias, joias e relógios durante a execução do trabalho.

3. Utilizar o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.

4. Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado

5. Colocar os equipamentos de proteção individual

6. Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.

7. Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco

8. Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.

9. Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000921

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 11 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

10. Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.

11. Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

Técnica de varredura úmida

1. Organizar os materiais necessários e colocar os EPI'S;

2. Preparar o ambiente para limpeza e reunir mobiliário leve para deixar a área livre;

3. Encher os baldes até a metade, um com água limpa e o outro com água e detergente líquido;

4. Imergir o pano no balde com solução detergente, retirar o excesso e enrolar na vassoura ou rodo;

5. Passar o pano no piso, sem retirar o pano do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas;

6. Recolher a sujidade e jogar no lixo;

7. Imergir outro pano no balde de água limpa, torcer e enrolar na vassoura;

8. Retirar o sabão do piso, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta;

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Name da UNIDADE

000922

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 12 de 13
Atividade: Limpeza e desinfecção **Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde**			

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

9. Secar o piso usando o pano bem torcido;

10. Limpar os rodapés;

11. Recolocar o mobiliário no local original;

12. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado;

13. Este procedimento deve ser realizado diariamente.

Cuidados:

- Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas podem albergar germes gram positivos, micobactérias e outros.

- Conclui-se dessa forma que deve-se evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem o piso e abolir varredura seca nos Estabelecimentos de Saúde.

Copia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

960923

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 13 de 13

Atividade: Limpeza e desinfecção
Responsável: Todos os profissionais da Unidade de Saúde

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Anexos

Não se aplica

Registros

1. Livro de controle de limpeza concorrente e terminal

Referências Bibliográficas

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superficies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. 2. ANVISA, Agência de Vigilância Sanitária. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. Editora ANVISA, 2006.

Copia não controlada (quando impressa ou transmitido eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000924

INSTITUTO GNOSIS

Sistema de transporte e logistica

O objetivo do serviço é realizar o transporte dos colaboradores, matérias insumos, documentos, equipamentos, por meio de veículos padronizados e conformes a todas as normas de segurança e do código nacional de trânsito.

O Instituto Gnosis irá disponibilizar a prestação do serviço de locação de veículos, com fornecimento de mão de obra de motoristas, bem como fornecimento de combustível, para atender as necessidades das Unidades de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.1.

Segue os tipos de veículos:

Veículos de Passeio: Veículos com motoristas e seguintes requisitos básicos:
- Capacidade para transporte de 05 passageiros;
- Capacidade mínima do motor: 1.600 cilindradas;
- 04 (Quatro) portas;
- Ar condicionado de fábrica
- Tempo máximo de fabricação de 02 anos, salvo as exceções determinadas pelo contratante;
- A empresa deverá disponibilizar, diariamente, 01 (um) veículo, com motorista e combustível, de 2ª feira a 6ª feira, nos finais de semana e feriados conforme solicitação da Contratante, por 8 horas entre o período de 7h ás 20h, com uma hora de almoço.

Natureza do serviço: Transporte dos colaboradores da equipe técnica e administrativa das unidades para atividades inerentes ao serviço, e retornando com o (s) passageiro (s) ao ponto de partida, com o Controle de Rodagem devidamente preenchido.

Veículo tipo furgão, para transporte de pessoal e material: Veículos com motorista, tendo os seguintes requisitos básicos:
- Capacidade para transporte de no mínimo uma tonelada de cargas.
- Capacidade para 09 passageiros
- Tempo máximo de fabricação de 02 anos, salvo as exceções determinadas pelo contratante;
- A empresa deverá disponibilizar, diariamente, 01 (um) veículo, com motorista, de 2ª feira a 6ª feira, nos finais de semana e feriados conforme solicitação da Contratante, por 8 horas entre o período de 7h ás 20h, com uma hora de almoço. Natureza do serviço: Transporte de passageiros, materiais e/ou equipamentos para as Unidades de Saúde e retornando ao ponto de partida, com o Controle de Rodagem devidamente preenchido.

Sede
Edifício Flag's Center – 2º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.885 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

909925

INSTITUTO GNOSIS

Veículo tipo Minivan: Veículo com motorista e com os seguintes requisitos básicos:

- Capacidade para 07 (sete) passageiros;
- Tempo máximo de fabricação de 02 anos, salvo as exceções determinadas pelo contratante;
- 05 (cinco) portas
- Ar condicionado de fábrica;
- A empresa deverá disponibilizar, diariamente, 01 (um) veículo, com motorista e ajudante, de 2ª feira a 6ª feira, nos finais de semana e feriados conforme solicitação da Contratante, por 8 horas entre o período de 7h às 20h, com uma hora de almoço.

Motocicleta: Veículo com motociclista e com os seguintes requisitos básicos:

- Tempo máximo de fabricação de 02 anos, salvo as exceções determinadas pelo contratante;
- A empresa deverá disponibilizar, diariamente, 01 (um) veículo, com motociclista, de 2ª feira a 6ª feira, nos finais de semana e feriados conforme solicitação da Contratante, por 8 horas entre o período de 7h às 20h, com uma hora de almoço.
- Natureza do serviço: Transporte de documentos, amostra de sangue e outros para atender as necessidades das unidades.

Será de responsabilidade pelo treinamento e capacitação dos motoristas, pela manutenção preventiva e corretiva e pelo seguro total com com cobertura de danos materiais e pessoais.
Os veículos estarão identificados seguindo os padrões da Secretaria Municipal de Saúde
Os veículos deverão estar em perfeito estado de funcionamento, conservação e higiene e vistoriados pelos órgãos de fiscalização
Mensalmente será disponibilizado o relatório de execução do serviço, refletindo a utilização e análise do custo operacional.

Normas da execução do serviço:

Responsabilidade do Motorista:

- Praticar velocidade compatível e respeitar o limite de velocidade estabelecida para a via;
- Colocar e ajustar cintos de segurança e encosto de cabeça antes da partida;
- Faróis (baixo) acesos, mesmo durante o dia;
- Manter-se preferencialmente na pista da direita;
- Estar sempre alerta à velocidade máxima permitida em estradas secundárias e povoados;
- Não atender ou usar o rádio ou celular dirigindo. Havendo necessidade, encoste;
- Operar de forma consciente o veículo, observando as manutenções;

INSTITUTO GNOSIS

- Proibido dar carona com os veículos da empresa;
- Proibido usar veículos da empresa para fins particulares;
- Use o uniforme da empresa, bem como os acessórios necessários de EPI, conforme solicitado pela empresa.
- Ter paciência no momento da coleta e/ou da descarga, caso aconteça algo fora do padrão, entrar em contato com a empresa antes de tomar qualquer decisão.
- Em caso de acidentes utilize o procedimento para ocorrências normais e comunique imediatamente a empresa.
- Verificar travamento de portas e capô antes da saída e não dentro do veículo.
- Cuidado máximo com animais e pessoas – principalmente crianças, idosos, ciclistas e motociclistas - mesmo estando certo, reduza a velocidade e não passe muito próximo;
- Manter o veículo limpo interno e externamente;
- Tenha Disciplina;
- Seja organizado;
- Tenha Consciência;
- Tenha iniciativa e Atitudes Preventivas;
- Boa conduta e Ética.

Responsabilidade do Usuário:

- Colabore para que o planejamento dos serviços programados seja cumprido com êxito;
- Proibido usar veículos da empresa para fins particulares;
- Fornecer as informações do planejamento, desembargue, tempo de espera para o motorista;
- Manter conduta disciplinada no interior do carro;
- Não fumar, comer ou beber no interior do veículo;
- Preencher mensalmente o relatório de execução do serviço, refletindo a utilização e análise do custo operacional;
- Tenha Disciplina;
- Seja organizado;
- Tenha Consciência;
- Tenha iniciativa e Atitudes Preventivas;
- Boa conduta e Ética.

INSTITUTO GNOSIS

Controlador de Acesso

O serviço de segurança patrimonial e vigilância será realizado nas unidades de saúde conforme procedimentos padronizados.
Para se iniciar uma implantação de uma estrutura de segurança, é o Instituto Gnosis irá repassar os processos para o gestor administrativo da OSS e os gerentes das unidades de saúde.
A equipe para execução do serviço encontra-se disponível no quadro do Dimensionamento de pessoal.

As atribuições do responsável (Gestores) pela segurança nas Unidades de saúde:

- Planejar a Segurança;
- Treinar ou contratar técnicos especializados para treinar funcionários;
- Adquirir equipamentos de segurança e zelar pela constante manutenção deles;
- Verificar prazo de validade do extintores e condições de utilização de outros
- equipamentos contra incêndio;
- Manter contato com autoridades públicas como prefeitura, corpo de bombeiros e órgãos policiais, no interesse do estabelecimento;
- Organizar a burocracia interna da segurança, como escalas de serviço, vistorias,
- organização de treinamentos e outras atividades visando à manutenção da segurança do estabelecimento.

Atribuições dos colaboradores da segurança patrimonial:

- O vigilante é a pessoa que vai assegurar a proteção e segurança das unidades controlando o fluxo de entrada e saída de pessoal, visitantes e automóveis, inspecionando volumes e cargas, fazendo rondas nas instalações, verificando o estado de equipamentos etc.
- Ele vai zelar pela ordem e segurança de pessoas;
- O vigilante atua em caráter preventivo, inibindo e impedindo ações vindas de suspeitos.
- O trabalho de vigilante pode ser desempenhado nos seguintes segmentos: bancos, indústrias, segurança marítima e logística, administração pública, educação e serviços, hotelaria e turismo, multinacionais, entre outros.
- O vigilante deve estar sempre comprometido com a segurança, dignidade da pessoa humana e com a satisfação do usuário final.
- Para isso, ele deve ser organizado e disciplinado em suas funções, nunca se omitindo de fiscalizar, controlar e vigiar.

INSTITUTO GNOSIS

Um Vigilante Patrimonial irá promover e preservar a segurança dos clientes, colaboradores, acompanhando a entrada e a saída de visitantes das unidades de saúde.

Referência: ADMINISTRADORES.COM. Segurança Patrimonial em Hospital. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/marketing/seguranca-patrimonial-emhospital/60742/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

Segue o Procedimento do serviço:

Sede
Edifício Flag's Center – 3° andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

960929

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 1 de 11

Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL
Responsável: Segurança patrimonial e recepções

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Siglas e Definições

Rádio HT: A sigla HT significa Hand-Talk, sendo estes rádios intercomunicadores portáteis que realizam comunicação entre pessoas de maneira rápida e segura através de ondas magnéticas.

Materiais

Rádio HT;
Caneta;
Formulários padronizados;

Tarefas

O Procedimento de Segurança Patrimonial tem como objetivo orientar e padronizar as atividades atribuídas ao Serviço de Segurança Patrimonial e Recepção, nas dependências do Instituto Gnosis.

Sistema de Comunicação

Dentro de um Sistema de Segurança, os meios de comunicação tais como celulares e telefones, são de vital importância no relato de ocorrências e na tomada de providências.

Em caso de solicitação do número do aparelho celular por pessoas que não fazem parte do quadro de colaboradores do Instituto Gnosis, estes números não deverão ser passados antes de consultar o usuário o qual poderá (ou não) autorizar este procedimento.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000930

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão	Página 2 de 11
Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL Responsável: Segurança patrimonial e recepções			

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Em caso de solicitação do número do celular ou da residência das pessoas chaves como Supervisores/Chefias/Gerências/Diretoria, anotar o número do telefone do solicitante informando que entrará em contato logo em seguida e após, entrar em contato com o solicitado para fornecimento ou não e retornar a ligação ao solictante.

Rotinas de Segurança

Entre as diversas funções, o vigilante tem como atribuição o atendimento de ocorrências, e para tanto, deverá agir de maneira profissional e imparcial, em todas as situações em que é exigido. Ele deve resolver o problema e não se tornar parte dele. Para tanto, deverá ter sempre em mente;

- Analisar a situação antes de tomar qualquer atitude;
- Ser prudente em suas análises;
- Não tomar decisões inflexíveis a não ser para evitar mal maior;

Quando abordado por repórter, deve o vigilante, encaminhar imediatamente o assunto ao responsável pela Segurança Patrimonial, ou em sua ausência, a qualquer gerência presente na instituição. Fora do expediente administrativo, essa providência deve ser tomada, utilizando-se a Listagem de Pessoas Chaves. Não deve dar informação à reportagem.

Ronda Interna

Durante a semana (de segunda a sexta-feira), serão efetuadas rondas internas a cada 1 hora, das 19:00h ás 05:00h nos setores que não estão cobertos por sistema de CFTV. Nos finais de semana e feriados, realizar as rondas no período diurno e noturno respeitando o intervalo entre as rondas mencionadas acima, nos pontos eletrônicos instalados estrategicamente e atentar aos itens abaixo:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000931

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão	Página 3 de 11

Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL
Responsável: Segurança patrimonial e recepções

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Esteja sempre atento;
- Sempre leve consigo o rádio HT da portaria e na ronda noturna, uma lanterna;
- Não faça a ronda seguindo sempre o mesmo percurso, alterne os pontos e até mesmo, o sentido da ronda, para que as pessoas mal intencionadas não saibam o horário que o vigilante irá passar e, sempre faça as rondas pensando na segurança do patrimônio e jamais percorrer apenas os pontos eletrônicos;
- Verifique todas as áreas da empresa, inclusive os vestiários;
- Sempre que chegar a um departamento, verifique se todas as janelas e portas estão trancadas e se as luzes estão apagadas, caso contrário, informe à portaria para que os mesmos lhe tragam as chaves e apague as luzes, tranque as janelas ou portas;
- Anote tudo o que encontrar de errado, relate ao responsável pela Segurança utilizando o impresso correspondente e faça constar no livro de ocorrências;
- Verifique todas as situações suspeitas encontradas;

Em caso de detectar arrombamento e/ou invasão em algum setor/departamento da fábrica, proceda da seguinte maneira:

- Solicite apoio à portaria;
- Faça as averiguações preliminares e acione imediatamente seu Supervisor;
- Relate o ocorrido detalhadamente no livro de ocorrências da Portaria.

Copia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000932

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 4 de 11

Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL
Responsável: Segurança patrimonial e recepções

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Entre em contato com o Responsável pela Segurança através da Listagem de Pessoas Chave e relate a ele todo o ocorrido.

Princípio de Incêndio

Em caso de constatação de princípio de incêndio, deve-se entrar em contato com o Líder da Brigada de Incêndio mais próxima do setor;

- Acione o alarme de emergência, e o plantão elétrico para o desligamento da energia elétrica;
- Preste apoio necessário aos brigadistas e acione o Corpo de Bombeiros, se for o caso;
- Informe ao Comitê de Crise da Planta;

Falta de Energia Elétrica

Para problemas internos ou externos, acione o Plantão Elétrico através do ramal XXX ou pelo celular (0XX) XXXX-XX. Informe-se sobre o motivo da paralisação e anote no livro de ocorrências da portaria.

Chuvas Fortes e/ou Enchentes

Nos períodos de chuvas e risco de enchentes os vigilantes/porteiros deverão ficar atentos quando da formação de fortes chuvas e risco de alagamento.

O vigilante deve seguir as providências conforme o Procedimento de Emergência para Inundações.

Atendimento Telefônico

Durante o expediente normal (horário comercial), o atendimento telefônico é realizado por nossa Recepcionista, e fora dele, o atendimento é feito pela Portaria. Os Vigilantes devem proceder da seguinte forma:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000933

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 5 de 11

Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL
Responsável: Segurança patrimonial e recepções

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Nome da unidade, bom dia/ boa tarde/ boa noite;
- Com quem o Sr. / Sra. Deseja falar?
- Nunca deixe a pessoa do outro lado da linha esperando por muito tempo, mantenha a lista de ramais próxima do aparelho e procure sempre evitar que a pessoa fique ouvindo comentários procedentes da portaria inibindo o microfone do aparelho telefônico;
- Seja sempre cortês e educado;
- Não permita que colaboradores ou visitantes utilizem o telefone da Portaria, exceto em casos de emergência;
- Não dê informações sobre nossos colaboradores por telefone.

Caso algum colaborador necessite fazer uma ligação fora do horário de expediente administrativo, o vigilante deverá proceder da seguinte forma:

- Pergunte se a ligação é particular ou é a serviço;
- Se for a serviço, faça a ligação e transfira para o ramal desejado;
- Se for particular e a ligação for para CELULAR ou DDD, preencha o Livro de Ocorrências, execute a ligação e transfira para o ramal desejado;

Quando a ligação for para Diretor, Gerente, Chefe, Supervisor ou Coordenador, e os mesmos estiverem ausentes da unidade e a pessoa que está na linha solicitar o número do telefone celular ou da residência, proceda da seguinte maneira:

- Anote o nome completo da pessoa que está ao telefone e de qual empresa/organização é;

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nuno da UNIDADE

000934

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão	Página 6 de 11
Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL Responsável: Segurança patrimonial e recepções			

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Anote o número do telefone e repita para a pessoa, a fim de que não haja dúvidas;
- Informe à pessoa que a segurança entrará em contato com o colaborador e que em seguida o mesmo poderá retornar a ligação;
- O Vigilante deverá utilizar-se da listagem de pessoas chave para fazer o contato com o colaborador;
- Ao localizá-lo, informe sobre a ligação recebida, o nome da pessoa que o procurou e o número do telefone.

Correspondências

- No Horário de Expediente
  - Encaminhar a correspondência à Coordenação Administrativa. Caso seja urgente, informar e solicitar de imediato ao responsável pela Coordenação Administrativa que retire a correspondência na portaria.
  - A portaria deve evitar a entrega de correspondências diretamente aos destinatários.
- Fora de Expediente
  - As correspondências devem ser guardadas na Portaria em local pré-determinado para correspondências e encaminhá-la na primeira hora do expediente normal à Área de Serviços Gerais.
  - Quando se tratar de correspondências envolvendo órgãos oficiais (Ministério do Trabalho, INSS, etc.) as mesmas deverão ser encaminhadas imediatamente ao seu destinatário.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Plena da UNIDADE

000935

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 7 de 11
Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL Responsável: Segurança patrimonial e recepções			

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Caso sejam recebidas fora do horário de expediente ou em finais de semana, o destinatário deve ser informado imediatamente.

Intimações, Citações, Notificações e Multas

- Colaborador
  - Quando uma das ocorrências se destinar a um colaborador, solicitar a presença do mesmo na Portaria para receber o respectivo documento, isto quando a ocorrência se der fora do expediente administrativo. Durante o expediente administrativo, o portador da ocorrência deverá ser encaminhado à Recepção para aguardar a chegada do colaborador.

OBS. - Caso o empregado esteja ausente, nenhuma pessoa poderá receber tal documentação.

- Empregador
  - Encaminhar o portador à Recepção para que seja feita a sua Identificação de Visitante e o encaminhamento à Administração de Pessoal.

Controle de Entrega de Chaves

Todas as chaves da empresa devem ficar na Portaria e só poderão ser fornecidas a colaboradores nas seguintes condições:

- Solicitar o nome completo da pessoa requisitante;
- Preencher o "Controle de Entrega de Chaves";
- Solicitar a assinatura do requisitante;
- No retorno da chave, dar baixa no controle.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Norte da UNIDADE

000936

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 8 de 11

Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL
Responsável: Segurança patrimonial e recepções

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Venda de Produtos

Não será permitida a venda e/ou comércio de outros produtos dentro das dependências da NOME DA UNIADE., tais como joias, semi-joias, perfumes, produtos alimentícios, utensílios domésticos, etc.

OBS. – Empresas que desejarem apresentar e vender seus produtos ou realizar ações promocionais (tais como entregas de brindes ou amostras grátis) devem consultar o Setor de Comunicação Institucional, o qual poderá autorizar ou não a promoção de seus produtos.

Estacionamento

A empresa dispõe de duas áreas de estacionamento, as quais poderão ser utilizadas conforme segue:

- Estacionamento 1
  - Esta área se destina ao uso de colaboradores e visitantes devendo ser obedecida rigorosamente à disposição de vagas.

    Importante: Os Vigilantes não estão autorizados a guardar chaves ou quaisquer objetos particulares de empregados na Portaria.
- Estacionamento 2
  - Esta área se destina ao uso exclusivo dos Coordenadores/Supervisores/Chefes/Gerentes e Diretores.
- Terceiros

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nome da UNIDADE

000937

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 9 de 11
Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL Responsável: Segurança patrimonial e recepções			

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

- Os veículos de terceiros devem ficar estacionados fora das dependências da empresa. Só será permitida a entrada de veículos quando houver a necessidade de descarregar ou carregar materiais ou equipamentos, caso contrário, utilizar o estacionamento externo. A área da Segurança Patrimonial é responsável pela autorização de entrada do veículo.

Entrada e Saída de Materiais e Doações

Todo material, equipamento e ferramentas de propriedade da empresa somente poderão sair de nossas dependências mediante apresentação de Nota Fiscal ou Autorização de Saída devidamente assinada pelo responsável da área e Gerência da unidade.

Quando o equipamento ou material sair acompanhado de documento, esta deverá ser apresentada à Portaria para conferência e registro.

Quando se tratar de doações, empréstimos, etc., o formulário utilizado deverá ser a Autorização para Transporte de Materiais e deverá conter a assinatura do Diretor Industrial (na sua ausência a assinatura de Coordenador Administrativo), mais a assinatura do responsável pela Área que está fazendo a doação ou empréstimo.

RESPONSABILIDADES E ALÇADAS

É de responsabilidade da Segurança Patrimonial, a prevenção contra a presença de invasores se faz com a atuação ostensiva em todas as áreas da empresa, durante as 24 horas do dia, observando-se as seguintes regras básicas:

Manter-se atento à presença de pessoas ou veículos suspeitos nas imediações da fábrica;

Não permitir aglomeração de pessoas e estacionamento irregular de veículos nas imediações da Portaria;

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Norte da UNIDADE

000938

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em:	
		Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 10 de 11

Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL
Responsável: Segurança patrimonial e recepções

Controle Histórico					
Histórico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Averiguar todas as situações suspeitas de atuação de estranhos.

Os colaboradores devem informar a Segurança, sobre quaisquer atos suspeitos a que venham tomar conhecimento;

Não comentar assuntos de segurança com pessoas estranhas ao serviço ou outros temas que digam respeito a projetos e atividades de qualquer natureza da instituição.

Anexos

- Listagem de Pessoas Chaves – Anexo I
- Ligações Particulares – Anexo II
- Controle de Entrega de Chaves – Anexo III
- Autorização para Trânsito de Material (ATM) – Anexo IV
- Controle Geral de Entrada e Saída – Anexo V
- Controle de Entrada e Saída de Veículos – Anexo VI

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Nesse da UNIDADE

000939

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Operacional Padrão	Padrão nº:	
		Estabelecido em: Revisado em: NA	
		Nº Revisão:	Página 11 de 11
Atividade: PROCEDIMENTO DE SEGURANÇA PATRIMONIAL Responsável: Segurança patrimonial e recepções			

Controle Histórico					
Historico Alteração	Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação

Registros

- Ligações Particulares – Anexo I
- Controle de Entrega de Chaves – Anexo II
- Autorização para Trânsito de Material (ATM) – Anexo III
- Controle Geral de Entrada e Saída – Anexo IV
- Controle de Entrada e Saída de Veículos – Anexo V

Referências Bibliográficas

N.A

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Norte da UNIDADE

000940

INSTITUTO GNOSIS

Manutenção Predial

O Instituto Gnosis irá contratar empresa especializada continuado, de empresa especializada no ramo de engenharia, para fornecimento de mão de obra especializada, equipamentos e ferramental básicos, para a prestação de serviços contínuos de manutenção predial preventiva, corretiva e preditiva, sem fornecimento de peças, materiais de consumo e insumos, nas instalações prediais, incluindo as instalações hidrossanitárias, elétricas, serralheria, soldagem, esquadrias, vidraçarias, gesso, persianas, pintura, alvenaria e divisórias, incluindo, instalação de bombas de água e esgoto, bem como a limpeza de calhas e telhados, visando atender às necessidades das Unidades de Atenção Básica administradas pelo Instituto Gnosis, através de contrato de gestão com a Prefeitura do Rio de Janeiro, de acordo com as condições e especificações constantes neste documento.

O Serviço de Manutenção responsabiliza-se pela conservação das máquinas, equipamentos e instalações em um determinado estado ou situação que permita o funcionamento do sistema de saúde em condições satisfatórias. A manutenção envolve serviços de terceirizados para manutenção de equipamentos para serviços de saúde, rede de gases e vácuos, ar condicionados (nos casos em que se faz necessário mão de obra especializada). O serviço de engenharia clínica compõe o grupo de trabalho vinculado à manutenção, com participação ativa do engenheiro clínico.

Através de um Programa Preditivo, Preventivo e Corretivo de máquinas, equipamentos e instalações, o Serviço de Manutenção garante o nível de qualidade dos serviços prestados pela Instituição.
É fundamental a harmonia e cooperação entre este serviço e os demais que compõem a estrutura das unidades de saúde, pois a interrupção das atividades de qualquer um deles, por falta ou falha do Serviço de Manutenção, resultará em danos para a imagem da Instituição.

O Serviço de Manutenção tem por finalidade:

- A regularização das instalações, estrutura física, áreas e equipamentos, a tempo e a hora, de reparos, consertos e conservação;
- A fabricação de móveis e mobiliário para possibilitar condições de funcionamento para um melhor atendimento ao paciente;
- A execução da manutenção, tanto corretiva quanto preventiva.

A estrutura orgânica do Serviço de Manutenção está representada pela estrutura envolvendo técnicos de manutenção, auxiliares de manutenção e equipe de empresa terceirizada na prestação de serviços de manutenção, de acordo com contratos firmados.

O Serviço apresenta-se organizado da seguinte forma:

I - Marcenaria:

- Cumprir os programas de manutenção e reparos e confecção de móveis, armários e instalações de madeira, previamente determinados;
- Prestar assistência técnica (reparos, substituições, adaptações ou ampliações) dos móveis, armários e instalações de madeira das unidades;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas;
- Manter sob sua custódia as plantas e os desenhos dos móveis e armários confeccionados ou a serem fabricados por terceiros, sob encomenda;
- Manter estoque para a manutenção necessária.

II - Elétrica:

- Cumprir programas de manutenção e reparos nas instalações elétricas e equipamentos;
- Fazer novas instalações;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas;
- Prestar atendimento de emergência na parte elétrica das unidades sempre que houver solicitação;
- Prestar assistência técnica (reparos, substituições, adaptações e/ou ampliações) às instalações elétricas, de iluminação e geradores de energia elétrica;
- Manter arquivo de endereços dos fabricantes e dos prestadores de serviços terceirizados, sob contrato, para as eventualidades;
- Manter estoque para eventuais necessidades.

III - Pintura:

- Manutenção de pintura em todas as unidades;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas;
- Manter estoque para eventuais necessidades.

IV - Hidráulica:

- Manutenção na rede hidráulica;
- Prestar atendimento de emergência na parte hidráulica;
- Fazer inspeções periódicas nas tubulações;
- Construção de novas instalações hidráulicas;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas;
- Manter estoque para manutenção das instalações.

V – Sistema aquecimento de água:

- Observação em suas instalações;
- Cumprir programas de manutenção nas instalações de aquecimento;
- Verificação de temperatura;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas.

INSTITUTO GNOSIS

VI - Obras:
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da unidade, mediante orientação técnica e aprovação de planta pelos órgãos competentes;
- Prestar atendimento de emergência na parte de obras;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas;
- Manter estoque para manutenção das instalações;
- Executar serviços de paredes, muros, de pintura e acabamento de superfície nos imóveis e equipamentos das unidades.

VII - Ar Condicionado:
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura das unidades, mediante orientação técnica;
- Prestar atendimento de emergência;
- Conservação e responsabilidade dos equipamentos e ferramentas utilizadas;
- Manter arquivo de endereços dos fabricantes e dos prestadores de serviços terceirizados, sob contrato, para as eventualidades;
- Manter estoque para eventuais necessidades.

Atribuem-se ao Serviço de Manutenção:
- A manutenção do registro das instalações elétricas e hidráulicas das unidades de saúde;
- A conservação em ordem das plantas de construção e da estrutura do prédio;
- A manutenção preventiva das instalações e equipamentos. Manter também em bom estado, o edifício e dependências das unidades;
- O cuidado com a água, tanto quantitativa quanto qualitativa;
- A solicitação da contratação de serviços de terceiros para a execução do que não pode ser feito nas unidades;
- O levantamento dos dados estatísticos da produção e das ocorrências;
- O atendimento com o máximo de urgência para consertos e reparos.

INSTITUTO GNOSIS

Engenharia Clínica

Contratação, em caráter continuado, de empresa especializada para o fornecimento de mão de obra especializada para a prestação de serviço de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos eletro eletrônicos médico hospitalar, em autoclaves e em equipamentos e aparelhos odontológicos, com a calibração dos equipamentos, com a finalidade de atender às necessidades nas dependências das Unidades de Atenção Básica que compõem a Área Programática administradas pelo Instituto Gnosis, através de contrato de gestão com a Prefeitura do Rio de Janeiro, de acordo com as condições e especificações constantes deste documento.

As Atividades do Serviço de Manutenção em Equipamentos Médico-Hospitalares, autoclaves e equipamentos e aparelhos odontológicos, a serem prestados em regime contínuo e executadas no Parque de Equipamentos Médico-Hospitalares são:

- Levantamento e registro do parque tecnológico incorporado (Patrimônio instalado).
- Instalação e Desinstalação dos equipamentos, ou seja, montagem e desmontagem, dos equipamentos, quando necessário;
- Manutenção Corretiva, intervenção corretiva interna, em equipamentos e acessórios, na gama de baixa e média complexidade;
- Desenvolver procedimentos operacionais de Manutenção Preventiva, Calibração e/ou Teste de Segurança Elétrica, com implantação dos fluxos de manutenções preventivas realizadas por terceiros, caso se faça necessário;
- Implantação e execução do programa de manutenção preventiva periódica nos equipamentos estratégicos e complexos a unidade hospitalar, com elaboração e emissão de cronograma de manutenção preventiva;
- Manutenção Preventiva, Calibração e/ou Teste de Segurança Elétrica dos equipamentos. Elaborar um plano de calibração para instrumentos críticos. Toda calibração realizada deve gerar um documento denominado "Certificado de Calibração.
- Implantação do programa de controle metrológico nos equipamentos (calibração anual), garantindo a segurança dos valores ajustados e apresentados, para os usuários e pacientes, garantindo todo o processo.
- A contratada pelo Instituto Gnosis deverá elaborar e apresentar um programa de treinamento para usuários dos equipamentos. Esse

programa deverá visar a utilização mais eficiente dos equipamentos e sua melhor conservação através de cuidados do usuário. A contratada será responsável por organizar os treinamentos.

- Implantação do plano de contingência emergencial, a fim de atender demandas inesperadas para equipamentos críticos e estratégicos (equipamentos em stand by);
- Treinamento de usuários dos equipamentos e demais profissionais indicados pela CONTRATANTE, quando necessário (enfermeiros, técnicos, auxiliares, dentistas e médicos), quando solicitado pelo contratante;
- Intervenção corretiva interna, em equipamentos e acessórios, na gama de baixa e média complexidade;
- Emissão de laudos técnicos dos equipamentos, quando necessário.
- Apresentação de relatório mensal ou quando solicitado pela direção, informando a taxa de quebra, custos, realizados, disponibilidade e indisponibilidade de equipamentos, solicitações e intervenções técnicas por categoria e setor, com a apresentação dos itens sugeridos abaixo:
- Quantitativo de Ordens de Serviço Corretivas e Preventivas no período;
- Pendências, as razões de sua existência e os que dependam de solução por parte da CONTRATANTE;
- Indicação dos custos dos serviços realizados;
- Andamento do Programa de manutenção preventiva;
- Problemas operacionais para realizar as atividades do contrato;
- Outras considerações pertinentes aos serviços executados.
- Deve existir procedimento técnico desenvolvido com base em normas nacionais, manuais dos fabricantes, descrevendo a sistemática para calibração de cada tipo de equipamento/instrumento contido na relação de equipamentos/instrumentos críticos (de suporte à vida do paciente), disponíveis no CONTRATANTE.
- Oferecer toda estrutura de mão de obra, equipamentos e ferramentas deverão ser fornecidos pela contratada e disponibilizado no laboratório da Unidade. Com disponibilidade de profissionais especializados para o pronto atendimento com visitas técnicas permanentes de segunda a sexta em horário comercial (09:00hs às 17:00hs), todo suporte técnico e apoio remoto HELP LINE (telefone e ou e-mail) em pronto atendimento das 08:00 às 17:00hs (incluindo sábados, domingos e feriados) e plantão em sobre aviso, para os dias não uteis (noturno para o CAPs, sab, dom e feridos e).
- Estruturação do laboratório técnico local;
- Acompanhamento e fiscalização de serviços realizados por empresas externas;
- Adequação da tecnologia às normas vigentes, baseados em processos de qualidades;
- Acessória ao time de compras, direção e administração, em novos investimentos, viabilizando a tecnologia exata, às necessidades de aplicação e redução de custo;

INSTITUTO GNOSIS

- Suporte técnico á direção em tomadas de decisões estratégicas à Instituição;
- Implementação de fluxo para entrada e saída de equipamentos da Instituição (reparos, empréstimos, aquisições transferências e alienações).

Rotinas da engenharia:

Manutenção Programada - É a atuação realizada de forma a reduzir ou evitar a falha ou queda no desempenho, obedecendo a um plano previamente elaborado, compreende a Manutenção Preventiva, as rondas setoriais e gerais, as calibrações de equipamentos e acessórios e os testes de segurança elétrica. Manutenção Preventiva: a norma NBR 5462 da ABNT define como: "Manutenção efetuada em intervalos predeterminados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento de um item". Calibração: conjunto de operações que estabelece, sob condições especificadas, a relação entre os valores indicados por um instrumento de medição ou sistema de medição, ou ainda valores representados por uma medida materializada ou um material de referência, e os valores correspondentes das grandezas estabelecidos por padrões.

Método

A elaboração do cronograma de preventiva é Anual, podendo ser revisado conforme necessidade. Isso será realizado baseado nos manuais, na quantidade dos equipamentos e nas ferramentas necessárias para realizar a calibração, a manutenção preventiva e a segurança elétrica, como também foi considerada as datas definidas de manutenção externa, onde os equipamentos em garantia são enviados para os fornecedores.

Calibração
A calibração de equipamentos é essencial para garantir a confiabilidade e a segurança dos pacientes ao serem utilizados. Tem como objetivo verificar se os valores medidos estão de acordo com a tolerância determinada por padrões do fabricante. Os instrumentos utilizados para realizar esse procedimento devem estar devidamente calibrados também. Ao término do serviço deverá ser gerado um certificado com as informações necessárias para acompanhamento de histórico do equipamento.

Preventiva

A manutenção preventiva visa aumentar a vida útil dos equipamentos, diminuindo quebras e indisponibilidade dos mesmos para assistência. Desse

INSTITUTO GNOSIS

modo, seguindo as recomendações definidas pelos fabricantes o cronograma de preventiva será liberada anualmente. No Cronograma será descrito a periodicidade com que deve ser feito a manutenção preventiva de cada equipamento do parque tecnológico gerenciado pelo Instituto.

INSTITUTO GNOSIS

Unidade: Gestor:

CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA 2021

EQUIPAMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Periodicidade
Aparelho de Anestesia										X			12 MESES
Aparelho de CPAP Não							X						12 MESES
Aparelho de Pressão						X						X	6 MESES
Aparelho de Raios-X Móvel				X									12 MESES
Aparelho de Terapia por Ondas Curtas				X									12 MESES
Aparelho de Ultrassom Diagnóstico						X							12 MESES
Aspirador Cirúrgico							X						12 MESES
Autoclave							X						12 MESES
Balança Antropométrica			X										12 MESES
Balança Pediátrica			X										12 MESES
Balança Pediátrica Mecânica			X										12 MESES
Berço Aquecido							X						12 MESES
Estufa Elétrico											X		12 MESES
Bomba de leite				X									12 MESES
Bomba de Seringa				X									12 MESES
Bomba Infusora linear				X									12 MESES
Cama Hospitalar					X								12 MESES

Engenharia Clínica.

A manutenção preventiva é elaborada pelos técnicos contratados ou terceirizados, seguindo o programado para o período. Ao final do serviço será gerado um certificado para histórico.

Segurança Elétrica

As informações pertinentes para elaboração do plano de segurança elétrica foram retiradas dos manuais dos equipamentos e da norma de segurança - NBR IEC 60601-1-2.

De acordo com essa norma, os equipamentos se distinguem em três classes:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.829 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Alceu Rangel, 280 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000947

INSTITUTO GNOSIS

1. Classe I: Peça ativa coberta por isolamento básico e aterramento de proteção, de modo a possibilitar que partes metálicas acessíveis possam ficar sob tensão, na ocorrência de uma falha de isolação básica;

2. Classe II: Peça ativa coberta por isolamento duplo ou reforçado e não comporta conexão ao sistema de aterramento para proteção contrachoques elétricos;

3. Classe III: Fonte de alimentação interna.

Rondas

A rotina de verificação (in loco) de problemas em Equipamentos Médico-Hospitalares é feito por meio de visita técnica do especialista do projeto conforme demanda e planejamento da preventiva junto a todos os setores das unidades de saúde tendo como resultado um documento formal assinado pelo Técnico Executor e pelos Chefes/Responsáveis dos setores. Tanto as rondas gerais e setoriais são programadas pelo gerente de projetos.

Ronda Setorial: é a rotina de inspeção (in loco) detalhada em Equipamentos Médico-Hospitalares junto a setores críticos da instituição, que inclui testes funcionais e verificação de parâmetros, visando averiguar o correto funcionamento de todos os EMH do setor, reduzindo a probabilidade de falhas ou a degradação do funcionamento de um item.

Acompanhamento da execução do serviço:

As equipes que realizam a manutenção predial de equipamentos hospitalares são compostas por profissionais técnicos e especializados. São estruturadas com profissionais de diversas funções, subordinados a um profissional encarregado pelo acompanhamento e supervisão, por área programática.

O plano de atendimento das preventivas é realizado mensalmente nas Áreas Programáticas, conforme programação mensal divulgada previamente junto às Unidades e Coordenação de Área Programática.

No caso da Manutenção corretiva as unidades irão utilizar o sistema GLPI para chamado junto a empresa. O Instituto Gnosis irá acompanhar e analisar os indicadores mensurados.

Referência:

NBR IEC 60601
NBR 5462 da ABNT (1994)

INSTITUTO GNOSIS

Segue Abaixo o POP do sistema GLPI:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.000 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 209 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000949

INSTITUTO GNOSIS	**Procedimento Sistêmico**	Padrão nº: PRS. Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA Nº Revisão: 00 | Página 1 de 15
Atividade: Abertura do Chamado Para TI **Responsável: Equipe TI**		

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Maria Priscila Dantas

Siglas e Definições

GLPI - Gestionnaire Libre de Parc Informatique, em português Gestão de Chamados de Tecnologia da Informação.

TI – Tecnologia da Informação.

Abrangência

Todos os setores que usam computador, impressora e telefone.

Materiais

Computador com acesso a internet.

Diretrizes

- Para fazer a abertura do chamado para o departamento de TI, basta clicar no atalho, que está localizado na área de trabalho do seu computador, conforme figura 01:



Figura 01

- Em seguida, irá abrir a seguinte tela, conforme figura 02:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000950

INSTITUTO GNOSIS	**Procedimento Sistêmico**	Padrão nº: PRS. Estabelecido em: 03/06/2020 Revisado em: NA Nº Revisão: 00 | Página 2 de 15

Atividade: Abertura de Chamado Para TI

Responsável: Equipe TI

Controle Histórico

Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas



Figura 02

- Preencha os campos de login e senha, fornecidos pelo equipe da TI, caso não tenha, solicite junto à equipe de TI.
- Após realizar seu login, abrirá a seguinte tela, conforme figura 03:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000951

INSTITUTO GNOSIS	**Procedimento Sistêmico**	Padrão nº: PRS Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 3 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI **Responsável: Equipe TI**			

Controle Histórico				
Data	Versao	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas



Figura 03

- Clique em criar um chamado, conforme figura 04:



Figura 04

- Abrirá a seguinte tela, conforme figura 05:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000952

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA Nº Revisão: 00 | Página 4 de 15

Atividade: Abertura de Chamado Para TI

Responsável: Equipe TI

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas



Figura 05

1. **Tipo - Incidente ou Requisição:**
   Incidente – tipo de chamado originados por uma interrupção ou degradação de serviços de TI.

Cópia não controlada quando impressa ou baixada eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000953

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS	
		Estabelecido em: 03/05/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 5 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI Responsável: Equipe TI			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

Exemplo: impressora não imprime, indisponibilidade do sistema, indisponibilidade da internet, entre outros.

Requisição – tipo de chamado com objetivo de solicitar acesso a um serviço ou recurso de TI.

Exemplo: criação de e-mail, acesso a pastas da rede, instalação de impressora, entre outros.

2. **Categoria** – lista de categorias para direcionar o chamado.
3. **Localização** – setor correspondente à abertura de chamado.
4. **Título** – motivo do chamado.
5. **Descrição** – descrever o objetivo do chamado, preencha com o máximo de informações possíveis, pois isso ajudará a agilizar seu atendimento.
6. **Escolher Arquivos** – esse espaço destina-se ao anexo de arquivos que auxiliem no processo de resolução do chamado, podem ser enviados capturas de tela, documentos e imagens, e arquivos com possíveis erros.

- Após chamado aberto, você pode acompanhar o andamento do mesmo, clicando na barra superior em Home, conforme figura 06:



Figura 06

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000954

INSTITUTO GNOSIS	**Procedimento Sistêmico**	Padrão nº: PRS Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA Nº Revisão: 00 | Página 6 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI **Responsável: Equipe TI**		

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

- Serão apresentadas as seguintes opções, conforme figura 07:

Cria um chamado	
Chamados	**Número**
Novo	0
Processando (atribuído)	11
Processando (planejado)	0
Pendente	0
Solucionado	0
Fechado	3
Excluído	0

Figura 07

1. **Novo** – o chamado ainda não foi associado ao técnico.
2. **Processado (atribuído)** – o técnico está tratando o chamado.
3. **Pendente** – o técnico não pode executar o chamado.
4. **Solucionando** – o técnico concluiu o atendimento.
5. **Fechado** – confirmação de que o técnico concluiu o atendimento, caso não seja realizada, o processo é fechado automaticamente após 5 dias.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000955

INSTITUTO GNOSIS	**Procedimento Sistêmico**	**Padrão nº:** PRS.	
		Estabelecido em: 03/09/2020 **Revisado em:** NA	
		Nº Revisão: 00	Página 7 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI **Responsável: Equipe TI**			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

- Para visualizar o motivo do chamado estar como pendente, basta clicar em pendente, conforme figura 08:



Figura 08

- Clique no chamado, conforme figura 09:



Figura 09

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000956

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 8 de 15

Atividade: Abertura de Chamado Para TI

Responsável: Equipe TI

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

- Após aberta a página, desça até histórico de ações, conforme figura 10:



Figura 10

- Para visualizar o chamado solucionado, clique em SOLUCIONADO, conforme figura 11:



Figura 11

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000957

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS. Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA Nº Revisão: 00 | Página 9 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI Responsável: Equipe TI		

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

- Clique no chamado, conforme figura 12:



Figura 12

- Após aberta a página, desça até histórico de ações conforme imagem abaixo, conforme figura 13:

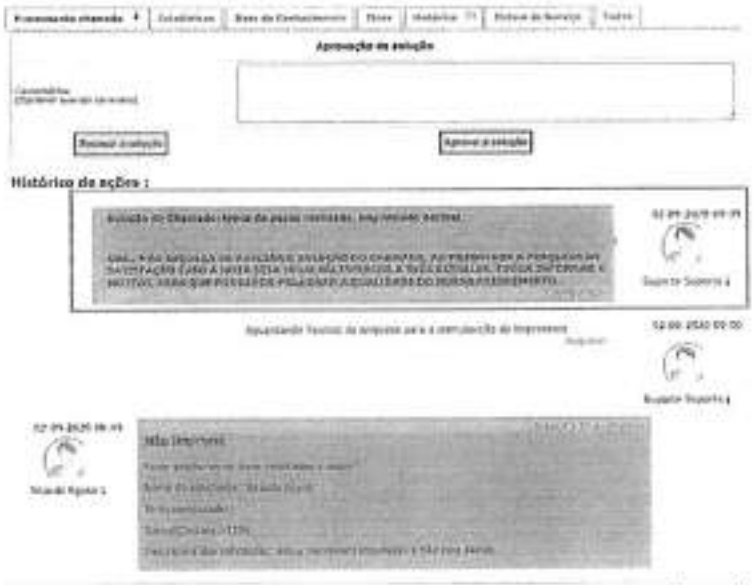


Figura 13

Copia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000958

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 10 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI **Responsável: Equipe TI**			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

- É importante que o chamado seja fechado, clicando em um dos dois botões disponíveis, conforme figura 14:

Aprovar a solução ou Recusar a solução

Figura 14

- Em caso de recusar a solução, a solução o chamado será reaberto automaticamente, conforme figura 15:



Figura 15

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000958

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS.	
		Estabelecido em: 03/05/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 11 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI Responsável: Equipe TI			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

- Caso a ação acima não seja executada em até 5 dias, ele é fechado automaticamente.
- Todos os processos realizados no GLPI, são notificados por e-mail, conforme figura 16:



Figura 16

- No e-mail de chamado aberto, estão disponíveis as informações de: número do chamado, status, descrição do problema, nome do solicitante e data/hora da abertura, conforme figura 17:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

960960

INSTITUTO GNOSIS	**Procedimento Sistêmico**	**Padrão nº:** PRS	
		Estabelecido em: 03/09/2020 **Revisado em:** NA	
		Nº Revisão: 00	Página 12 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI **Responsável: Equipe TI**			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
08/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas



Figura 17

- E-mail de acompanhamento do chamado, conforme figura 18:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000961

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS	
		Estabelecido em: 03/05/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 13 de 15
Atividade: Abertura do Chamado Para TI Responsável: Equipe TI			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas



Figura 18

- E-mail quando o chamado é solucionado, conforme figura 19:

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

000962

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS	
		Estabelecido em: 03/09/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 14 de 15

Atividade: Abertura de Chamado Para TI

Responsável: Equipe TI

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

GLPI <glpi@institutognosis.org.br>
Para: Ricardo Aguiar

INSTITUTO GNOSIS

Nº: 0000910

Status: Encerrado

Solicitação: Não Informa

Favor preencher os itens solicitados a seguir:

Nome do solicitante: Ricardo Aguiar

Ramal/Contato:62904

Descreva a sua solicitação: estou ramalcano impressora e não está saindo.

Solução

Solução do Chamado: troca de peças: rolamento, impulsionador auxiliar.

OBS: NÃO ESQUEÇA DE AVALIAR A SOLUÇÃO DO CHAMADO, AO PRESCINDIR A PESQUISA DE SATISFAÇÃO CASO A NOTA SEJA IGUAL OU INFERIOR A TRÊS ESTRELAS, FAVOR INFORMAR O MOTIVO, PARA QUE POSSAMOS MELHORAR A QUALIDADE DO NOSSO ATENDIMENTO.

Data da solução : 02-09-2020 08:58

Aprovar solução !!

Sem uma resposta, o chamado será fechado automaticamente após 5 dias

Acompanhamento: (02-09-2020 08:58)

Aguardando Técnico da empresa para a manutenção na impressora.

Privado : Não

Autor : Ricardo Aguiar

Solicitado por: Ricardo Aguiar

Data de Abertura: 02-09-2020 08:49

Data de Fechamento:

Origem: Helpdesk

Categoria: Infraestrutura > Impressora > Manutenção

Urgência: Média

Impacto: Médio

Figura 19

Anexos

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Azir Bernardino Alves

000963

INSTITUTO GNOSIS	Procedimento Sistêmico	Padrão nº: PRS Estabelecido em: 03/05/2020 Revisado em: NA	
		Nº Revisão: 00	Página 15 de 15
Atividade: Abertura de Chamado Para TI Responsável: Equipe TI			

Controle Histórico				
Data	Versão	Elaboração	Aprovação	Publicação
06/07/2020	00	Ricardo Aguiar	Ricardo Aguiar	Marta Priscila Dantas

Não se aplica.

Fluxograma

Não se aplica.

Registros

Sistema de abertura de chamado GLPI.

Referências Bibliográficas

Não se aplica.

Cópia não controlada quando impressa ou transmitida eletronicamente
Propriedade Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alvo Bernadem Alves

000964

INSTITUTO GNOSIS

ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS/RJ, incluindo prontuários eletrônicos contratados ou disponíveis para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a SMS/RJ solicitar;
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS- Rio de Janeiro.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC)

Requisitos Mínimos

INSTITUTO GNOSES

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) (para pessoas < 16 anos) são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários do

Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha A), devem constar as opções "busca por CPF/DN".

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablete ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve prever contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;

- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

Além disso o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrão da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.).

Os PEPs devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de saúde da família.

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes são seguindo orientação da SAP (Consulta Pública – CP Nº 002/2021):

1. Carteirômetro;
2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município;
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.
9. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório.
10. CPF como campo obrigatório.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

INSTITUTO GNOSIS

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do
Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle o cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-
SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e

3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: App AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da
Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na
Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no
SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de

pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo
Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico

(PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

INSTITUTO GNOSIS

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal,
Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do
Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

Sede
Edifício Rag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

000972

INSTITUTO GNOSIS

SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo
Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação.

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência.

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares.

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão.

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos.

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.

INSTITUTO GNOSIS

PROPOSTA DETALHADA DE IMPLANTAÇÃO DE CABEAMENTO PARA COLOCAÇÃO DE CÂMERAS DE SEGURANÇA

Objetivo: Descrever proposta de implantação de cabeamento das unidades de saúde sob gestão do instituto e colocação de câmeras de segurança na recepção, no auditório, no almoxarifado e farmácia com possibilidade de visualização pela internet com login e senha.

Tempo de implantação: Dois meses, a contar da data de assinatura do contrato de gestão.

Desenvolvimento:

Para a execução do projeto será necessário abrir processo de aquisição de serviço específico para este fim, a partir de um termo de referência e seguindo as regras de aquisição estabelecidas no Regulamento Interno de Compras do Instituto.

Deverão ser avaliadas todas as unidades considerando todos os pontos dos locais que exigem monitoramento.

A tecnologia empregada deverá dispor de acesso por meio de login e senha, via internet.

Os detalhes construtivos ou técnicos deverão obedecer às normas técnicas da ABNT, bem como considerar a legislação em vigor sobre segurança das informações.

Os materiais e serviços deverão ser fornecidos pela contratada. Todos os serviços deverão ser oferecidos com garantia integral mínima de 12 meses.

Cronograma Físico:

ITEM	META OU ETAPA	1º MÊS	2º MÊS
1	Mapeamento dos locais a serem monitorados	X	
2	Lançamento dos cabos e fibras ópitica	X	X
3	Instalações dos equipamentos, testes e verificação final.		X
	TOTAL	40%	60%

Segue a análise de mercado:

PROPOSTA COMERCIAL
Número : 210001703 Rev. 0
Data : 09/04/2021

Grupo PANIZA

Instituto Gnosis

Avenida das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 22793-082

Contato Comercial

Luciano Paniza

Fone: 21 9 9729 9364

luciano.panica@paniza.com.br

Validade: 30 dias

At:

Viviane Zuccolin

Compras

contato@institutognosis.org.br

Fone: 21 2143 0230

s/ Referência: Cotação 022/2020 - Serviço emergencial de rede e cftv nas clinicas AP21 RJ.

Prezados Senhores,

Conforme solicitado, segue nossa proposta comercial para fornecimento de: Serviços de implantação, manutenção e correção de redes logicas e CFTV, nas clinicas da familia localizadas no RJ (AP5.1).

Na necessidade de qualquer esclarecimento, estamos à disposição.

Desde já somos gratos pela oportunidade.

Atenciosamente.

LUCIANO PANIZA
CEO – Grupo Paniza

FORM.COM.003.Rev.03

000975

PROPOSTA COMERCIAL
Número : 210001703 Rev. 0
Data : 09/04/2021

Grupo PANIZA

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO:	3
2.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA:	3
3.	ESPECIFICAÇÃO:	3
4.	PREÇOS:	3
5.	PRAZO DE ENTREGA:	3
6.	FORMA DE PAGAMENTO:	4
7.	IMPOSTOS E TAXAS:	4
8.	GARANTIA:	4
9.	REAJUSTE:	4
10.	VALIDADE DA PROPOSTA:	4

PROPOSTA COMERCIAL
Número : 210001703 Rev. 0
Data : 09/04/2021

Grupo PANIZA

1. **Objetivo:**

   Fornecimento de equipamentos e serviços de instalação de rede lógica estruturada e CFTV de acordo com documentação emitida no relatório de visita e necessidades apontados nos mesmos.

2. **Documentos de Referencia:**

   - E-mails da Gnosis contendo Plantas arquitetônicas típicas para dimensionamento dos sistemas.

3. **Especificação:**

   - 27 Bandejas para rack 19"
   - 27 Nobreaks 720° Bivolt
   - Patch Cord 2,0 a 2,5 mts cat5e
   - Cabos UTP multipares em cobre certificado cat5e
   - Conectores keystone jack rj45 com espelho
   - Etiquetas, velcros e fitas autoretrátil para organização dos racks
   - 20 DVR de 16 Cameras
   - 06 DVR de 32 Cameras
   - 15 DVR de 8 Cameras
   - 333 Cameras 1120 D

4. **Preços:**

   Serviços:

   Valor total: R$ 424.393,00 (ISS, etc ... incluso)

   Valor total: R$ 424.393,00 (Quatrocentos e Vinte e Quatro Mil, Trezentos e noventa e três reais)

5. **Prazo de Entrega:**

   Início Imediato. Prazo Máximo de 60 dias para conclusão total das unidades.

PROPOSTA COMERCIAL
Número : 210001703 Rev. 0
Data : 09/04/2021

Grupo PANIZA

6. **Forma de pagamento:**

30% contra aceite da propostas.

70% contra instalação.

7. **Impostos e taxas:**

Inclusos no nosso preço.

8. **Garantia:**

Garantia direta do fabricante de 12 meses.

9. **Reajuste:**

Preço Fixo

10. **Validade da Proposta:**

Esta proposta é válida por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão.

Após vencimento estará sujeita a confirmação.

Relatório Técnico AP 5.1

Relatório técnico, Site Survey , nos dias 07 e 08 de Abril de 2021 ,para verificação de melhorias e ampliação do sistema de CFTV e rede estruturada ,para o instituto Gnosis ,

Técnicos: Pablo ,Carlos , James e Paulo Omar, Instituto

Gnosis: Ana Paula , Deyverson e Raquel

Atendimento dia 07/04/2021 - Quarta-feira

01 - SMS CMS MASAO GOTO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – RENATA HENRIQUES SOARES
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sabádo 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: AV CARLOS PONTES – S/N - BAIRRO SULACAP

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total : **08**
- Implantar Câmeras : **06**

- Impressoras Total: **01**
- Implantar Impressoras: **02**

- Micros Total: **40**
- Implantar Micros : **03**

Rack : Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos ,Falta organização.

Internet Local: Possui Internet

Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip em algumas salas

Total de metros de cabos:

Relatório Fotográfico:





000979

02 - SMS CMS RUA BOANERGES BORGES DA FONSECA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - ANDERSON DE SOUZA SILVA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: RUA LARANJEIRAS DO SUL S/N - MAGALHAES BASTOS

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: -
- Implantar Câmeras: -

- Impressoras Total: **9**
- Implantar Impressoras: **1**

- Micros Total: **30**
- Implantar Micros: **5**

- Rack: Não tivemos acesso a sala de Telecomunicações

- Internet local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- OBS: Teremos que retorsar na Clinica da Familia para refazer o responsável estava ausente e pessoa que nos atendeu não soube informar quantidade de Cameras.

Segue relatório Fotográfico:





OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas

03 – SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – UDYANE GOMES SOARES
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado - 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: AV SANTA CRUZ– S/N - REALENGO

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: **08**
- Implantar Câmeras: **06**

- Impressoras Total: **14**
- Implantar Impressoras: **01**

000980

- Micros Total: 37
- Implantar Micros: 4

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip em algumas salas

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

04 - SMS CMS PADRE MIGUEL AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - GISELLE LOPES CROCCIA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: RUA SANTO EVALDO – S/N - PADRE MIGUEL

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: **02**

- Impressoras Total: **07**
- Implantar Impressoras: **01**

- Micros Total: **30**
- Implantar Micros: 5

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip em quatro salas

- Total de metros de cabos:

Segue relatório Fotográfico:



05 - SMS CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – ANGELICA PEREIRA DA ROCHA

000981

Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
ENDEREÇO: AV RIBEIRO DANTAS – 571 – BANGU

Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total : Não identificamos câmeras na unidade
- Implantar Câmeras : **10 câmeras**

- Impressoras Total: **01**
- Implantar Impressoras: **03**

- Micros Total: **12**
- Implantar Micros: **5**

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos ,Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

Segue relatório Fotográfico:





000982

06 - SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – LUCIANA SIMOES DE OLIVEIRA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: ESTRADA GENERAL AMERICANO FREIRE – S/N – REALENGO

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: 03

- Impressoras Total: 09
- Implaetar Impressoras: 01

- Micros Total: 26
- Implaetar Micros: 4

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

- SMS CF FIORELLO RAYMUNDO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – LUANA DE CASTRO
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado - 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: RUA ACAFRAO – S/N BANGU

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: 04

- Impressoras Total: 09
- Implantar Impressoras: 01

- Micros Total: 28
- Implantar Micros: 04

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- Relatório fotográfico:

000983



000984

07 - SMS CF ROSINO BACCARINI AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – TATIANA SANTOS GONCALVES
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: RUA ARAQUEM – 840 - BANGU

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: Não soube informar

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: Não soube informar

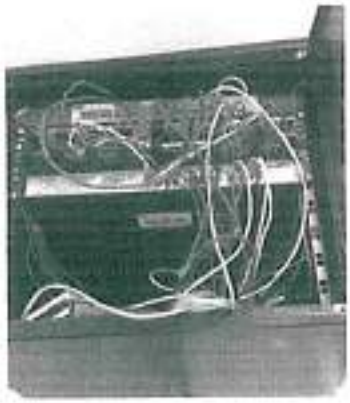
- Micros Total: Não soube informar
- Implantar Micros: Não soube informar

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX. Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:





000985

08 – SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA AP 51
Diretor Clinico/Gerente/Administrador - HELIO HENRIQUE ALVES DA SILVA BEZERRA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 17:00
ENDEREÇO: AV DEZENOVE DE ABRIL RUA ROQUE BARBOSA – S/N - JARDIM BANGU

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: 04

- Impressoras Total: 02
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: Não sabe informar
- Implantar Micros: Não sabe informar

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

elatório fotográfico:





000986

09 - SMS CMS CATIRI AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – IRIS DA CRUZ MORAES SILVA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado – 08:00 às 13:00
ENDEREÇO: RUA TRES MARIAS - S/N – BANGU

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: -
- Implantar Câmeras: -

- Impressoras Total: -
- Implantar Impressoras: -

- Micros Total: 75
- Implantar Micros: 05

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

11- SMS CF WILSON MELLO SANTOS ZICO APS1
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – MONIQUE SILVA DOS SANTOS
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado – 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: ESTRADA SARGENTO MIGUEL FILHO - S/N - VILA KENNEDY

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 16
- Implantar Câmeras: 28

- Impressoras Total: 12
- Implantar Impressoras: 06

- Micros Total: 52
- Implantar Micros: 10

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- Relatório Fotográfico

000987





12- SMS CF CRISTIANI VIEIRA PINHO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – BRUNA SANTOS SILVA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: PRACA LEALDINA MUNIZ – S/N - BANGU

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: Não soube informar

- Impressoras Total: 5
- Implantar Impressoras: 1

- Micros Total: 25
- Implantar Micros: 03

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip – Tem um Ramal em uma sala

- Total de metros de cabos:

- OBS: Todos os rack deverão ser rearranjados.

- Não Houve relatório fotográfico

000988

13- SMS CF KELLY CRISTINA DE SÁ LACERDA SILVA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – MARCELA CANCIO DE PONTE RODRIGUES DE SOUZA DE OLIVEIRA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 16:00
Sábado 07:00 às 12:00

ENDEREÇO: AVENIDA CARLOS SAMPAIO CORREA – S/N – SENADOR CAMARA

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: - Não soube informar
- Implantar Câmeras: **08**

- Impressoras Total: 03
- Implantar Impressoras: -

- Micros Total: Não soube informar
- Implantar Micros: Não soube informar

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

Sem Relatório Fotográfico



000989

14- SMS CF OLIMPIA ESTEVES AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – ANA PAULA DE MELO BATISTA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: RUA OLIMPIA ESTEVES - S/N - PADRE MIGUEL

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: **08**

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: **01**

- Micros Total: 30
- Implantar Micros: 2

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que não quer ramal

- Total de metros de cabos:

- OBS: Todos os rack deverão ser rearranjados, sala de equipamentos sem Ar

- Relatório Fotográfico





Atendimento dia 08/03/2021 - Quinta- feira

15 - SMS CMS ALEXANDER FLEMING AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - CARLOS ANDRE LIMA REIS
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado 07:00 às 12:00

ENDEREÇO: RUA MARMIARI- S/N - SENADOR CAMARA

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: **08**

- Impressoras Total: 07
- Implantar Impressoras: -

- Micros Total: 26
- Implantar Micros: 04

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que não quer ramal

- Total de metros de cabos:

- OBS: Todos os rack deverão ser rearranjados, sala de equipamentos sem Ar

- Relatório Fotográfico





000991

16 - SMS CMS SILVIO BARBOSA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - CARLOS ALEXANDRE ALVES
MARIANO Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: RUA RODRIGUES DE FREITAS – S/N - SENADOR CAMARA

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: 08

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: 3

- Micros Total: 33
- Implantar Micros: 05

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

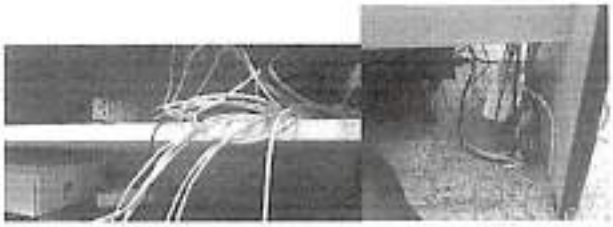
- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que não quer ramal

- Total de metros de cabos:

- OBS: Todos os rack deverão ser rearranjados

- **Relatório Fotográfico**



17 - SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - PRISCILLA FALEIRO MARMELLO
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: AVENIDA SANTA CRUZ - S/N - SENADOR CAMARA

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: 8

- Impressoras Total: 10
- Implantar Impressoras: 01

- Micros Total: 41
- Implantar Micros: 04

000992

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- **Relatório Fotográfico**





18- SMS CF MARIO DIAS ALENCAR AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – ROSE PROCOPIO CHELUCCI
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
ENDEREÇO: RUA MUCURIPE - S/N - BANGU

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: Não soube informar

- Impressoras Total: 04
- Implantar Impressoras: **02**

- Micros Total: **27**
- Implantar Micros: **03**

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

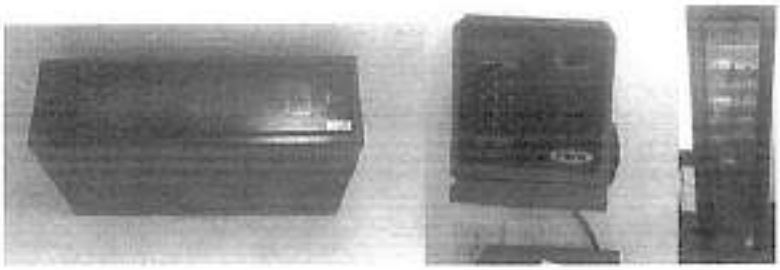
- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- OBS: Devido Local de passagem de meliantes não poderemos colocar câmeras para filmar externamente

Relatório fotográfico:

000993



19 - SMS CF ROMULO CARLOS TEIXEIRA AP 53
Diretor Clínico/Gerente/Administrador -LARISSA TORRES SANTOS ALVES
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 18:00
ENDEREÇO: PRACA MARCOBA - S/N - RUA COSMORAMA - REALENGO

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: 06

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: 01

- Micros Total: Não soube informar
- Implantar Micros: 02

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- Relatório fotográfico:





000994

20 - SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – FABIO ANTONIO MONTEIRO
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: RUA MAGALHAES GANDAVO PRACA DO BOM CONSELHO – 204 - REALENGO

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total:
- Implantar Câmeras: 8

- Impressoras Total: 09
- Implantar Impressoras: 01

- Micros Total: 37
- Implantar Micros: 3

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

- Relatório fotográfico:







21 - SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN PADRE JOAO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – ROSELI CORREA ALBUQUERQUE
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
Sábado - 07:00 às 12:00

ENDEREÇO: ESTRADA MANOEL NOGUEIRA DE SA - S/N - REALENGO

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: 06

000995

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: 32
- Implantar Micros: 3

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:





21 - SMS CF FAIM PEDRO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - ALINE AZEVEDO VIDAL
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 18:00
ENDEREÇO: RUA MARECHAL AGRICOLA S/N REALENGO

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: 06

- Impressoras Total: 10
- Implantar Impressoras: 01

- Micros Total: 40
- Implantar Micros: 2

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

000996

22 - SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
ENDEREÇO: ESTRADA DO ENGENHO NOVO - S/N - REALENGO

- Ponto Biométrico:Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: Não soube informar

- Impressoras Total: 07
- Implantar Impressoras: 01

- Micros Total: 35
- Implantar Micros: 5

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

23 - SMS CMS HENRIQUE MONAT AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – DANIELA MARTA LOPES SANTOS
Segunda Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
Sábado - 07:00 ás 17:00
ENDEREÇO: ESTRADA DO QUAFA – 07- RUA 1 - BANGU

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras:4

- Impressoras Total: 08
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: 43
- Implantar Micros: 2

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

000997

- OBS: Devido Local de passagem de meliantes não poderemos colocar câmeras para filmar externamente

Relatório fotográfico:



24- SMS CF MARIA JOSE DE SOUSA BARBOSA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – MARCELIA ALVES DE SOUZA MARTINS
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
Sábado 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: ESTRADA DO TAQUARAL - 100 - BANGU

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: 08
- Implantar Câmeras: 06

- Impressoras Total: 04
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: 32
- Implantar Micros: 3

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cleate informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

000998

25- SMS CMS DR ETHEL PINHEIRO DE OLIVEIRA LIMA AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador – CATIA IARA PISENTE DA SILVA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
ENDEREÇO: ESTRADA DO TAQUARAL

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: 08

- Impressoras Total: 08
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: 26
- Implantar Micros: 10

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

26- SMS CMS WALDYR FRANCO AP 51
Diretor Clínico/Gerente/Administrador - FABIO FONSECA DA SILVA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 07:00 às 17:00
Sábado - 07:00 às 12:00
ENDEREÇO: PRAÇA CECILIA PEDRO - 60 - BANGU

- Ponto Biométrico: Funciona e não está ligado à Rede

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: 08

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: Não soube informar

- Micros Total: Não soube informar
- Implantar Micros: Não soube informar

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

900999

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

27- SMS CAPS NEUSA SANTOS SOUZA AP 51
Diretor Clinico/Gerente/Administrador – MATHEUS DIAS PEREIRA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
ENDEREÇO: RUA BAALBECK 75 SENADOR CAMARA

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: Não soube informar

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: Não soube informar
- Implantar Micros: Não soube informar

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não Houve relatório fotográfico

28- SMS CAPS NEUSA SANTOS SOUZA AP 51
Diretor Clinico/Gerente/Administrador – MATHEUS DIAS PEREIRA
Segunda-Feira - Sexta-Feira - 08:00 às 17:00
ENDEREÇO: RUA BAALBECK 75 SENADOR CAMARA

- Câmeras total: Não soube informar
- Implantar Câmeras: Não soube informar

- Impressoras Total: Não soube informar
- Implantar Impressoras: 02

- Micros Total: Não soube informar
- Implantar Micros: Não soube informar

- Rack: Possui Rack no Local e a possibilidade de instalação de novos equipamentos, Falta organização.

- Internet Local: Possui Internet

001000

- Telefonia ou PABX: Cliente informa que aceita voip

- Total de metros de cabos:

OBS: Teremos que retornar para fazer a visita Pontual para verificar as salas.

- Não houve relatório fotográfico

001001

INSTITUTO GNOSIS

MECANISMO DE CONTROLE PARA QUE TODOS OS SERVIÇOS CONTRATADOS E MATERIAIS DE CONSUMO CONTENHAM O "ATESTO" DO DIRETOR/ GERENTE DA UNIDADE.

Conforme o manual de compras do instituto e a descrição do setor de Supply chain. O processo de aquisição conclui com o recebimento dos materiais nas unidades. Faz parte da atividade do Gestor do CD o mecanismo de controle, no qual exige que todas as notas de material de consumo contenham o "atesto" gestor. No momento do atesto, o valor unitário de cada item/ insumo/ material de consumo ou permanente irá constar na nota a ser atestada.

Como uma das ferramentas de gestão, o Instituto GNOSIS adota protocolos para a fiel execução dos contratos acessórios ao contrato de Gestão. Esse protocolo consiste em verificar a documentação e certidões que acompanham a nota fiscal, conferindo se a prestação de serviços, com o contrato/pedido, observando se todas as informações estão de acordo, o atesto se dará através de carimbo, contendo data e assinatura do responsável pelo recebimento em local que não inviabilize a leitura dos dados do documento.

Sendo assim abaixo encaminhamos a política de avaliação e acompanhamento dos contratos:

INSTITUTO GNOSIS

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302,
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

001003

INSTITUTO GNOSIS	POLÍTICA INSTITUCIONAL	Padrão nº: POL OSS GNOSIS
		Estabelecido em: 08/11/2020
		Página 1 de 3

Atividade: Política de Avaliação e acompanhamento de Fornecedores - Serviços

Responsável: Contratos e Administração

Siglas e Definições

Qualificação – ato ou efeito de qualificar; avaliar; classificar.

Fornecedores de produtos e serviços críticos – aqueles que podem afetar a qualidade (impacta diretamente no atendimento e na satisfação do cliente) ou a segurança do produto final (tem potencial para conduzir dano aos clientes, ao patrimônio e que possa colocar em risco a continuidade operacional) da Organização.

Objetivos

Padronizar o processo avaliação, melhorar o desempenho dos processos de aquisição e desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivos da organização.

Abrangência

Contratos e Gestores administrativo

Diretrizes

1. Avaliação do fornecimento

A partir do momento que o fornecedor está habilitado e contratado conforme os critérios descritos no regulamento de compras, o fornecedor deve iniciar a prestação de serviço e o gestor administrativo da unidade deve junto ao responsável direto do serviço avaliar o prestador trimestralmente de acordo com os critérios estabelecidos previamente no formulário no google drive - Avaliação do Fornecedor.

001004

INSTITUTO GNOSIS	POLÍTICA INSTITUCIONAL	Padrão nº: POL OSS GNOSIS Estabelecido em: 09/11/2020 Página 2 de 3
Atividade: Política de Avaliação e acompanhamento de Fornecedores - Serviços **Responsável:** Contratos e Administração		

Até o 10º dia do mês seguinte ao trimestre de avaliação, os responsáveis das Unidades devem preencher, o formulário de Avaliação para cada fornecedor de serviço de sua unidade.

Os critérios pré-definidos na avaliação devem ser preenchidos e caso o representante técnico julgue necessário poderá o mesmo incluir novos critérios. Após o gestor deverá encaminhar o setor de contratos no prazo limite ao mês subsequente do trimestre avaliado.

Abaixo segue os critérios de avaliação:

Critérios de Avaliação	
Avaliação Satisfatória	Percentual de Conformidade > 70%
Avaliação Regular	Percentual de Conformidade < 70% e > 50 %
Avaliação Irregular	Percentual de Conformidade ≤ 50%

Após envio dos relatórios pelos gestores Unidades, o setor de contratos deve avaliar o indicador:

Percentual de fornecedores avaliados com nota acima de 70% (Número de fornecedores avaliados com nota acima de 70% / Número de fornecedores avaliados *100) do fornecedor conforme os Critérios de avaliação ,para cada fornecedor de serviço de sua responsabilidade.

Por sua vez, a Gestão de Contratos irá comunicar ao fornecedor o seu desempenho enviando e-mail. Para os fornecedores avaliados como regular, o fornecedor deve elaborar ações para melhoria das atividades, atividades essas que serão acompanhadas pelo gestor administrativo de cada unidade.

Para o fornecedor que for selecionado com avaliação irregular, o Setor de Contratos terá como ação: Acompanhamento gerencial nível OSS/ Unidade. Concedendo prazo de até 90 (noventa) dias para regularização dos apontamentos.

Na próxima avaliação será avaliada a tendência da qualificação do serviço.

001005

INSTITUTO GNOSIS	POLÍTICA INSTITUCIONAL	Padrão nº: PCL OSS GNOSIS
		Estabelecido em: 08/11/2020
		Página 3 de 3
Atividade: Política de Avaliação e acompanhamento de Fornecedores - Serviços **Responsável:** Contratos e Administração		

Cabe ao setor de contratos junto a Diretoria OSS, estabelecerem as providências a serem tomadas junto ao prestador de serviço com 02 ou mais avaliações recorrentes abaixo de 50%.

2.Avaliação do fornecimento

O monitoramento da prestação do serviço deve ser realizado constantemente/diariamente por todos os setores e gestores envolvidos, quando for identificada não conformidade com relação às cláusulas contratuais, o gestor deverá adotar as medidas previstas abaixo:

- Encaminhar um e-mail para o setor de contratos com o título – **Notificação;**
- O setor de contrato irá entrar em contato com o fornecedor, lhe enviado por e-mail o formulário de Intercorrência.
- O e-mail deve ser enviado com cópia para o setor da sede envolvido no processo.
- Após o envio o setor de contrato deve acompanhar o retorno do fornecedor.

3. Monitoramento e Atesto do serviço

O gestor administrativo deverá até o 5º dia útil, receber do fornecedor a Nota fiscal da competência do mês anterior e junto a mesma os seguintes documentos:

- Medição do serviço validado pelo gestor imediato;
- Certidões Negativas de Débitos (Municipal, Estadual, Federal, Trabalhista e regularidade junto ao FGTS) DENTRO DA VALIDADE;

Após o gestor administrativo deverá validar e atestar a nota e os documentos, comparando o mesmo junto ao contrato do serviço e solicitar a gestão técnica da unidade que valide a nota, para então encaminhar para a SEDE administrativa.

001006

INSTITUTO GNOSIS	POLÍTICA INSTITUCIONAL	Padrão nº: POL OSS GNOSIS
		Estabelecido em: 08/11/2020
		Página 4 de 3

Atividade: Política de Avaliação e acompanhamento de Fornecedores - Serviços

Responsável: Contratos e Administração

O setor de administração da sede realiza a entrada da nota no sistema TOTVS, Valida e atesta e após encaminha para a validação e o ateste da área técnica Sede.
Após a nota é encaminhada para o financeiro.

Caso algum dos itens acima estiver em desacordo, enviar automaticamente o e-mail para o fornecedor.

Documentos de Referência para Atendimento às Diretrizes

Não se Aplica

Indicadores - Efetividade

Percentual de Fornecedores Avaliados

Percentual de fornecedores avaliados com nota acima de 70%

001007

INSTITUTO GNOSIS

CONTROLE PATRIMONIAL

O controle patrimonial é um tipo de controle interno que permite a manutenção de informações atualizadas acerca dos bens públicos permanentes, tais como, as informações sobre a aquisição, responsável pela carga patrimonial e os registros de baixa patrimonial.

Sempre que ocorrer aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverá ser incorporada e patrimoniadas pela SMS/RJ ao final do Contrato de Gestão, devendo a CONTRATADA apresentar os documentos e informações pertinentes para tal.

O instituto deve patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio. A tabela deve ser fornecida como um dos relatórios a CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos serão informados no Painel de Gestão.

Os patrimônios da Unidade de Saúde como: equipamentos e materiais de escritórios que necessitem de troca ou mudança de setor devem ser comunicados, previamente, ao setor de patrimônio para seu devido controle. Toda solicitação deve ser encaminhada ao patrimônio pelo responsável imediato de cada setor/departamento.

Modelo de etiqueta de identificação de patrimônio:



Segue o procedimento referente a gestão de patrimônio:

INSTITUTO GNOSIS

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.689 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-002

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

001010

NORMAS E PROCEDIMENTOS

GESTÃO DE PATRIMÔNIO

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001011

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – NORMAS E PROCREDIMENTOS

OBJETIVO 3
CONCEITO 3
CLASSIFICAÇÃO 3
PEDIDO DE MATERIAL PERMANENTE 4
AQUISIÇÃO 4
RECEBIMENTO 4
REGISTRO PATRIMONIAL 4
PRESTAÇÃO DE CONTAS 5
RESPONSABILIDADE DE USO, GUARDA E CONSERVAÇÃO 5
MOVIMENTAÇÕES DE MATERIAL 6
INVENTÁRIO 6
DESFAZIMENTOS E RENUNCIA 7
BAIXA PATRIMONIAL 7

CAPÍTULO 2 – FLUXOGRAMA OPERACIONAL

FLUXOGRAMA GERAL - GESTÃO PATRIMONIAL 9
RECEBER E TRANSFERIR BENS MÓVEIS 10
ATENDER SOLICITAÇÃO DE REPARO DE BENS MÓVEIS 11
ATENDER SOLICITAÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO DE BENS OU EQUIPAMENTOS 12
REALIZAR A BAIXA DE BENS PATRIMONIAIS 13
CONTROLAR REPARO DE EQUIPAMENTOS 14
PROMOVER O INVENTÁRIO ANUAL DE BENS PATRIMONIAIS 15

CAPÍTULO 3 – MODELOS DE FORMULÁRIOS

FO – GUIA DE ENTREGA DE BENS 16
FO – TRANSFERÊNCIA DE BENS DE UNIDADE PARA UNIDADE 17
FO – TRANSFERÊNCIA DE BENS DE UNIDADE PARA MANUTENÇÃO 18
FO – CONTROLE DE BENS / INVENTÁRIO 19

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99646-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001012

1) Objetivo

Promover de modo eficiente e eficaz o controle de bens patrimoniais referentes a: inventário, movimentação, disponibilização, baixa patrimonial e manutenção de pequeno monte; zelando pelo patrimônio do Instituto Gnosis e de seus projetos, convênios e contratos de gestão associados; com qualidade, responsabilidade, agilidade e compromisso. Atuando em parceria com os demais setores da Instituição para a otimização de processos de trabalho e garantia de boas práticas administrativas.

2) Conceito

Material Permanente: É aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde normalmente sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a um (01) ano. Sua aquisição é realizada em despesa de capital e possui controle individualizado.

3) Classificação

Quanto à forma de utilização, um bem móvel é classificado em:

a) de uso individual, quando apenas uma pessoa o utiliza contínua e constantemente;
b) de uso coletivo ou comum, quando for utilizado por várias pessoas.

Quanto à conservação patrimonial, um bem é classificado como:

a) Bom – quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;
b) Ocioso – quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;
c) Recuperável – quando estiver avariado e sua recuperação for possível e orçar, no máximo, até cinquenta por cento de seu valor de mercado;
d) Antieconômico – quando estiver avariado e sua recuperação orçar mais do que cinquenta por cento de seu valor de mercado ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo;
e) Inservível – quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

Quanto à segmentação patrimonial, um bem é classificado como:

a) Equipamento tecnológico
b) Mobiliário geral
c) Equipamento geral
d) Equipamento médico
e) Mobiliário médico
f) Equipamento de saúde bucal

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001013

4) Pedido de Material Permanente

Ao identificar a necessidade de compra de um novo bem, a gerência da unidade de saúde deve acionar a Coordenação Técnica do Instituto Gnosis.

A Coordenação deve solicitar e formalizar o pedido de compra, com toda a especificação necessária, atendendo aos fluxos do departamento de Compras.

5) Aquisição

Os materiais componentes do patrimônio podem ser adquiridos mediante compra ou doação:

a) Compra – aquisição remunerada de material com utilização de recursos orçamentários;
b) Doação – modalidade de aquisição em que os materiais são entregues gratuitamente ao SMS RJ, por entidades públicas ou privadas;

No caso de compra do material, é responsabilidade do Setor de Compras a aquisição do bem, previamente autorizado pelo requisitante, de acordo com o que dispõe a Lei nº 8.666/93.

6) Recebimento

Compete ao gestor da unidade, receber, conferir e notificar à equipe de Patrimônio quanto ao recebimento dos bens móveis e materiais adquiridos.

Ao receber o item, o bem deve estar acompanhado:

a) No caso de compra, de Nota Fiscal e Ordem de Fornecimento, ambos têm que constar a quantidade a ser entregue, a unidade de destino. O recebimento físico deve estar de acordo com os documentos.
b) No caso de doação, deve constar o termo ou outro documento comprobatório que oriente o registro do bem no sistema.

Após o processo, propriamente dito, de recebimento e entrada, a nota fiscal deve ser atestada no verso, pelo responsável no recebimento e encaminhado em conjunto com a Autorização de Fornecimento, para a Sede do Instituto Gnosis, via malote.

7) Registro Patrimonial

Consiste na formalização da inclusão física de um material permanente, com a atribuição de um número único gravado em uma plaqueta e afixado no bem.

Na fixação de plaqueta, deverão ser observados os seguintes aspectos:

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001014

a) Fixar na parte posterior do bem, porém o mesmo deve ficar em local de fácil visualização para efeito de identificação;
b) Evitar fixar plaqueta em partes que não ofereçam boa aderência;
c) Evitar áreas que possam acarretar a deterioração da plaqueta.

Materiais permanentes recebidos, mediante a qualquer processo de aquisição, devem ser incorporados ao patrimônio e identificados, imediatamente, antes de seguirem para utilização.

8) Prestação de Contas

Compete ao responsável pela Carga Patrimonial, apresentar formalmente, até o 3º dia útil de cada mês subsequente ao recebimento do item, descrevendo as informações necessárias para balancete, tais como:

a) Planilha contendo as informações da nota fiscal e do bem adquirido com numeração de identificação;
b) Envio da nota fiscal original.

9) Responsabilidade por uso, guarda e conservação

Cabe ao responsável pela Carga Patrimonial receber, zelar, guardar e conservar o bem que está destinado ao uso do setor, estando sob sua chefia.

Compete ao responsável pela Carga Patrimonial (gerente da unidade e/ou setor):

a) Solicitar no início de suas atividades na unidade para qual foi designado, que seja lavrado o Termo
b) Geral de Responsabilidade de Bens que serão mantidos sob sua guarda;
c) Conferir e certificar o Material Permanente existente sob sua guarda, quando dispensado das atribuições na unidade para a qual foi designado;
d) Adotar medidas, estabelecer procedimentos complementares às normas constantes nesse manual, que visem garantir o efetivo controle do Material Permanente existente em sua unidade;
e) Realizar conferência periódica, parcial ou total, sempre que julgar conveniente e oportuno, independentemente do inventário anual;
f) Supervisionar as atividades relacionadas com o bom uso e guarda dos bens localizados em sua unidade.
g) Dedicar cuidado aos bens, bem como ligar, operar e desligar equipamentos conforme as recomendações e especificações do fabricante;
h) Adotar providências que preservem a segurança e conservação dos bens existentes na unidade;
i) Manter os bens de pequeno porte em local seguro;
j) Comunicar, o mais breve possível, ao Setor de Patrimônio, a ocorrência de qualquer irregularidade envolvendo o bem, providenciando, em seguida, a comunicação escrita.

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001015

10) Movimentação de material

A movimentação de bens entre unidades deve ser precedida de registro no instrumento de controle no período ocorrido entre sua incorporação e desincorporação patrimonial.
O Setor de Patrimônio deve supervisionar e controlar a transferência de bens entre unidades.
Nenhum material deve ser movimentado sem a ciência do Setor de Patrimônio, e toda movimentação deve ser realizada mediante o termo de responsabilidade e termo de transferência, devidamente assinados pelos responsáveis.

11) Inventário

Procedimento administrativo realizado por meio de levantamentos físicos, que consiste no arrolamento físico-financeiro de todos os bens existentes nas unidades e setores administrativos.

11.1 – Objetivos:

a) verificar a exatidão dos registros de controle patrimonial, mediante a realização de levantamentos físicos na unidade ou setor administrativo;
b) fornecer subsídios para a avaliação e controle gerencial de materiais permanentes.

11.2 – Tipos de Inventários

a) de verificação: realizado a qualquer tempo, com o objetivo de verificar qualquer bem, por iniciativa do Setor de Patrimônio ou a pedido do responsável pela carga patrimonial;
b) de transferência – realizado quando da mudança de um titular de função de confiança detentor da carga patrimonial;
c) de criação – realizado quando da criação de uma unidade;
d) de extinção - realizado quando da extinção ou transformação de uma unidade;
e) anual – realizado para comprovar a exatidão dos registros de controle de todo o patrimônio.

Durante a realização de qualquer tipo de inventário, fica vedada toda e qualquer movimentação física de bens localizados nas unidades.

O inventário anual é realizado por uma Comissão de Inventário, onde é representada por uma pessoa da equipe do setor de Patrimônio, um responsável da unidade ou seu representante, e caso possível, um servidor do município.

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11880 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99046-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001016

A Comissão de Inventário é competente para:

a) Identificar a situação patrimonial e o estado de conservação dos bens inventariados;
b) Propor ao Gerente a apuração de irregularidades constatadas;
c) Relacionar e identificar com numeração própria os bens permanentes que se encontram sem o Registro Patrimonial (plaqueta metálica);
d) Solicitar o livre acesso em qualquer recinto para efetuar levantamento e vistoria de bens.

12) Desfazimento e renúncia

O material permanente considerado pela Comissão especifica como ocioso, recuperável, antieconômico ou irrecuperável, cuja permanência ou remanejamento seja, julgado desaconselhável ou inexequível, é passível de doação ou desfazimento, por meio de inutilização ou abandono. Sendo esses autorizados conforme abaixo:
a) Doação, permitida exclusivamente para fins e uso de interesse social;

A doação deve ser devidamente justificada pela autoridade competente, observando-se o seguinte quanto à destinação do material:

a) Ocioso e Recuperável, para órgãos ou entidades públicas;
b) Antieconômico, para Estados e Municípios mais carentes, empresas públicas, instituições filantrópicas;
c) Inservível, para instituições filantrópicas, desde que reconhecidas de utilidade pública pelo governo federal.

O desfazimento dos bens considerados genericamente inservíveis fica a cargo da Comissão de Baixa composta de, no mínimo, três membros, sendo um o responsável pelo patrimônio do Instituto Gnosis, o outro pelo setor de patrimônio da Coordenação de Área Programática ou Secretaria Municipal, e o terceiro, por um responsável técnico pelos laudos de condenação.

13) Baixa patrimonial

Retirada de bem do patrimônio, mediante registro de transferência para o controle de bens baixados, feita exclusivamente pela Comissão de Baixa. O número do bem baixado não será aproveitado para qualquer outro bem.

A autorização de efetivação da baixa patrimonial compete a Comissão de Baixa, em processo administrativo com a devida justificativa.

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11883 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001017

FLUXOGRAMA OPERACIONAL

Legenda:
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
(*) – Contato do setor: leandro.pereira@institutognosis.org.br / Tel: (21) 99846-2672

Indicadores:

1 - FLUXOGRAMA GERAL – GESTÃO DE PATRIMÔNIO

2 - RECEBER E TRANSFERIR BENS MÓVEIS

3 - ATENDER SOLICITAÇÃO DE REPARO DE BENS MÓVEIS

4 - ATENDER SOLICITAÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO DE BENS OU EQUIPAMENTOS

5 - REALIZAR A BAIXA DE BENS PATRIMONIAIS

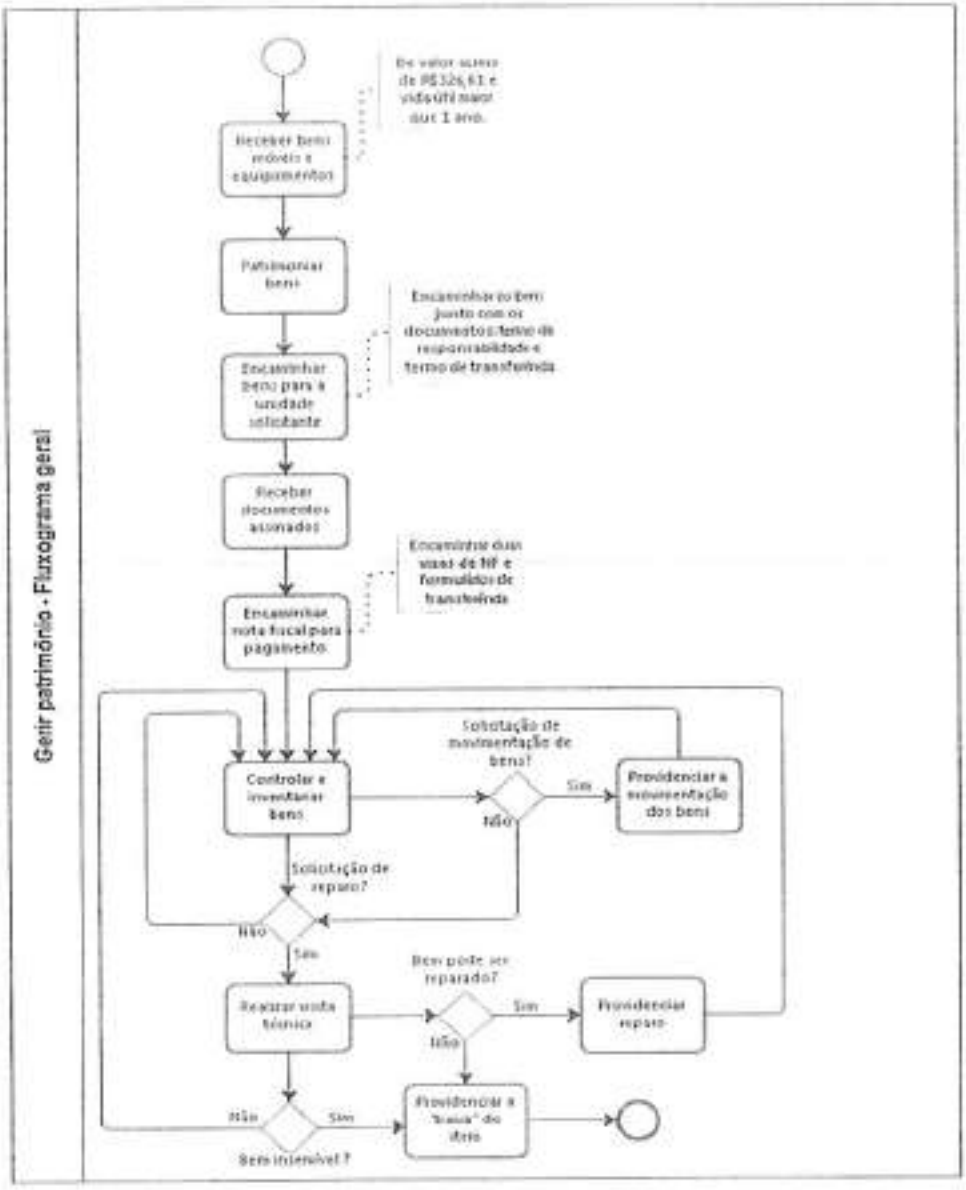
6 - CONTROLAR REPARO DE EQUIPAMENTOS

7 - PROMOVER O INVENTÁRIO ANUAL DE BENS PATRIMONIAIS

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001018

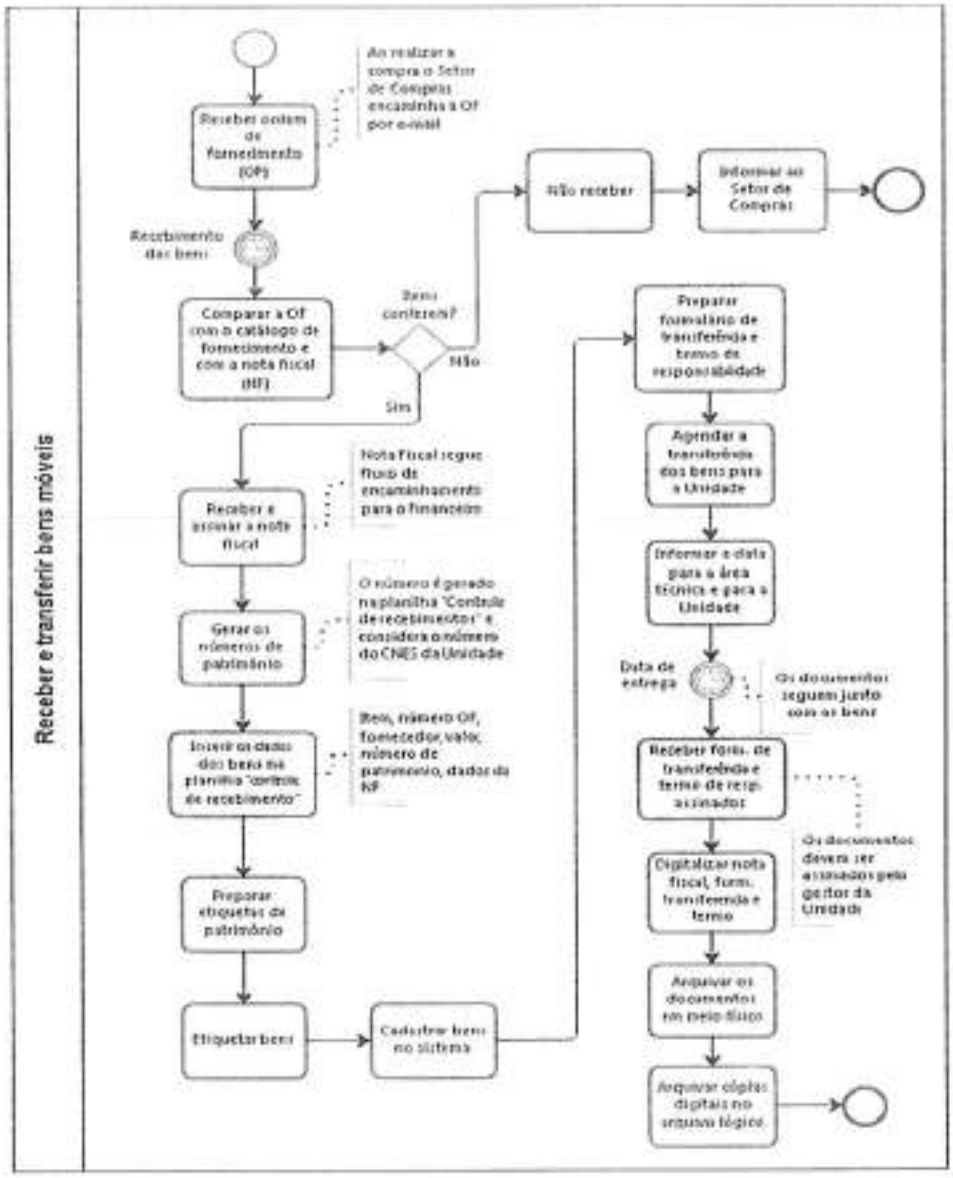
FLUXOGRAMA GERAL – GESTÃO DE PATRIMÔNIO



Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001019

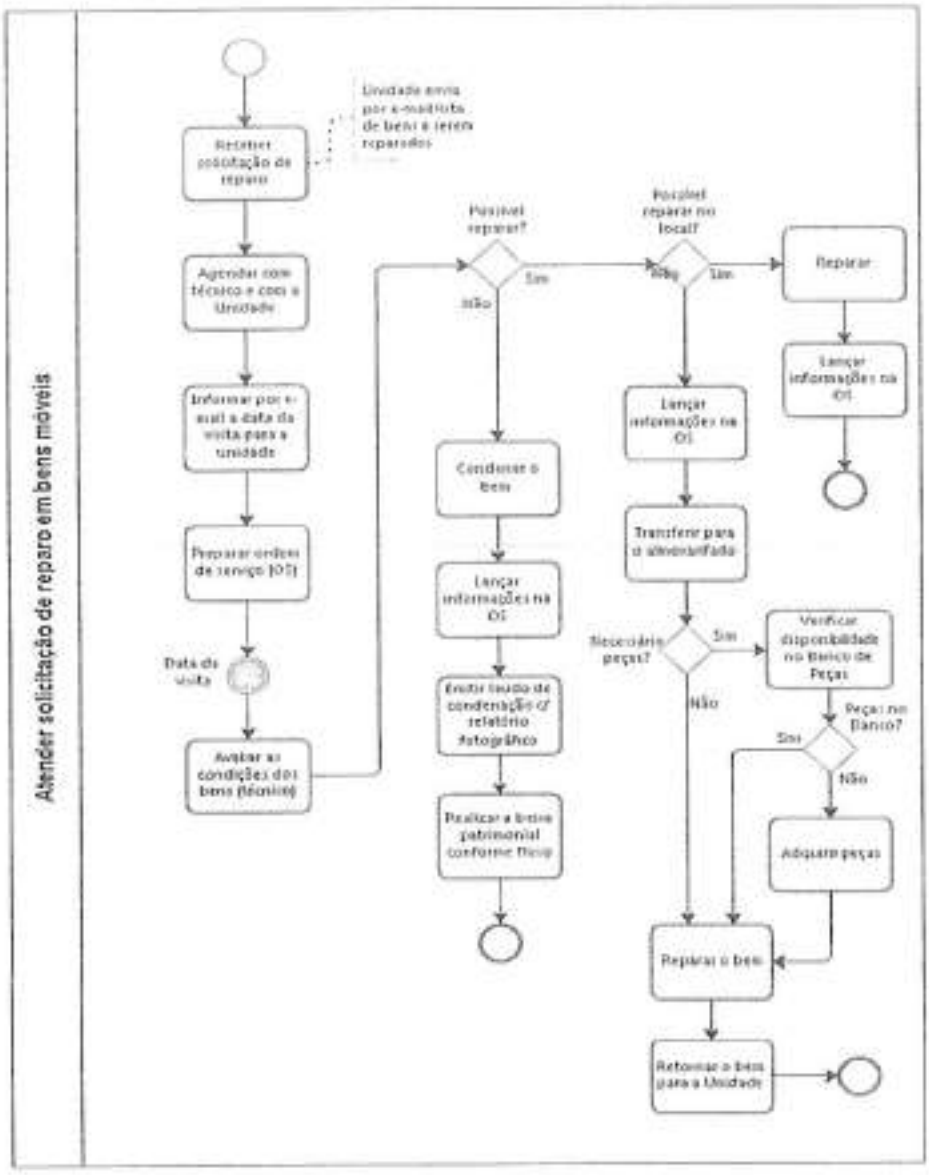
RECEBER E TRANSFERIR BENS MÓVEIS



Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001020

ATENDER SOLICITAÇÃO DE REPARO DE BENS MÓVEIS

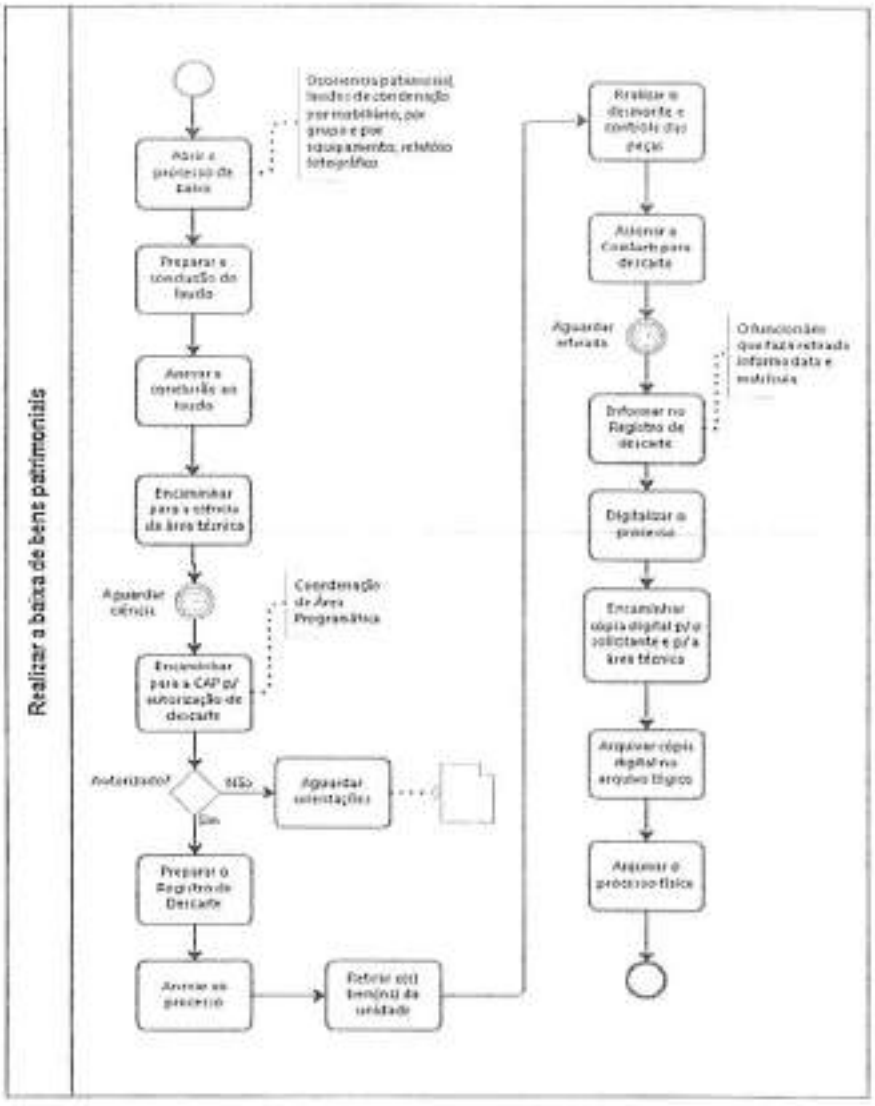


Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

11

001021

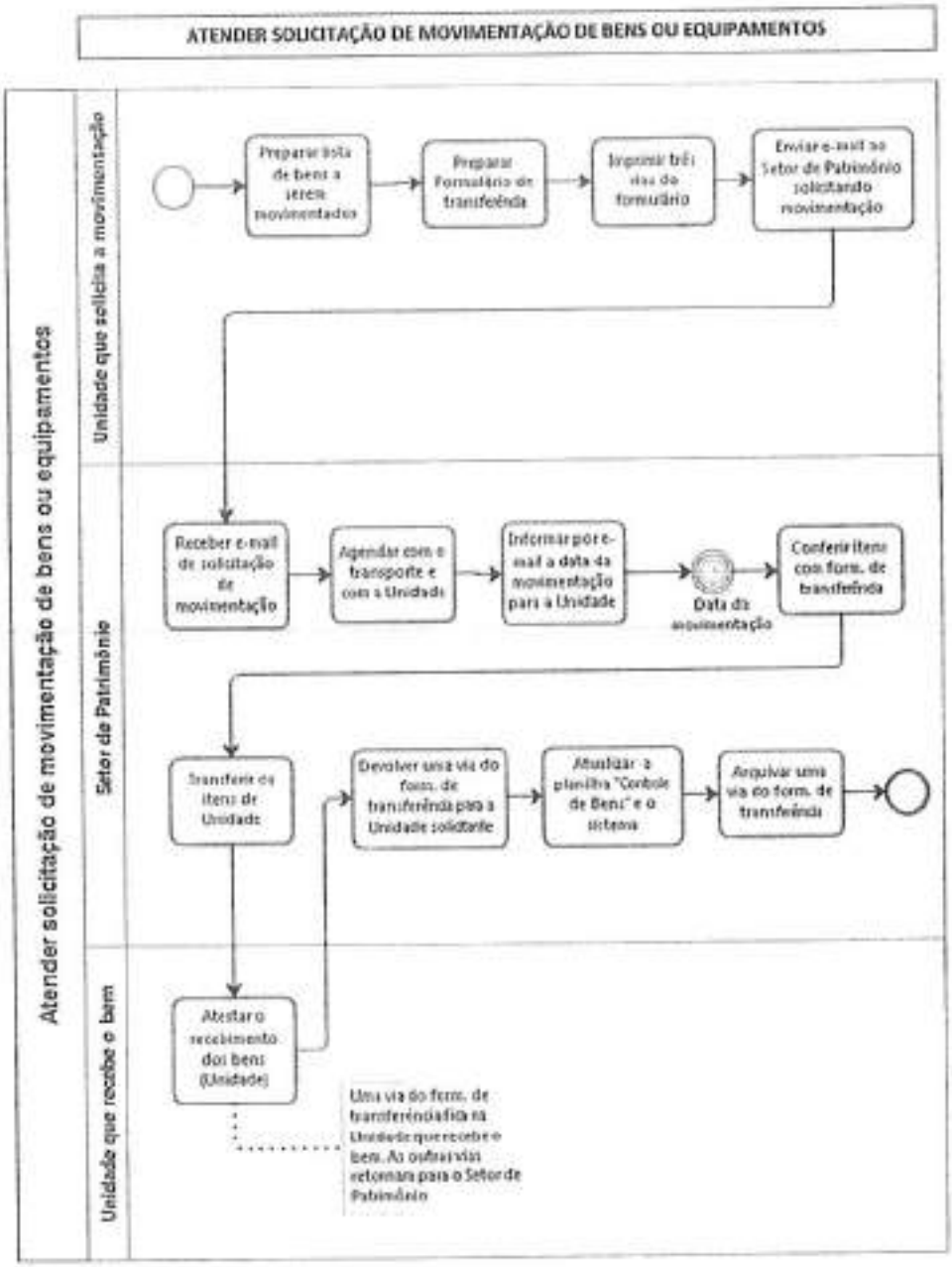
REALIZAR A BAIXA DE BENS PATRIMONIAIS



Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

13

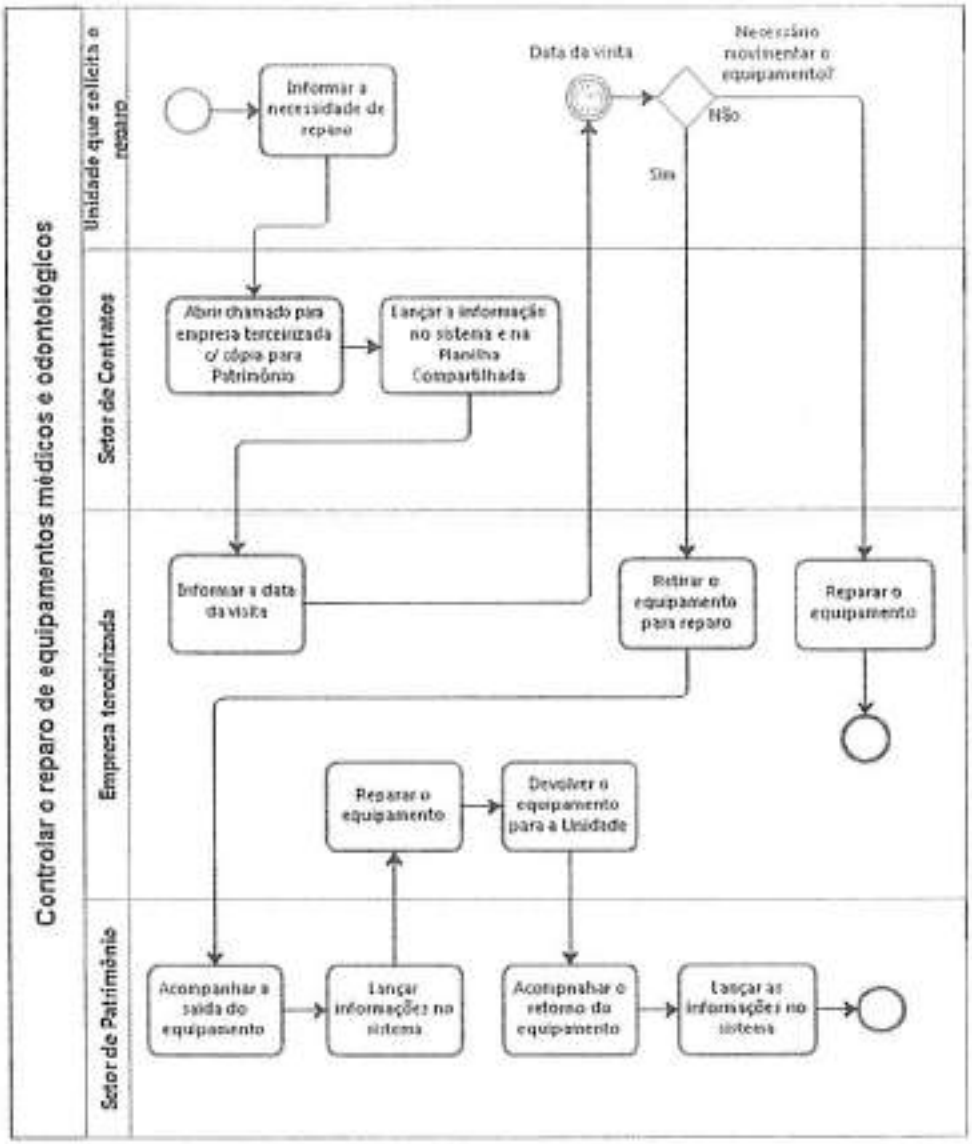
901023



Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001022

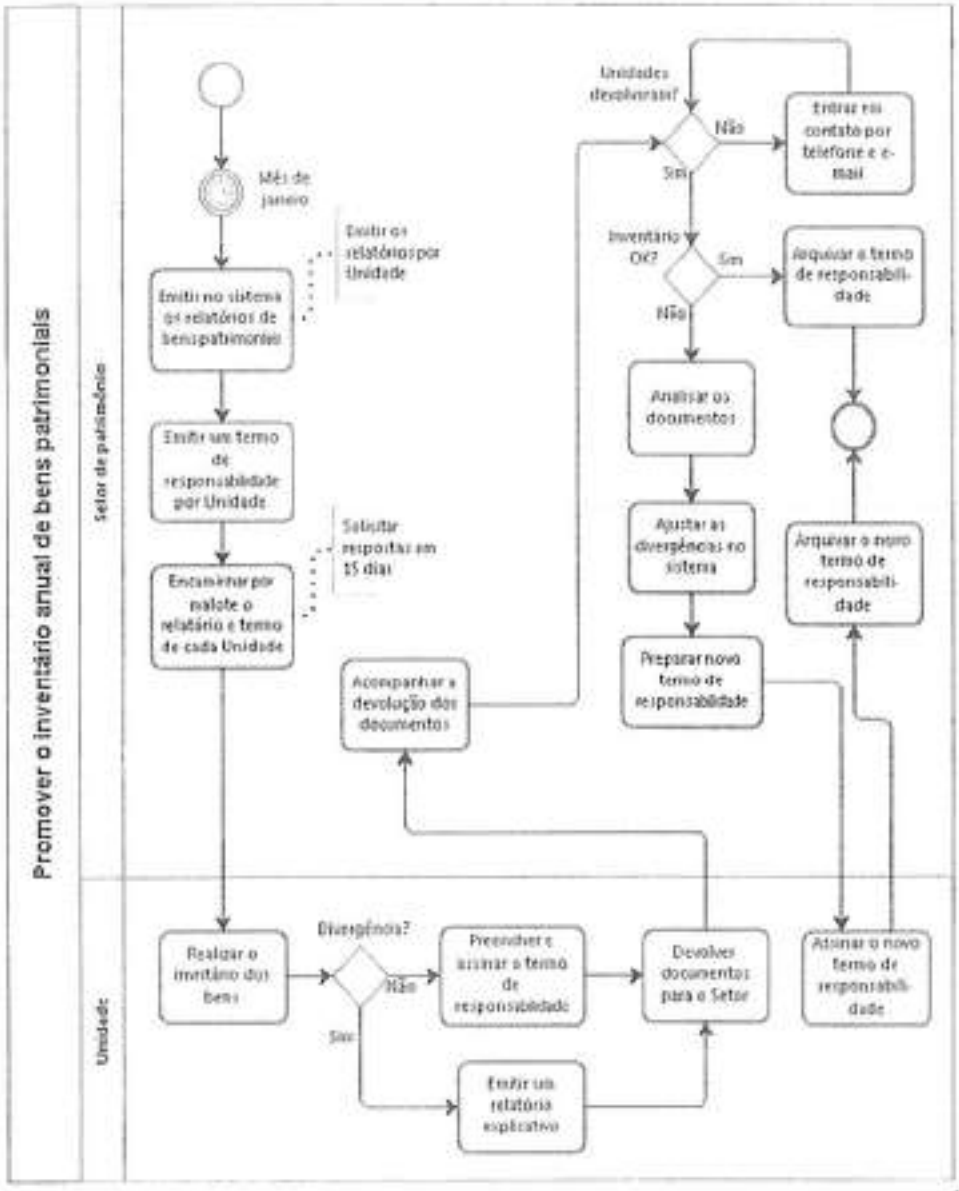
CONTROLAR REPARO DE EQUIPAMENTOS



Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11888 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001024

PROMOVER O INVENTÁRIO ANUAL DE BENS PATRIMONIAIS



15

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001025

MODELOS DE FORMULÁRIOS:

1. **Guia de entrega de Bens**

Formulário utilizado para realização de entrega de novos bens adquiridos pelo Instituto Gnosis. A função deste é formalizar a entrega com todas as informações pertinentes a Carga Patrimonial, para responsabilização do solicitante.

Este documento é de responsabilidade da equipe de Patrimônio realizar sua emissão, ele registra a entrada do bem na Instituição e confirma a identificação e cadastro do item adquirido.



GNOSIS

Nº PATRIMÔNIO	DESCRIÇÃO DO BEM	FABRICANTE	Nº NOTA FISCAL	DT DE AQUISIÇÃO	CARGA	SETOR DE DESTINO

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001026

2. **Transferência de bens de unidade para unidade**

Formulário utilizado para atender ao fluxograma 4 (quatro), com a finalidade de documentar o procedimento adotado e atualização dos controles.

Este documento é de responsabilidade de emissão da unidade que transfere. O gestor deverá emitir 3 vias deste, com todas as informações do bem a ser transferido. Após efetivação da movimentação e assinatura de confirmação de todos os envolvidos, a unidade que recebe o item em questão, deverá enviar por malote, 1 (uma) via do documento para unidade que transfere, 1 (uma) via do documento para a o Setor de Patrimônio e arquivar 1 (uma) via em seu controle interno.

GNOSIS

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS DE UNIDADE PARA UNIDADE

Nº PATRIMÔNIO	DESCRIÇÃO DO BEM	ESTADO DE CONSERVAÇÃO	SETOR DO BEM (SIG)	MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001027

3. **Transferência de bens de unidade para Manutenção**

Formulário utilizado para controle de movimentação de bens com defeito, possibilitando o controle por estimativa de prazos para reparo do mesmo.

Este documento é de responsabilidade de emissão do gestor da unidade. Após avaliação técnica e detecção de necessidade de retirada, em conjunto com o técnico, deve-se informar o prazo de devolução do item reparado.

OBS:

- Em caso de condenação do item, o técnico deve deixar um parecer técnico condenado o material avaliado.
- Não é permitida a retirada de bens da unidade, sem documentação e/ou autorização da gestão geral, mesmo que condenado.

GNOSIS INSTITUTO GNOSIS GESTÃO PATRIMONIAL

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS PARA MANUTENÇÃO

UNIDADE que transfere: _____ Nº DO FORMULÁRIO: _____

Nº. PATRIMÔNIO	DESCRIÇÃO DO BEM	LOCAL DE EXECUÇÃO DA MANUTENÇÃO	DATA DE ENVIO P/ MANUTENÇÃO	DATA PREVISTA P/ ENTREGA

UNIDADE que transfere	Data	Responsável para recolhimento
Assinatura do Gestor da Unidade	___/___/___	Assinatura do responsável pelo Recolhimento

Este formulário deve ser preenchido em 3 (três) vias: 1ª Via: UNIDADE, 2ª Via: Setor de Patrimônio e 3ª Via: Setor Manutenção

18

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11889 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

001026

4. Controle de Bens / Inventário

Formulário utilizado para realização do inventário, a fim de revisar e atualizar a vida útil dos bens. Os itens serão identificados por meio de placas acompanhadas com numeração sequencial do patrimônio.

Este documento é de responsabilidade da equipe de Patrimônio realizar sua emissão, ele registra o controle dos bens nas unidades da Instituição e confirma a identificação e cadastro do item.

INSTITUTO GNOSIS
GESTÃO PATRIMONIAL

CONTROLE DE BENS

UNIDADE:		CNES:	Nº DO FORMULÁRIO:
Nº PATRIMÔNIO	DESCRIÇÃO DO BEM	SETOR	CONSERVAÇÃO

Página 1

Gestão Patrimonial
Data ____/____/____

Responsável pelo Bem
Data ____/____/____

Instituto Gnosis
Avenida das Américas, nº 11883 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22793-082
Tel.: 2147-8191 / 99846-2672
leandro.pereira@institutognosis.org.br

961029

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da saúde

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Rio de Janeiro
2021

001030

A saúde da família é desenvolvida na forma do trabalho em equipe, com territórios definidos, por meio de práticas de cuidado e de gestão democrática e participativa, em que se assume a responsabilidade sanitária por uma dada área, na qual vivem as populações. A atenção está centrada na família, compreendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, possibilitando às equipes de saúde da família estabelecerem uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas.

Para ampliar a abrangência e o escopo das ações da Saúde da família, bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde editou ainda a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua capacidade de resolução de problemas. São constituídos por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento do campo da saúde, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais das equipes de saúde da família e compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes. Assim, os NASF entre outros aspectos, atuam diretamente no apoio matricial as equipes das unidades no território.

O modelo de atenção à saúde definido nesta proposta para a organização da APS no município do Rio de Janeiro, visa a construção gradativa de redes e territórios integrados a partir da ampliação da cobertura da Saúde da Família, integrando as ações da promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde, coordenando as diferentes ofertas e contribuindo para a reorientação sistêmica dos equipamentos de saúde existentes na região, atendendo as determinações do Ministério da Saúde das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS, foram instituídas pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, como diretriz para reestruturação das redes de atenção à saúde, como o objetivo de diminuir a fragmentação do cuidado e

favorecer sistemas que atendam às necessidades de saúde da população, com baixo custo, maior eficiência e qualidade.

A organização do território por redes de atenção à saúde, define a atenção primária como porta preferencial e ordenadora do sistema de saúde, por possibilitar a ampliação do acesso dos usuários ao SUS. Um dos desafios colocados é ampliar o foco de atenção para o manejo das condições crônicas, atendendo concomitantemente as situações agudas, além de diminuir as lacunas assistenciais importantes no sistema de saúde.

Nesta proposta é valorizada abordagem territorial para a promoção da saúde, que incorpore as várias significações do território e a participação comunitária, entendida como produção compartilhada de conhecimento, informação e ação em que são fortalecidas as habilidades, atitudes e compromissos dos profissionais de saúde e a consciência do cidadão quanto às medidas necessárias na promoção e cuidado da sua saúde.

Diante dos desafios a Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura municipal do Rio de Janeiro, seleciona organizações sociais implementadoras capazes de apoiar técnica e administrativamente a implantação e implementação de ações e serviços de saúde, dinamizando inovando tecnologias na organização da APS, tendo saúde da família como eixo de sua estruturação.

As unidades de saúde de APS que integram a RAS no município do Rio de Janeiro, compõem a rede responsável pelo primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Essa rede é orientada pelos princípios do SUS, tendo a saúde da família como estratégia para reorganização da APS, que pressupõe a descrição da clientela, o cuidado integral e a corresponsabilidade pela saúde, entre o profissional e o cidadão.

Respeitando o modelo político-gerencial hora adotado pela Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura do município do Rio de Janeiro, que preconiza a integração das políticas e serviços de saúde no formato de redes, o Instituto GNOSIS destaca a necessária e importante articulação da APS aos outros níveis

de complexidade do sistema através de mecanismos de referência e contrarreferência solidamente estruturados e regulados.

A gestão realizada a partir das RAS deverá não somente atender as necessidades de saúde da população, mas também garantir a informação em saúde, permitindo o monitoramento das ações, tomadas de decisões, avaliação dos resultados e do impacto alcançado, para a retroalimentação do processo de gerenciamento, com diagnóstico precoce de possíveis falhas e correção das mesmas de forma sistemática e concomitante à execução. Essa proposta, torna evidente a profunda necessidade de participação do controle social na definição dos caminhos, tanto do ponto de vista regional quanto local, garantindo o exercício da democracia e os princípios básicos do SUS.

O conceito das RAS se concretiza através de elementos chave com os quais o Instituto GNOSIS reafirmou cenário do modelo gerencial a que se propõe:

a) Definição de um escopo de ações e serviços prestados à população definida em um território definido, em arcabouço matricial;
b) Estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;
c) Integração das organizações envolvidas em torno de objetivos comuns e compromissos com resultados;
d) Eficiência e transparência na gestão dos recursos;
e) Gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla com construção de confiança e solidariedade;

A integração da produção de saúde deverá também ser implementada a partir de vários dispositivos e mecanismos, dos quais destacam-se as Diretrizes de atenção para parceria solidária, caracterizadas por recomendações que orientam as decisões assistenciais.

Ressalta-se que as diretrizes, desdobradas em Guias de Práticas Clínicas e Protocolos Assistenciais, orientarão as Linhas de Cuidado e possibilitarão a melhoria da comunicação entre os serviços e a programação de ações.

O conjunto das linhas de cuidados será uma forma de articulação dos recursos e das práticas de produção da saúde, entre as unidades da região de

saúde para condução oportuna e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades detectadas. O conjunto das linhas de cuidado, visa a coordenação ao longo do continuo assistencial, por meio da pactuação de responsabilidades e de tarefas das diferentes unidades, profissionais e a conectividade entre eles a partir da colaboração e complementaridade.

A proposta de gerenciamento do Instituto GNOSIS para as unidades de saúde que compõem o objeto do Contrato de Gestão, baseia em primeira instância, em modelo de gestão compartilhada entre o Instituto GNOSIS e a Secretaria Municipal de Saúde. Entendemos que a soma dos saberes e a troca de experiências entre as unidades do Instituto GNOSIS e a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, podem alavancar mudanças significativas no processo de trabalho e impactar positivamente nos resultados dos indicadores gerenciais e de saúde do território em questão. Nossa proposta é de realização de um trabalho efetivo de cogestão da área, através da integração do corpo técnico do Instituto GNOSIS com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura do Rio de Janeiro.

O Instituto GNOSIS entende que cabe a Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura do Rio de Janeiro definir as diretrizes das políticas a serem executadas, e cabe ao instituto possibilitar que estas ocorram de forma efetiva, eficaz e eficiente, utilizando o recurso público através de mecanismos responsáveis e transparentes.

Serão criados espaços de gestão compartilhada de articulação das ações a serem executadas. Serão realizadas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, reuniões, fóruns, oficinas e rodas de conversa, afim de entre outras questões:

- Aprofundar o conhecimento acerca dos problemas de saúde de cada território;

- Definir as prioridades a serem enfrentadas de acordo com a epidemiologia local e características específicas do território;

INSTITUTO GNOSIS

- Identificar nós críticos e definir objetivos, metas e ações mais adequadas para o enfrentamento dos problemas;

- Elaborar um plano de ação para enfrentamento das prioridades definidas;

- Avaliar fluxos, validá-los, e se for o caso, redefini-los;

- Avaliar os indicadores estabelecidos para monitoramento dos resultados, validá-los, e se for o caso, redefini-los.

Uma ação importante que será fomentada pelo Instituto GNOSIS é a criação de Conselhos Gestores Locais, distribuídos nas unidades de saúde que compõem a presente proposta de trabalho, com representantes da Secretaria Municipal de Saúde e Instituto GNOSIS, de outras secretarias da prefeitura (como a de educação e assistência social), de profissionais da unidade e de usuários.

Os Conselhos Gestores Locais, são a efetivação do direito de participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde, estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988 e garantido a partir da Lei Federal nº 8.142/1990, que regulamenta a participação dos vários segmentos da população na gestão do SUS, através dos conselhos e conferências de saúde.

A formação de conselhos gestores locais têm por objetivo descentralizar as discussões e focá-las no nível local. Para o fortalecimento das ações desses conselhos, destaca-se a importância da promoção de eventos, de fóruns e de capacitação periódica, nos quais os conselheiros possam socializar ideias, construir conceitos e sugerir ações conjuntas.

É de responsabilidade das unidades de saúde o desenvolvimento de ações que fomentem a participação popular, sensibilizando os usuários para sua responsabilidade política e social, envolvendo, além dos conselhos gestores os movimentos da sociedade civil organizada, tais como associações, organizações não governamentais, cooperativas e outras instituições.

Para o desenvolvimento destas ações, pressupõe-se que as unidades de saúde sejam espaços de planejamento, exigindo do gestor local conhecimento das necessidades da área de abrangência sob sua responsabilidade, capacidade para com a equipe eleger prioridades, orientar e administrar os

setores da unidade. É primordial que se estabeleçam canais de comunicação entre gerentes, funcionários e população, a interação harmoniosa entre eles deve ser pretendida e defendida, permitindo a qualidade do serviço oferecido. As reuniões periódicas são espaços importantes para a definição das atividades, com foco nas necessidades de saúde das pessoas e canal aberto de compreensão e avaliação do serviço.

Tal *modus operandi* torna-se necessário para definição de ações, condicionadas pelas prioridades locais e pela ação intersetorial e guiadas pela soma de saberes e experiências.

Entre os aspectos que contemplam as atividades a serem desenvolvidas podemos destacar:

- Implantação implementação ou manutenção de rotinas internas de trabalho para as equipes de saúde da família, através da elaboração de um regimento que atenda as atividades desenvolvidas nas unidades, tanto as de caráter intra-muro como as extra-muro;

- Utilização de rotinas e protocolos estabelecidos pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, consoantes com as premissas do ministério da Saúde;

- Utilização do acolhimento nas unidades como mecanismo regulador das ações, entendendo ter abordagem familiar um caráter integral e ampliado ao ambiente socioeconômico; e

- Registro das ações através de prontuário eletrônico do paciente, objeto de avaliação sistemática de comissão própria.

Tal proposta evidenciará as necessidades de educação permanente das equipes, sinalizará as demandas específicas do indivíduo e de sua família, e regulará as ações de gestão local e regional.

Destaca-se também, a importância de ações de incentivo a participação popular, para o fortalecimento do controle social do SUS e a implementação de políticas de saúde mais próximas das necessidades da comunidade.

INSTITUTO GNOSIS

O Instituto GNOSIS deverá realizar os serviços de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, segundo Convocação Pública – CP Nº 011/2021. Enfim o Instituto GNOSIS pretende ter como modelo operacional de gestão as seguintes premissas:

- Atuar junto a população e território definidos para as unidades de saúde, apoiando-se na estrutura das RAS;
- Desenvolver mecanismos efetivos, eficientes e eficazes de coordenação clínica e gerencial, em uma ótica de transparência na gestão dos recursos;
- Realizar uma gestão compartilhada de diferentes níveis hierárquicos;
- Ampliar a cobertura e qualificar a rede de atenção à saúde no Município do Rio de Janeiro.

Segue a planilha de rubricas de despesa mensal:

Sede
Edifício Flag's Center – 3º andar – Sala 302.
Av. das Américas, 11.889 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 22793-082

Filial
Rua Abreu Rangel, 200 -
Centro - Maricá – RJ - Cep: 24900-000

901037

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da saúde

PLANILHA DE ESTIMATIVA DE CUSTOS MENSAIS DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA Nº 5.1

A4 -CONTRATO E CONSUMO - ESF	VALOR (R$)
ÁGUA E ESGOTO	R$ 81.000,00
COLETA DE LIXO	R$ 16.000,00
DESINSETIZAÇÃO E DESRATIZAÇÃO	R$ 5.000,00
FORNECIMENTO DE LUZ	R$ 81.000,00
GASES MEDICINAIS	R$ 18.000,00
GESTÃO DE SOFTWARE/Informática/Sistema de informação	R$ 50.000,00
INSUMOS HOSPITALARES	R$ 450.000,00
INTERNET BANDA LARGA	R$ 15.500,00
LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R$ 360.000,00
LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	R$ 75.000,00
PEÇAS DE EQUIPAMENTOS	R$ 85.000,00
MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO	R$ 130.000,00
MANUTENÇÃO PAISAGISMO E JARDINS	R$ 15.000,00
MANUTENÇÃO PREDIAL	R$ 130.000,00
MATERIAL DE INFORMÁTICA	R$ 15.400,00
MATERIAS DE ESCRITÓRIO / IMPRESSOS	R$ 50.000,00
MATERIAIS DE LIMPEZA	R$ 290.000,00
OUTRAS DESPESAS DE CONSUMO	R$ 19.000,00
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	R$ 78.913,00
TELEFONIA MÓVEL E FIXA	R$ 24.000,00
UNIFORMES	R$ 16.000,00
TOTAL	R$ 2.917.813,00

MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

Rio de Janeiro
2021

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da saúde

A5 - CONTRATOS	VALOR (R$)
OFTALMOLOGIA	R$ 99.000,00
EXAMES DE IMAGENS (RAIO/ULTRASSOM)	R$ 559.140,00
PROTESE DENTARIA	R$ 10.000,00
TOTAL	R$ 668.140,00

A6 - Sistema de Informação / conectividade / Telefonia (ESF)	VALOR (R$)
A5 - Sistema de Informação / conectividade / Telefonia (ESF)	R$ 151.000,00

B2 - Sistema de Informação / conectividade / Telefonia (NASF)	VALOR (R$)
B2 - Sistema de Informação / conectividade / Telefonia (NASF)	R$ 12.000,00

C2 - CONTRATO E CONSUMO - CAPS	VALOR (R$)
COLETA DE LIXO	R$ 2.000,00
LAVANDERIA	R$ 6.000,00
ALIMETAÇÃO	R$ 44.769,81
MATERIAL DE CONSUMO	R$ 8.000,00
LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R$ 12.000,00
TELEFONIA MÓVEL E FIXA	R$ 4.000,00
CONCESSIONARIAS	R$ 6.460,38
UNIFORME	R$ 3.000,00
TOTAL	R$ 86.230,19

MIGUEL DIEGO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

001039

INSTITUTO GNOSIS

Conhecimento em favor da saúde

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Rio de Janeiro
2021

001040

INSTITUTO GNOSIS

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Segue abaixo o dimensionamento de Pessoal com a necessidade de pessoal de acordo com o percentual de atividade prevista para o período. O dimensionamento foi realizado de acordo com o cronograma de metas físicas de implementação apresentado no ANEXO F do Edital, demonstrando a evolução mensal para todo o período do Contrato de Gestão:

Quadro I

CUSTEIO DE PESSOAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - AP 5.1		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Médico	40	150
Enfermeiro	40	150
Técnico de Enfermagem	40	150
Limpeza/Portaria	40	100
Cirurgião Dentista	40	50
Técnico de Saúde Bucal	40	25
Auxiliar de Saúde Bucal	40	50
Farmacêutico	40	25
Técnico de Farmácia	40	25
Gerente	40	27
Auxiliar Administrativo	40	0
TOTAL FUNCIONÁRIOS		752

CUSTEIO DE PESSOAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - AP 5.1		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 13º ao 24º Mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Médico	40	150
Enfermeiro	40	150
Técnico de Enfermagem	40	150
Limpeza/Portaria	40	120
Cirurgião Dentista	40	50
Técnico de Saúde Bucal	40	25
Auxiliar de Saúde Bucal	40	50
Farmacêutico	40	25
Técnico de Farmácia	40	25
Gerente	40	27
Auxiliar Administrativo	40	0
TOTAL FUNCIONÁRIOS		697

CUSTEIO DE PESSOAL CONSULTÓRIO NA RUA - AP 5.1		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Médico	40	1
Enfermeiro	40	1
Técnico de Enfermagem	40	1
Agente Social	40	3
Assistente Social	40	1
Psicólogo	40	1
Auxiliar Administrativo	40	0
TOTAL FUNCIONÁRIOS		8

CUSTEIO DE PESSOAL CONSULTÓRIO NA RUA - AP 5.1		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 13º ao 24º Mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Médico	40	1
Enfermeiro	40	1
Técnico de Enfermagem	40	1
Agente Social	40	3
Assistente Social	40	1
Psicólogo	40	1
Auxiliar Administrativo	40	0
TOTAL FUNCIONÁRIOS		8

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO - AP 5.1		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º Mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Médico NASF	40	12
Profissional de Nível Superior	40	48
TOTAL FUNCIONÁRIOS		60

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO - AP 5.1		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 13º ao 24º Mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Médico NASF	40	12
Profissional de Nível Superior	40	48
TOTAL FUNCIONÁRIOS		60

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 1º ao 12º mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Gerente Técnico Administrativo	40	1
Coordenador Técnico	40	2
Coordenador Administrativo	40	1
Supervisor Clínico Institucional	40	1
Assistente Administrativo	40	2
Médico	20	2
Enfermeiro	40	2
Técnico de Enfermagem	40	2
Profissional de Nível Superior	40	13
Profissional de Nível Médio	40	1
TOTAL FUNCIONÁRIOS		31

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS		
CATEGORIA	CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 13º ao 24º mês	
	Horas Semanais	Quantidade de Profissionais
Gerente Técnico Administrativo	40	1
Coordenador Técnico	40	2
Coordenador Administrativo	40	1
Supervisor Clínico Institucional	40	1
Assistente Administrativo	40	2
Médico	20	2
Enfermeiro	40	2
Técnico de Enfermagem	40	2
Profissional de Nível Superior	40	13
Profissional de Nível Médio	40	1
TOTAL FUNCIONÁRIOS		31

DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

001041

INSTITUTO GNOSIS

QUADRO II

1º ANO - ESF



2º ANO - ESF



MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

001042

INSTITUTO GNOSIS

1º ANO – CONSULTÓRIO DE RUA



2º ANO – CONSULTÓRIO NA RUA



001043

DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

INSTITUTO GNOSIS

1º ANO - NASF



2º ANO - NASF



MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

001044

INSTITUTO GNOSIS

1º ANO - CAPS

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS						
CUSTEIO DE PESSOAL 2021 - 01º ao 12º mês						
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	Carga Horária Semanal	Salário Base	Insalubridade	Periculosidade / Insalubridade	Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R$ 6.756,01	R$ 225,00	R$ -	R$ 6.981,01
Coordenador Técnico	1	40	R$ 5.850,06	R$ 225,00	R$ -	R$ 11.151,26
Coordenador Administrativo	1	40	R$ 2.850,48	R$ 225,00	R$ -	R$ 3.075,48
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R$ 1.567,75	R$ 225,00	R$ -	R$ 1.667,75
Assistente Administrativo	1	40	R$ 1.743,75	R$ 225,00	R$ -	R$ 1.827,45
Médico	2	20	R$ 1.575,30	R$ 225,00	R$ -	R$ 16.200,60
Enfermeiro	1	40	R$ 6.756,43	R$ 225,00	R$ -	R$ 10.212,86
Técnico de Enfermagem	3	40	R$ 2.324,69	R$ 225,00	R$ -	R$ 7.434,79
Profissional de Nível Superior	15	40	R$ 4.562,75	R$ 225,00	R$ -	R$ 69.437,63
Profissional de Nível Médio	1	40	R$ 1.324,30	R$ 225,00	R$ -	R$ 1.780,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	29					
				TOTAL SALÁRIOS		R$ 137.669,75

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota			Valor
INSS - Empresa	20,000%	GRUPO A (Total 1)		R$ 23.167,74
RAT - Terceiros + FAP	3,000%			R$ 3.443,34
SAT	2,000%			R$ 2.293,17
FGTS	1,000%			R$ 1.170,00
PIS	8,000%			R$ 9.479,10
13º SAL	8,333%	GRUPO B (Total 2)		R$ 9.648,86
Aviso de Férias	2,780%			R$ 3.280,39
Férias proporcionais a constituir em caso de demissão coletiva	1,667%			R$ 1.909,87
Férias integrais com reposição do quadro	2,000%			R$ -
Auxílio Pré-Natal Individual	0,435%	GRUPO C		R$ 480,93
Auxílio Pré-Natal (dias extras legais)	0,513%			R$ 562,80
Dia Ausência (Lei nº 13.467/17)	0,789%			R$ 864,80
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,165%			R$ 215,28
INSALUBRIDADE	4,000%	GRUPO D		R$ 4.719,56
Encargos Patronais (Incidência de A sobre Bruto)	5,280%	GRUPO E		R$ 6.232,16
Total Provisões	31,634%			R$ 37.888,13
Total Encargos	36,566%			R$ 43.419,84
Sub Total (Encargos e Provisões)	68,200%			R$ 81.307,97

BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor (Diário) por Funcionário	Quantidade de Funcionários Beneficiados		Salário Total
VALE TRANSPORTE	22	R$ 5,50	31		R$ 5.324,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$ 11,11	31		R$ 12.201,02
			TOTAL BENEFÍCIOS		R$ 17.577,69

TOTAL GERAL (SALÁRIO+ENCARGOS+PROVISÕES+BENEFÍCIOS+INSALUBRIDADE)			R$ 307.319,13
APLICAÇÃO DOS RECURSOS - VALOR MENSAL	31,634%		R$ 37.888,13
NÚMERO DE EQUIPES			1
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE			R$ 307.319,13

MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

961045

INSTITUTO GNOSIS

2º ANO - CAPS

CUSTOS DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS									
CATEGORIA	CUSTOS DE PESSOAL DIRETO - CLT até 01º mês								
	Quantidade de Profissionais	Horas Trabalhadas	Salário Base		Insalubridade		Periculosidade		Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R$ 6.947,36		R$ 220,00		R$ -		R$ 7.217,36
Coordenador Clínico	1	40	R$ 3.877,27		R$ 220,00		R$ -		R$ 12.195,54
Coordenador Administrativo	1	40	R$ 2.938,89		R$ 220,00		R$ -		R$ 5.158,89
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R$ 1.540,91		R$ 220,00		R$ -		R$ 1.960,91
Assistente Administrativo	1	40	R$ 1.786,45		R$ 220,00		R$ -		R$ 4.220,99
Médico	3	20	R$ 8.231,96		R$ 220,00		R$ -		R$ 15.903,00
Enfermeiro	1	40	R$ 4.980,11		R$ 220,00		R$ -		R$ 10.400,35
Técnico de Enfermagem	1	40	R$ 2.413,61		R$ 220,00		R$ -		R$ 7.401,61
Profissional de Nível Superior	10	40	R$ 4.507,39		R$ 220,00		R$ -		R$ 47.273,90
Profissional de Nível Médio	7	40	R$ 1.410,69		R$ 220,00		R$ -		R$ 11.373,83
TOTAL FUNCIONÁRIOS	28								
							TOTAL SALÁRIOS		R$ 127.812,58
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	Alíquota								Valor
INSS - Empresa	20,00%	GRUPO A (Total 1)							R$ 26.101,71
FGTS - Tarifário + 13º	5,80%								R$ 7.126,70
SAT	2,00%								R$ 2.400,17
Sesi	1,00%								R$ 1.235,09
Fopag	8,00%								R$ 9.800,68
13º Sal	8,33%	GRUPO B (Total 2)							R$ 10.224,95
Aviso-Prévio	2,78%								R$ 3.405,34
Férias proporcionais e incidentes em caso de demissão (-8%)	1,67%								R$ 2.042,13
Férias integrais com reposição de quinto	0,00%								R$ -
Aviso Prévio indenizado	0,42%	GRUPO C							R$ 514,54
Aviso Prévio não cumprido	0,83%								R$ 1.020,60
Incidência 1 a/ nº 13 (Grupo A)	3,10%								R$ 170,79
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	2,08%								R$ 255,64
Multa FGTS	4,00%	GRUPO D							R$ 4.920,34
Encargos Patronais (Incidência de A sobre B+C)	5,25%	GRUPO E							R$ 6.670,00
Total Provisões	33,45%								R$ 36.468,59
Total Encargos	36,80%								R$ 46.083,14
Sal. Total Encargos + Provisões	33,45%								R$ 174.095,72
BENEFÍCIOS	Quantidade de Dias Úteis	Valor Unitário por Funcionário		Quantidade de Funcionários Beneficiados					Benefício Total
VALE TRANSPORTE	22	R$	6,10	31					R$ 4.164,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	22	R$	18,15	31					R$ 12.391,02
							TOTAL BENEFÍCIOS		R$ 17.407,22
SOMATÓRIO CUSTOS DIRETOS + ENCARGOS + BENEFÍCIOS									R$ 218.405,22
APLICAÇÃO DOS DESCONTOS - VALOR MENSAL						33,63%			R$ 26.984,99
NÚMERO DE EQUIPES									1
CUSTO MENSAL DE UMA EQUIPE									R$ 234.090,40

MIGUEL DIBO
DIRETOR EXECUTIVO
INSTITUTO GNOSIS

901046

ANEXO TÉCNICO C
DESTINAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

1. CONDIÇÕES GERAIS

Para o repasse dos recursos previstos neste Edital, a Organização Social deverá seguir os seguintes critérios:

Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (**https://osinfo.prefeitura.rio/**) ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substitui-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira. Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais:

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas as despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, tais como: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.
- Anexação de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira, como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade. Além disso, a OSS será responsável por:

- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Possuir uma conta corrente única em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto no Decreto 33.010 de 03 de novembro de 2010.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMS/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

2. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A CONTRATADA deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1 Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação e o controle dos Órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a contratada se dará em parcelas trimestrais fixas, que serão liberadas conforme cronograma especificado anexo ao contrato e condicionada à apresentação e aprovação das prestações de contas das parcelas percebidas, conforme detalhado abaixo:

- A primeira prestação de contas será feita no 2º mês do contrato de gestão de forma que a mesma seja processada na SMS e a 2ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 3º mês, para execução no periodo seguinte.
- A segunda prestação de contas será feita no 5º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 3ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 6º mês, para execução no periodo seguinte.
- A terceira prestação de contas será feita no 8º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 4ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 9º mês, para execução no periodo seguinte.
- A quarta prestação de contas será feita no 11º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 5ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 12º mês, para execução no periodo seguinte.
- A quinta prestação de contas será feita no 14º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 15º mês, para execução no periodo seguinte.
- A sexta prestação de contas será feita no 17º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 18º mês, para execução no periodo seguinte.
- A sétima prestação de contas será feita no 20º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no periodo seguinte.

3.2. A prestação de contas se dará:

Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CTA.

A Organização Social CONTRATADA deverá, juntamente com o envio das informações de prestação de contas no Painel, apresentar declaração, assinada pelo representante legal da entidade, quanto a veracidade dos dados alimentados no Painel de Gestão.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais as certidões negativas da Organização Social, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Contrato de Gestão, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

4. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

4.1. Recursos orçamentários pela Gestão Direta dos Serviços de Saúde (Parte Fixa)

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços de Saúde previstos no Anexo Técnico B – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, consistem em um montante fixo, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento das unidades.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (Parte Variável)

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários trimestrais da Parte Variável previsto no cronograma de desembolso constante no Anexo II – Item 10 – C e no Anexo Técnico F do Projeto Básico deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico E do Projeto Básico.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante do Anexo Técnico F do Projeto Básico.

5. CONDIÇÕES PARA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

A parcela correspondente à parte fixa do primeiro trimestre do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

6. DOTAÇÃO ONERADA

A execução do presente Contrato de Gestão onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da CAP-5.1, objeto deste contrato de gestão, ND 335039 e nos anos subsequentes no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo.

Este valor inclui as partes variáveis 1, 2 e 3.

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no cronograma de desembolso constante deste Anexo.

As proponentes deverão apresentar na Proposta Técnica um Quadro idêntico àquele apresentado no cronograma de desembolso constante deste Anexo, com a proposta de evolução mensal dos valores totais para cada uma das rubricas apresentadas, sob pena de desclassificação da mesma.

7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CTA como pertinentes ao contrato, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado pela CTA.

8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, mediante a também da Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro, conforme modelo da alínea "a)".

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor/gerente da unidade.

9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SMS/RJ ao final do Contrato de Gestão, devendo a CONTRATADA apresentar os documentos e informações pertinentes para tal. A CONTRATADA deve patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio. Esta tabela deve ser fornecida como um dos relatórios a CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos devem ser informados no Painel de Gestão.

10. PLANILHA E MODELOS

a) Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro;

b) Planilha Demonstrativa de Rateio das Despesas Administrativas.

c) Cronograma de Desembolso e Metas Físicas.

A) MODELO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES NO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da Organização Social de Saúde ....., declaro para todos os fins, que são verídicas as informações inseridas nos itens abaixo, que compõem o relatório financeiro, no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, conforme Decreto nº 37.079 de 30 de abril de 2013, referente ao contrato de gestão nº...../..... (Especificar unidade, se for o caso), mês de referência da prestação de contas ...../.....:

RELAÇÃO DE ARQUIVOS ENVIADOS AO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, VIA FTP:

- DESPESAS;
- SALDOS;
- RECEITAS;
- BENS;
- TERCEIROS e
- RH.

Declaramos ainda, que todas as imagens referentes às despesas, extratos bancários (conta corrente e aplicações financeiras) e contratos, foram anexadas as suas devidas pastas no FTP, bem como, todas as dívidas referentes ao Contrato de Gestão foram alimentadas no Formulário online do Painel de Gestão.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL
NOME COMPLETO
CARGO

B) MODELO DE PLANILHA DEMONSTRATIVA DE RATEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE GESTÃO
COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
GERÊNCIA DE ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DE DESPESAS

ORGANIZAÇÃO SOCIAL: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ELABORADO POR: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX DATA: XX/XX/XXXX

RATEIO DE DESPESAS INDIRETAS

Nº do Contrato/ano/OBJETO	Média do custo fixo mensal, conforme cronograma.	Margem de contribuição dos custos indiretos	OBSERVAÇÕES:
A/2018/UPA I	1.270.000,00	3,59%	
A/2010/UPA II	450.000,00	1,84%	
A/2010/UPA III	3.850.000,00	10,88%	
F/2011/CAPS II	1.080.500,00	5,80%	
B/2012/CER ABC	2.220.500,00	6,28%	
E/2012/HOSP. ABC	3.803.850,00	10,75%	
F/2012/PACI 3	4.336.800,00	12,26%	
H/2012/LEGOINHA II	4.869.850,00	13,77%	
B/2013/ETC...	5.403.200,00	15,28%	
C/2013/MATERNIDADE	5.936.250,00	16,78%	
TOTAL	35.370.750,00	100,00%	

DESPESA MENSAL COM CUSTOS INDIRETOS		A/2018/UPA I	A/2010/UPA II	A/2010/UPAIII	F/2011/CAP II.D	B/2012/CER ABC	E/2012/HOSP ABC	F/2012/PACI 3	H/2012/LEGOINHA II	B/2013/ETC...	C/2013/MATERNIDADE	TOTAL
DESCRIÇÃO	VALOR											
PESSOAL + ENCARGOS	208.958,21	6.794,62	6.472,44	18.967,34	10.369,24	17.471,72	20.619,99	23.198,19	26.014,84	28.844,04	31.713,74	208.958,21
ALUGUEL	15.800,00	768,18	277,65	1.483,79	859,89	1.586,93	1.823,21	1.899,19	2.085,24	2.291,94	2.717,44	15.000,00
AUDITORIA	12.800,00	622,46	225,01	1.202,13	696,71	1.285,54	1.476,94	1.538,35	1.689,24	1.856,97	2.200,95	12.000,00
CONSULTORIA	10.600,00	515,29	186,27	995,47	576,93	1.064,53	1.223,37	1.274,19	1.399,29	1.537,96	1.823,29	10.000,00
TELEFONE	2.500,00	121,58	43,93	234,70	136,06	251,16	288,61	300,57	330,12	362,81	430,07	2.500,00
ÁGUA	1.800,00	87,53	31,63	168,98	97,96	180,84	207,80	216,41	237,69	261,32	309,75	1.800,00
LUZ	3.500,00	170,17	61,51	328,59	190,51	351,63	404,08	420,79	462,26	508,19	602,33	3.500,00
CONDOMÍNIO	3.800,00	184,76	66,77	356,72	206,82	381,74	438,64	456,81	501,77	551,69	653,99	3.800,00
CONTABILIDADE	12.800,00	622,46	225,01	1.202,13	696,71	1.285,54	1.476,94	1.538,35	1.689,24	1.856,97	2.200,95	12.000,00
ETC...		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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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
		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	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL MENSAL	347.958,21	8.906,03	4.556,67	28.980,51	13.860,83	32.027,96	36.644,59	39.431,11	44.139,83	47.677,15	51.814,67	347.958,21

ANEXO TÉCNICO D
APOIO A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS aqueles apontados neste Contrato de Gestão.

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP 5.1) localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A.2.1.1. Cadastramento.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicáveis a AP.

A.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho do Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças

até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)

2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal

3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx. 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.

4) Agendamento de consultas. Em toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;

5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta

6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia

7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista

8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.

9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).

10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.

11) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.

12) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.

13) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.

14) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.

15) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.

SERVIÇOS DE APOIO ESPECIALIZADOS ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA / NÚCLEOS DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA:

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de carga horária semanal.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua);

Poderão compor os Serviços de Apoio Especializado à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro de acordo com o perfil epidemiológico de cada território.

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com o Saúde da Família, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

A.2.2. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

A.2.2.1. Objetivo

Garantir a assistência adequada aos pacientes em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, reduzindo a morbimortalidade.

A.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e um Programa de Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúdes subsequentes. Quando este é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só encaminhando à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMS como as seguintes:

- Ampliação do horário de atendimento das Unidades da rede de atenção, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância
- Garantia de transporte dos pacientes e exames;
- Oferta de Serviços de Laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo;

A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre dois aspectos:

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);

- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário:
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.4. Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este contrato de gestão, de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida neste Edital.

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 01 médicos, 01 enfermeiros, 01 técnicos (ou auxiliar) de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agentes de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microárea – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB), não havendo previsão orçamentária nos contratos de gestão para proporção inferior a esta. A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão e os setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade "bolsa de estudos", em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar responsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

ANEXO TÉCNICO E

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE AP-5.1

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)
B.1.3. Composição
B.1.4. Funções
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
B.2.1. Aspectos Básicos Organizacionais
B.2.2. Boa Prática Clinica
B.2.3. Atenção ao Usuário
B.2.4. Articulação com Outros Níveis Assistenciais – Referência e contra referência
B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIAVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. Aspectos gerais
B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS
B.2.1. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das unidades de saúde
B.2.1.1. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – Parte Variável 02
B.2.1.2. Contratualização dos Incentivos Financeiros com a Unidade de Saúde – Parte Variável 02
B.2.1.3. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)
B.2.1.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário
B.3.4. Parte variável 03 – incentivo à gestão da clínica
B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – Parte variável 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde
B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos
B.4.1.2. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal
B.4.1.6. SISCAN - Sistema de Informação sobre Câncer
B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações
B.4.1.9 SISREG – Sistema Nacional de Regulação

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS, através da CTA elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e à correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 02 suplentes, assim definido:

Titulares

a) 03 representantes da S/SUBPAV/CAP

b) 01 representantes da S/SUBPAV

c) 02 representantes da S/SUBG

Suplentes

d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP

e) 1 representante da S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares serão exercidos pela Comissão Técnica de Avaliação – CTA.

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA será responsável pela análise fisico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais:

a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, que deem a CTA subsidios para essa análise, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.

b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;

c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;

d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;

e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS ou pelo contratado;

f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes à reunião;

g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;

h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;

- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico como uma fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB (2017) / Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral;

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como de maneira reciproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV/SPS – Rio de Janeiro.

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIAVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (pay-for-performance (P4P) ou "value based purchasing"), principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. Aspectos gerais

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada por e-mail pelo PEP para cada profissional de saúde ao

final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por e-mail mensalmente aos profissionais.

Na fase de implementação não são avaliados os indicadores, primeiro trimestre do Contrato de Gestão.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;
- Parte variável 02 – incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Parte variável 03 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do % do valor referente a soma do valor das rubricas "Equipe de Saúde da Família" + "Serviço de Apoio especializado/NASF", deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS – OSS" devendo a OSS apresentar à CAP plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS desde que 100% de equipes de saúde da família completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 1%. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas) implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% de ESF completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 0,5%. O 1,5% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

(iiii) cumprimento de menos de 60% (ou 60 a 79% mas com ESF incompletas) das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

Para equipe de saúde da família incompleta, considera-se apenas as equipes de saúde da família cadastradas no SCNES no período de análise até o último dia de análise para a CTA, independente da justificativa da OSS.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

Quadro de indicadores da PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	(N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal _____ x 100 (D) Nº de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	(N) Nº de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES _____ x 100 (D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe INE para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N) Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES pelo número do CPF dos profissionais
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da área de planejamento _____ x 100 (D) Nº de consultórios assistenciais nas unidades da área de planejamento	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	(N) Nº de declarações de abastecimento adequado _____X 100 (D) nº de unidades recebendo apoio a gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da CSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário _____X100 (D) Nº total de unidades na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia	(N) Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário _____X100 (D) Nº total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da CGGOS O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	(N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade _____X100 (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde, seus CPFs, por unidade e por equipe com a data do envio automático dos indicadores por email, o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.
8	Relação de gasto administrativo em relação ao total de gastos	Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS _____x100 (D) Valor total gasto no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	Máx.7%	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS	(N) Total itens comprados abaixo da média _____ X 100 (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	96%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	(N) Nº de itens (*) fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise _____X 100 (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
11	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	(N) Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Max R$ 51,78	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para prescrição de medicamentos, mesmo os não REMUME. * todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME
12	Valor médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (tomo valores tabela SIGTAP) (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Max R$ 41,80	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para solicitação de exames. * as OSS devem entender que os profissionais utilizem o PEP para os encaminhamentos e que não o façam a mão.
13	Proporção de abandono de Tuberculose	Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período	(N) Nº pacientes com Tuberculose encerrados como abandono na área no período em análise _____X100 (D) Nº total de pacientes com Tuberculose encerrados na área no período em análise	SINAN	Trimestral	Máx. 10%	RIPSA (2008)
14	Taxa de Sífilis Congênita	Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área	(N) Nº recém-natos com dx de sífilis congênita na área nos **3 meses anteriores** ao período em análise _____X100 (D) Nº total de nascidos vivos na área nos **3 meses anteriores** ao período de análise	(N) SINAN (D) SINASC	Trimestral	Máx. 0%	RIPSA (2008)
15	Proporção de Consultas Pré-natal com mais de 6 consultas	Proporção de pré-natal com 6 ou mais consultas	(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise _____X100 (D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise	SINASC	Trimestral	80%	Considerar consultas de pré-natal médico e/ou enfermeiro

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
16	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais _____X100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais	PEP	Trimestral	90%	*Considerar total de cadastros ficha A com microáreas identificadas (01 a 06) *Na própria unidade de saúde é possível pela internet realizar o registro de CPF para os pacientes no site da receita federal. Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas (01 a 06). Excluir os CPFs inválidos e duplicados.
17	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV para pessoas menores de 16 anos _____X100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP	PEP	Trimestral	90%	*DNV – é o número da Declaração de Nascido Vivo *Considerar total de cadastros ficha A - Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas
18	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	(N) (Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos)/2 _____ (D) Nº total de profissionais ativos no período	CNES	Trimestral	Max 15%	* forma clássica de cálculo do turnover número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos * consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB *para substituição consideram-se demissões, transferências, substituições por licença
19	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do **Cartão Família Carioca** com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do	(N) Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC acompanhados _____ (D) Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC	Portal BFC SUBPAV	Trimestral	100%	* A relação de beneficiários é atualizada a cada 6 meses e é enviada pela S/SUBPAV/SAP * para o cálculo, considera-se essa relação de beneficiários enviada. Não são permitidas novas inclusões ou exclusões a partir das equipes
20	Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade	(N) Nº de escolas que receberam alguma ação de saúde no _____X 100 (D) Total de escolas da área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (considerar apenas meses letivos das	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos Cada equipe da SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão. (**)

(*) entende-se como outros postos de trabalho, sala imunização, acolhimento mãe-bebê, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, recepção (1 computador por equipe), sala de procedimentos, sala dos ACS e AVS (1 computador por equipe), farmácia, sala de administração, sala raio X (se houver) e sala ultrassonografia (se houver);

(**) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;

(***) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc.) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMS não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação online pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as "Fontes" descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OSS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.2.1. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá 3 x 3.000 = 9.000/trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, 8 x 3.000 = 24.000/trimestre. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme caixa a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica

"adaptação de unidades de atenção primária", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituida por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico, conforme Quadro a seguir.

Quadro de indicadores da Parte variável 02 – incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso
A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas)
A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos
A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos
A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados
A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico

D) Desempenho Assistencial
D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos
D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses
D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos
D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos
D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias
D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)
D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

Para o item "D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos" e "D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos' a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária (sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registrados para aquele paciente.

S) Satisfação dos Pacientes

S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMS)

E) Eficiência

E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário

E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,

E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME

E4. Percentagem de pacientes encaminhados

E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

B.2.1.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da Parte Variável 02.

INDICADORES DE ACESSO

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	**(N)** Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe _____ X 100 **(D)** Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**70% a 90%**	
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	**(N)** Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe _____ X 100 **(D)** Nº total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 40%**	Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	**(N)** Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB) _____ X 1.000 **(D)** nº de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo** **230/1.000 (sem SB) OU** **250/1.000 (com SB)**	Contar todas as VDs para Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs Considerar para **3 meses** 230/1.000 sem SB e 250/1.000 com SB

A4	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	(N) Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB) _____ X 1.000 (D) Total de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6/1.000 (sem SB) OU 12/1.000 (com SB)	Contar todas as atividades em grupos de: Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB. Considerar para **3 meses**: 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
A5	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços implementados	(N) Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB _____ X 100 (D) Total de ações da carteira de serviços	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço. Os itens que não forem possíveis devem ser cadastrados no prontuário pelo gerente/diretor da unidade no módulo de cadastro da unidade (ex: se tem maleta de emergência, se tem responsável técnico, se tem receituário azul, etc)
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico _____ X 100 (D) total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizadas no mês pelas ESF e ESB da unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 5%**	Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo. Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrado automaticamente ***Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os profissionais das equipes**

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
D1	Desempenho Assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos _____ X 100 (D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	Para o cálculo do indicador considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x) Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 a 64 anos de sua equipe, com a idade, data do último exame colpocitorogico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para proximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.**
D2	Desempenho Assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	(N) Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses _____ X 100 (D) Nº total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	Para o cálculo do indicador considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.**
D3	Desempenho Assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	(N) Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses _____ X 100 (D) Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	Para o cálculo do indicador considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o nº de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro da ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro) **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.**

D4	Desempenho Assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia _____ X 100 (D) Nº total de crianças até 2 anos cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.**
D5	Desempenho Assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 6 anos	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia _____ X 100 (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.**
D6	Desempenho Assistencial	% de consultas de pré natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez _____ X 100 (D) Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	* Considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses) **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista do parto, endereço e telefone.**
D7	Desempenho Assistencial	% de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida _____ X 100 (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	* Considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses) **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puérpera, endereço e telefone.**

D8	Desempenho Assistencial	Proporção de altas no tratamento odontológico dos usuários que iniciaram tratamento	**(N)** Nº de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses _____ X 100 **(D)** total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	**Mínimo 80%**	* Considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono" * Incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período * Considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais à lista de inscritos na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade
D9	Desempenho Assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	**(N)** Nº de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB _____ X 100 **(D)** total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**100%**	* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a CAP) * O registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família **Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea, número da família, se recebe bolsa família, NIS, data última consulta, endereço e telefone.**

INDICADORES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
S1	Satisfação dos usuários	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	**(N)** Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde _____ X 100 **(D)** total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**	Questionário padronizado pela SMS. Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 6% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquérito de satisfação com identificação por CPF.

INDICADORES E EFICIÊNCIA

	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	(N) Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (*REMUME* e não *REMUME*) (D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	**Máximo** **R$ 51,78**	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita *Deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade * Todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) (D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP) (*tabela SIGTAP como parâmetro	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	**Máximo** **R$ 41,80**	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos *Deve permitir detalhar os pacientes, o exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento * Deve permitir registrar o resultado do exame e a data da realização do mesmo
E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses, _____ X 100 (D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 90%**	* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe. Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes. * As OSS devem estimular que os profissionais utilizem o PEP para as prescrições e que não o façam a mão.

E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade _____ X 100 (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Máximo 10%**	* Deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas * Deve-se permitir registrar se o paciente compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses _____ X 100 (D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Máximo 30%**	* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG

(*) Valores de referência. Para a avaliação serão consideradas as metas pactuadas pelas Equipes

B.2.1.2 CONTRATUALIZAÇÃO DOS incentivos financeiros COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de

gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.2.1.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as APs. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um casemix pré-estabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remetê-lo a CAP. No relatório deverão estar explicitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à

investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

B.2.1.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário

A satisfação dos usuários é um dos indicadores que compõem a Variável 02 do Pagamento por Performance.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

  NOME DO USUÁRIO;

  EQUIPE DE SAÚDE;

  DATA DO REGISTRO;

  HORA DO REGISTRO;

  MOTIVO DO ATENDIMENTO;

- A Coordenação de Área de Planejamento deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do Trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase na Estratégia Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal nº 30.780 de 2009).

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primaria da SMS.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primaria (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre as equipes no trimestre.

A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

Dentro da mesma equipe de Saúde da Família, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UC no trimestre. O cálculo do valor em reais (R$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UC alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente à soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios):

300 UC no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 UC correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

EQUIPE	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	Nº DE UC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE (R$)
3210	AAAAAAAAAAAA	MÉDICO	R$	200	R$ 20%
3210	BBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R$	200	R$ 20%
3210	CCCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R$	200	R$ 20%
3210	DDDDDDDDDD	ACS	R$	200	R$ 20%
3210	EEEEEEEEEEEEE	ACS	R$	200	R$ 20%
3210	FFFFFFFFFFFFFF	ACS	R$	200	R$ 20%
3210	GGGGGGGGGG	ACS	R$	200	R$ 20%
3210	HHHHHHHHHH	ACS	R$	200	R$ 20%
3210	IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	ACS	R$	200	R$ 20%

No caso das equipes de Saúde Bucal, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada.

Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de saúde da família a quantidade de unidades contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (Trimestre).

O valor de UC deve ser o mesmo para os profissionais da mesma ESB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2: 1 ESB vinculada a três ESF

EQUIPE DE SF	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA eSF	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA eSB
A	100UC	=100 x 33,33% = 33 UC
B	200UC	=200 x 33,33% = 67 UC
C	300UC	=300 x 33,33% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 200 UC

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a ESB foi de 200 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2: cálculo em reais (R$) - valores ficticios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	N de UC no TRIMESTRE	VALOR R$ NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAA	DENTISTA	R$	200	R$ 20%
BBBBBBBBBBB	TSB	R$	200	R$ 20%
CCCCCCCCCCC	ASB	R$	200	R$ 20%

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maiores transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de saúde da família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nesta, os profissionais deverão aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no National Health Service (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da Parte Variável 03 – incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
PLANEJAMENTO FAMILIAR I Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Sexo feminino.		

B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

E. Estar cadastrada na unidade.

F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.

G.Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU PRÉ-OPERATÓRIO PARA VASECTOMIA OU LAQUEADURA	03

PLANEJAMENTO FAMILIAR II

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e (H ou I]: uma mulher em idade fértil, por ano

A. Sexo feminino.

B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

E. Estar cadastrada na unidade.

F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário;

G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

H. Consulta médica com a inserção de DIU.

I. Preparação para esterilização masculina ou feminina (aconselhamento, atividade educativa, com consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08

SAÚDE MATERNA:

Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual).

B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[de gestação.

D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permite codificar gravidez (W78, W79 ou W84).

E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação.

F. Usuária deve estar cadastrada na equipe.

G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana - [0; 39[de gravidez.

H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24[.

I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada a equipe, não se considera este item.

* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

* para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 28º dia de vida [0, 28 dias].

C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em

saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.

D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.

F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.

G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do reflexo vermelho.

H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura).

I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.

J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04

SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G]:

A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.

B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias com registro de peso e altura.

C. Ter pelo menos 2 registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias.

D. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias.

E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico.

F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses.

G. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06

DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K]:

A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas.

B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do periodo em análise.

E. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do periodo em análise,

F. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do periodo em análise.

G. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5) E colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) E triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do periodo em análise.

H. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

I. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe).

J. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.

K. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

L. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02

HIPERTENSÃO

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:

A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo.

B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg.

D. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicerídeos (código 02.02.01.067-8) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.

E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro tabagismo no prontuário).

F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08

TUBERCULOSE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado.

B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento.

C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*).

D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro.

E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento.

F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes.

G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período

de análise.

H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

(*) O SINAN deve estar disponível no site subpav.org.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENÍASE	10

HANSENIASE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico.

B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento.

C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase.

D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN.

E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes.

F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades.

G. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TABAGISTA, ALCOOLISTA E OUTRAS DROGAS	04

Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]:

A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool.

B. Ter diagnóstico de tabagismo.

C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc).

D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses.

E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica).

F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável).

G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica).

H. Ter vacinação antitetânica em dia (para tabagismo não se aplica).

I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia.

J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista).

* Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.

** Se o paciente for tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
11	AS EQUIPES COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	10
EDUCAÇÃO EM SAÚDE A equipe recebe o número fixo de 10 UC no mês caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
12	AS EQUIPES COM RESIDENTES (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	20
EDUCAÇÃO EM SAÚDE A equipe recebe o número fixo de 20 UC no mês caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
13	AS EQUIPES QUE ADERIRAM AO PMAQ (PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA)	10
PMAQ A equipe recebe o número fixo de 10 UC no mês caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.		

B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS/RJ, incluindo prontuários eletrônicos contratados ou disponíveis para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a SMS/RJ solicitar;
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;

- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS-Rio de Janeiro.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) (para pessoas < 16 anos) são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha A), devem constar as opções "busca por CPF/DN".

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablete ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve prever contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 hors.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico.

Além disso o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrão da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.);

Os PEPs devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de saúde da família;

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela S/SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes são seguindo orientação da S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;

2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;

3. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;

4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;

5. Informações de Saúde da Atenção Primária;

6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;

7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município;

8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.

9. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório.

10. CPF como campo obrigatório.

B.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

B.4.1.4. – SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e

estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);

2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e

3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: App AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para

acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da S/ SUBPAV/SVS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência

ANEXO TÉCNICO F

CRONOGRAMA E DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

Rio PREFEITURA | SAÚDE — SUS

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 01		MÊS 02		MÊS 03		MÊS 04		MÊS 05	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	151	R$ 56.778,04	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	151	R$ 227.112,18	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02
a3) R$ Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	151	R$ 3.497.472,13	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	151	R$ 874.368,03	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	151	R$ 300.767,03	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	151	R$ 65.433,33	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00
A) Equipes de Saúde da Família		**R$**	**5.021.970,10**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**
b1) R$ Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 309.934,64	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 5.200,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		**R$**	**315.134,64**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**
c1) RH - CAPS		1	R$ 89.775,54	1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R$ 38.233,08	1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R$ 7.609,15	1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		**R$**	**135.617,77**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de intervenção	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**
F) Subtotal parte Fixa (F)=A+B+C+D+E		**R$**	**5.472.730,96**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**
G) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês								**R$**	**246.329,30**	**R$**	**246.329,30**
H) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	R$ R$ 5.000,00 / Unidade							**R$**	**151.000,00**	**R$**	**151.000,00**
I) Parte variável - 3 (profissional)	Valor/ano conforme Anexo de remuneração (R$)							**R$**	**635.119,47**	**R$**	**635.119,47**
J) Total (J) = (F+G+H+I)		**R$**	**5.472.730,96**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**13.659.828,91**	**R$**	**13.659.828,91**

Rio SAÚDE | SUS

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		mês 08		mês 09		mês 10		mês 11		mês 12	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Familia (*)	nº de equipes	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saude da Familia (*)	nº de equipes	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02
a3) Rh Equipes de Saude da Familia e Consultório na Rua	nº de equipes	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primaria	nº de equipes	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentaria	nº de equipes	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Familia	nº de equipes	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00
A) Equipes de Saúde da Família		**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**
b1) Rh Equipes do Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**
c1) RH - CAPS		1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32
c2) Contratos + Consumo - CAPS		1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**
F) Subtotal parte Fixa (F)=A+B+C+D+E		**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**
G) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		**R$**	**246.328,30**	**R$**	**246.328,30**	**R$**	**246.328,30**	**R$**	**246.328,30**	**R$**	**246.328,30**
H) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R$ 2000 (DP) trimestre	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**
I) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários base de uma equipe (PE)	**R$**	**633.119,47**	**R$**	**633.119,47**	**R$**	**633.119,47**	**R$**	**633.119,47**	**R$**	**633.119,47**
J) Total (J) = (F+G+H+I)		**R$**	**13.689.826,92**	**R$**	**13.689.826,92**	**R$**	**13.689.826,92**	**R$**	**13.689.826,92**	**R$**	**13.689.826,92**

Rio SAÚDE | SUS

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 11		MÊS 12		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Familia (*)	nº de equipes	151	R$ 131.026,26	151	R$ 131.026,26	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saude da Familia (*)	nº de equipes	151	R$ 524.105,02	151	R$ 524.105,02	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96
a3) Rh Equipes de Saude da Familia e Consultório na Rua	nº de equipes	151	R$ 8.071.089,53	151	R$ 8.071.089,53	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primaria	nº de equipes	151	R$ 2.017.813,00	151	R$ 2.017.813,00	181	R$ 2.503.257,01	181	R$ 2.503.257,01	181	R$ 2.503.257,01
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentaria	nº de equipes	151	R$ 694.147,00	151	R$ 694.147,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Familia	nº de equipes	151	R$ 151.000,00	151	R$ 151.000,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00
A) Equipes de Saúde da Família		**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**11.589.180,81**	**R$**	**14.377.675,41**	**R$**	**14.377.675,41**	**R$**	**14.377.675,41**
b1) Rh Equipes do Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 715.234,25	12	R$ 715.234,25	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.000,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		**R$**	**727.234,25**	**R$**	**727.234,25**	**R$**	**752.687,45**	**R$**	**752.687,45**	**R$**	**752.687,45**
c1) RH - CAPS		1	R$ 207.174,32	1	R$ 207.174,32	1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R$ 88.230,19	1	R$ 88.230,19	1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R$ 17.559,57	1	R$ 17.559,57	1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		**R$**	**312.964,08**	**R$**	**312.964,08**	**R$**	**323.917,82**	**R$**	**323.917,82**	**R$**	**323.917,82**
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**
F) Subtotal parte Fixa (F)=A+B+C+D+E		**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**12.629.379,14**	**R$**	**15.454.480,68**	**R$**	**15.454.480,68**	**R$**	**15.454.480,68**
G) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		**R$**	**246.328,30**	**R$**	**246.328,30**	**R$**	**302.611,26**	**R$**	**302.611,26**	**R$**	**302.611,26**
H) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R$ 2000 (DP) trimestre	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**	**R$**	**181.000,00**
I) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários base de uma equipe (PE)	**R$**	**633.119,47**	**R$**	**633.119,47**	**R$**	**785.466,47**	**R$**	**785.466,47**	**R$**	**785.466,47**
J) Total (J) = (F+G+H+I)		**R$**	**13.689.826,92**	**R$**	**13.689.826,92**	**R$**	**16.723.558,41**	**R$**	**16.723.558,41**	**R$**	**16.723.558,41**

Rio saúde | SUS

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS									
		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18		MÊS 19		MÊS 20	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 2.503.357,61
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00
A) Equipes de Saúde da Família		R$	14.377.875,41	R$	14.377.875,41	R$	14.377.875,41	R$	14.377.875,41	R$	14.377.875,41
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R$	752.687,45	R$	752.687,45	R$	752.687,45	R$	752.687,45	R$	752.687,45
c1) RH - CAPS		1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R$	323.917,82	R$	323.917,82	R$	323.917,82	R$	323.917,82	R$	323.917,82
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
F) Subtotal parte Fixa (F=A+B+C+D+E		R$	15.454.480,68	R$	15.454.480,68	R$	15.454.480,68	R$	15.454.480,68	R$	15.454.480,68
G) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		R$	302.611,26	R$	302.611,26	R$	302.611,26	R$	302.611,26	R$	302.611,26
H) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R$ 5.000.000,00 / unidade	R$	181.000,00	R$	181.000,00	R$	181.000,00	R$	181.000,00	R$	181.000,00
I) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários base de uma equipe (R$)	R$	785.466,47	R$	785.466,47	R$	785.466,47	R$	785.466,47	R$	785.466,47
J) Total (J) = (F+G+H+I)		R$	16.723.558,41	R$	16.723.558,41	R$	16.723.558,41	R$	16.723.558,41	R$	16.723.558,41

Rio saúde | SUS

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.1

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS								TOTAL
		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24 (*)		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99	181	R$ 162.554,99	181	R$ 236.603,26	R$ 3.833.976,97
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96	181	R$ 650.219,96	181	R$ 947.212,81	R$ 15.351.499,57
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 10.013.228,85	181	R$ 14.580.846,25	R$ 217.011.625,94
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 2.503.357,61	181	R$ 3.645.784,98	R$ 54.254.947,28
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 861.179,00	181	R$ 1.254.328,97	R$ 18.663.911,94
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 187.335,00	181	R$ 272.901,67	R$ 4.060.533,99
A) Equipes de Saúde da Família		R$	14.377.875,41	R$	14.377.875,41	R$	14.377.875,41	R$	20.945.077,46	R$ 311.904.674,67
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45	12	R$ 740.267,45	12	R$ 1.145.999,65	R$ 17.666.833,19
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado NASF	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 12.420,00	12	R$ 19.220,00	R$ 293.640,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R$	752.687,45	R$	752.687,45	R$	752.687,45	R$	1.184.786,83	R$ 17.750.060,38
c1) RH - CAPS		1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42	1	R$ 214.425,42	1	R$ 331.624,29	R$ 5.059.196,29
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25	1	R$ 91.318,25	1	R$ 141.315,38	R$ 2.194.591,24
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15	1	R$ 18.174,15	1	R$ 28.124,57	R$ 429.904,70
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R$	323.917,82	R$	323.917,82	R$	323.917,82	R$	501.264,13	R$ 7.683.692,01
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$ -
F) Subtotal parte Fixa (F=A+B+C+D+E		R$	15.454.480,68	R$	15.454.480,68	R$	15.454.480,68	R$	22.631.128,42	R$ 337.008.317,68
G) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		R$	302.611,26	R$	302.611,26	R$	302.611,26	R$	302.611,26	R$ 5.045.299,80
H) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R$ 5.000.000,00 / unidade	R$	181.000,00	R$	181.000,00	R$	181.000,00	R$	181.000,00	R$ 3.531.000,00
I) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários base de uma equipe (R$)	R$	785.466,47	R$	785.466,47	R$	785.466,47	R$	785.466,47	R$ 15.123.572,09
J) Total (J) = (F+G+H+I)		R$	16.723.558,41	R$	16.723.558,41	R$	16.723.558,41	R$	23.900.206,15	R$ 361.008.289,56

(*) A parcela referente ao mês 24 é composta pela parcela integral do mês de junho/2023 acrescida da proporcional referente 17 (dezessete) dias e mês de Julho/2023.

Resumo Financeiro:	Valor
1º ano	R$ 153.669.931,48
2º ano	R$ 207.839.349,08
Total	**R$ 361.509.280,56**

Impacto Orçamentário:	Valor
Exercício Orçamentário de 2021	R$ 71.710.969,99
Exercício Orçamentário de 2022	R$ 182.300.311,97
Exercício Orçamentário de 2023	R$ 107.497.998,66
Total	**R$ 361.509.280,56**

	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS											
		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Equipes de Saúde da Família													
Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família(1)	Unidade	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Apoio a gestão do TEAS - CSS - Saúde da Família(1)	Unidade	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
151 Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	Unidade	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Contatos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	Unidade	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Serviços de Oftalmologia Básica (Nível 1 e Ultrassonografia Modo Demanda)	Unidade	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Sistemas de informação / Prontuário eletrônico	Unidade	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)													
151 Equipes de Sem Apoio Especializado NASF	1 (1) equipe(s) Nível Especializado NASF	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	12	12
Sistemas de informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	1 (1) equipe(s) Nível Especializado NASF	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
151 - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contatos e Consumo - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apoio a gestão CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações de Instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	1 (1) unidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS											
		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24
Equipes de Saúde da Família													
Apoio a Gestão do CAP - Saúde da família(*)		151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Apoio a gestão do TEAS - GSF - Saúde da Família(*)		151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
PB Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua		151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária		151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária		151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Sistemas de informação / Prontuário eletrônico		151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Serviços de Apoio Especializado e Médico de Apoio da Saúde da Família (NASF)													
PB Equipes de Saúde Especialidade NASF		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Sistemas de informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
PB - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contratos e Consumo - CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apoio a gestão CAPS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO TÉCNICO G
NORMAS PARA CUSTEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

1. Utilização dos recursos orçamentários referentes à Gestão Indireta das Organizações Sociais – Rubrica Apoio a Gestão do TEIAS – OSS.

Os recursos orçamentários para gestão indireta das Organizações Sociais previstos na Rubrica Apoio a gestão do TEIAS – OSS do cronograma de desembolso (ANEXO F), consistem em um valor fixo preestabelecido, não superior à 5% por cento do valor total da despesa contratada, destinados ao custeio das despesas administrativas da Organização Social necessárias à prestação dos serviços contratados.

As despesas referentes aos custos indiretos da Organização Social estão restritas ao valor estabelecido na rubrica Apoio a gestão do TEIAS - OSS (ANEXO F) e deverão respeitar as regras de rateio abaixo:

1.1 Só serão consideradas as remunerações dos dirigentes e quadros administrativos da OS dentro dos limites de:

CARGO	TIPO DOS CARGO	TETO SALARIAL DO CARGO	QUANTIDADE POR CARGO
Presidente/Diretores/ Superintendentes	GEI-1 (Gestão Executiva Indireta - Nível 1)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	5 vezes o valor de 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Coordenadores/ Assessores	GEI-2 (Gestão Executiva Indireta - Nível 2)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	7 vezes o valor de 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Gerentes	GEI-3 (Gestão Executiva Indireta - Nível 3)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	10 vezes o valor de 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal

1.1.1. Todas as demais remunerações referentes a cargos rateados e alocados nestas rubricas deverão ser inferiores em seu valor bruto a 35% do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo Federal respeitando os valores praticados no mercado.

1.1.2. A Organização Social deverá informar em sua prestação de contas mensal a categoria em que se insere o profissional cujo salário está sendo rateado, com base no quadro acima.

1.1.3. Todas as remunerações rateadas deverão ser relativas a profissionais que tenham vínculo empregatício com a Organização Social.

1.2 A OSS deverá cumprir as regras de rateio de despesas administrativas conforme descrito na seção II, Art.8º da INSTRUÇÃO NORMATIVA CODESP Nº 01/2018, publicada no Diário oficial de 27 de dezembro de 2018 e suas atualizações.

O presente Anexo Técnico consiste em diretriz da CONTRATANTE e sua observância e cumprimento fazem parte das obrigações da CONTRATADA nos termos do Inciso IV da Cláusula Nona do Contrato de Gestão. E seu descumprimento total ou parcial poderá incidir nas sanções administrativas previstas na Cláusula Décima Quinta do Contrato de Gestão.