

## CÁLCULO DO INDICADOR

O indicador Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre é calculado da seguinte forma:

Numerador: Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS nos últimos 6 meses;

Denominador SISAB: Número de pessoas com diabetes no SISAB;

Denominador estimado: Potencial de cadastro municipal X % pessoas com diabetes PNS 2019;

$$\frac{\text{Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses}}{\left( \text{Número de pessoas com diabetes no SISAB} \right) \text{ OU } \left( \text{Potencial de cadastro x \% de pessoas com diabetes na PNS} \right)} \times 100$$

## RECOMENDAÇÕES PARA MELHORAR OS RESULTADOS DO INDICADOR

Considerando o papel da APS no cuidado a pessoa com DM, os serviços de saúde primários devem estar atentos a necessidade de produzir respostas adequadas e oportunas com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados ofertados a essa população. Nesse sentido recomenda-se:

- ✓ Manter o cadastro individual completo atualizado: os dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o denominador informado no SISAB (pessoas com diabetes no SISAB);
- ✓ Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento;
- ✓ Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento e a avaliação do exame hemoglobina glicada na

Unidade Básica de Saúde, mesmo que esta não esteja acima dos níveis recomendados;

- ✓ Flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- ✓ Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Médico e enfermeiro podem ambos acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento);
- ✓ Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as prática sem relação a esses problemas;
- ✓ Construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica;
- ✓ Estruturação da linha de cuidado das pessoas com doenças crônicas;
- ✓ Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS.



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

SEI/MS - 0025109717 - Nota Técnica

E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, E240, E241, E242, E243, E702, CIAP2: 789, 190) Esta consulta deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses anteriores a contar do último mês do quadriestrate

\*Família CBO considerada para o atendimento individual: médico (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiro (2235).

\*Solicitação do exame de hemoglobina glicada: A solicitação do exame realizado por médico ou enfermeiro, devidamente registrado com o código SIGTAP: 02.02.01.05.0.1 (Dosagem de Hemoglobina Glicada). Esta solicitação deverá ter ocorrido no prazo de 6 meses a contar do último mês do quadriestrate, e pode ocorrer em momentos distintos da consulta.

\*Família CBO considerada para solicitação do exame de hemoglobina glicada: médico (2251, 2252, 2253, 2231), enfermeiro (2235).

**Denominador estimado:**

Valores encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2018 para Capitais, Unidades Federativas e Regiões Metropolitanas.

Potencial de cadastro municipal multiplicado pela Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de diabetes apresentado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2018 (Disponível no e-Gestor, Relatório Indicadores de Desempenho).

Para as capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados são os encontrados na PNS, para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas.

Fonte: SISAB (Painel de Cadastro); PNS 2018, IBGE.

**Potencial de cadastro municipal:**

Fonte SISAB (Painel de Cadastro).

\*Consideradas somente equipes homologadas ou avaliadas.

**Critérios de exclusão:**

• Pessoas com registro do campo "situa de cidade do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual. Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eAP e eAP homologadas válidas.

**Equipes e estabelecimentos considerados:**

- Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76);
- Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 - Posto de saúde; 02 - Centro de saúde/unidade básica; 32 - Unidade Móvel Fluvial; 40 - Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 - Centro de apoio à saúde da família; 74 - Polo de academia da Saúde.
- Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (diferentemente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.

<b>Indicador de Desempenho:</b>	Para as capitais e regiões metropolitanas, os valores utilizados são os encontrados na PNS, para os demais municípios, onde não há dados da pesquisa, serão utilizados os valores encontrados para as respectivas Unidades Federativas. Fonte: SISAB (Painel de Cadastro); PNS 2018, IBGE.
<b>Potencial de cadastro municipal:</b>	Fonte SISAB (Painel de Cadastro). *Consideradas somente equipes homologadas ou avaliadas.
<b>Critérios de exclusão:</b>	• Pessoas com registro do campo "situa de cidade do cadastro" por motivos de óbito ou mudança no cadastro individual. Pessoas sem vínculo estabelecido com equipes eSF e eAP homologadas válidas.
<b>Equipes e estabelecimentos considerados:</b>	• Tipologias de equipes consideradas para o cálculo do denominador: eSF (70 exceto equipe ribeirinha) e eAP (76); • Tipologias de estabelecimento consideradas para o cálculo do numerador quando não há indicação de INE de equipes da APS: 01 - Posto de saúde; 02 - Centro de saúde/unidade básica; 32 - Unidade Móvel Fluvial; 40 - Unidade Móvel Terrestre (subtipo 001); 71 - Centro de apoio à saúde da família; 74 - Polo de academia da Saúde. • Se o indivíduo vinculado a eSF e eAP for atendido em outras equipes ou estabelecimentos da APS (diferentemente cadastradas no SCNES, mesmo não homologadas), estes dados são considerados para o cálculo do numerador.
<b>NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO</b>	Brasil, unidades da federação, regiões de saúde, municípios, estabelecimentos, equipes de saúde, etc.
<b>POLARIDADE</b>	Quanto maior melhor.
<b>CUMULATIVIDADE</b>	Cumulativa dentro dos 6 meses.
<b>LIMITAÇÕES</b>	O indicador mensura o número de pessoas que tiveram consulta e exame de hemoglobina glicada solicitado no semestre na APS, no entanto não apresenta a mensuração de quantos desses pacientes tiveram o exame de fato avaliado nem quantos tiveram a hemoglobina glicada no nível adequado, o que denota o limite da condição diabetes. Em casos de Diabetes Gestacional indicamos que o registro seja realizado especificando o CID-10 (O24, O24A, O24B) e o CIAP2 (W85) no CDS ou no PEC, pois a atualização do campo "diabetes" identifica a condição clínica em agravo por tempo indeterminado.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	Para o denominador serão considerados todos os cadastros e atribuições a partir de 2018. Para o caso de uso do cadastro individual será considerado a informação mais atual enviada ao SISAB. Na alocação do indivíduo à equipe de referência, serão consideradas as regras de vinculação conforme a Nota Técnica de Cadastro, independentemente se a identificação da reportagem ocorreu nesta equipe.
<b>DATA DE FINALIZAÇÃO DA FICHA</b>	Dezembro de 2022

## ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL

O Brasil Sorridente passou a organizar e estruturar a Atenção Secundária em Saúde Bucal do Brasil através da criação e implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica. Portanto esses serviços complementam o trabalho das ESB, responsáveis pelo primeiro atendimento, pela coordenação dos cuidados e acompanhamento dos usuários.

Os CEOs devem ofertar minimamente as seguintes áreas clínicas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. São classificados como Tipo I, quando apresentam 3 cadeiras odontológicas, Tipo II, quando apresentam entre 4 a 6 cadeiras, e Tipo III, acima de 7 cadeiras. Independente do Tipo, todos os CEOs devem ofertar minimamente as cinco especialidades citadas anteriormente e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais.

### Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEOs, a saber:

- 1 – Adesão e Contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 – Avaliação Externa; e

#### 4 – Reconstrução.

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar todos os Centros de Especialidades Odontológicas do país, a partir de um processo pactuado de forma tripartite, permite a participação no Programa de todos os CEOs, independente do Tipo I, II ou III, desde que estes tenham habilitação de CEO pelo Ministério da Saúde, através de portaria específica.

É importante ressaltar, que cada gestor Estadual, Municipal ou Distrito Federal poderá incluir todos ou apenas um CEO de sua gestão no Programa.

#### Indicadores de Contratualização

No momento da contratualização, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes dos CEOs e pelas gestões Estaduais, Municipais e Distrito Federal, encontra-se um conjunto de indicadores que foi eleito a partir das metas de produção estabelecidas para cada especialidade do CEO.

Como a unidade de avaliação do Programa será o CEO, a escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento da produção do CEO.

Em consonância com as diretrizes do PMAQ-CEO, o processo de monitoramento deverá ser alvo de aperfeiçoamento contínuo tanto dos indicadores, como dos parâmetros de desempenho. Tendo em vista as limitações atuais dos sistemas de informação em saúde para um acompanhamento mais efetivo dos resultados esperados dos CEOs, optou-se por iniciar o monitoramento com os indicadores disponíveis que fazem parte da meta mínima mensal de cada tipo de CEO e de cada especialidade. Espera-se, a melhoria da alimentação do SIA/SUS, induzida pelo processo de monitoramento do PMAQ-CEO, e assim constituir uma base de dados mais

831

consistente, que permita a inclusão de novos indicadores e torne mais robusta essa etapa da avaliação de desempenho.

Diante disso, foram selecionados 8 (oito) indicadores, classificados segundo a natureza de seu uso:

- i. Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação dos CEOs, conforme o seu desempenho.
- ii. Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada CEO, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída aos CEOs no processo de avaliação externa. Nos próximos ciclos de implementação do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho.

Os indicadores de desempenho selecionados se referem às metas estabelecidas para cada CEO, por Tipo e por especialidade, através da Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Indicadores	Natureza do Uso		Parâmetros Mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 110 e Tipo III: 190
2. Procedimentos de periodontia no mês	X		Tipo I: 60, Tipo II: 90 e Tipo III: 150
3. Procedimentos de endodontia no mês	X		Tipo I: 35, Tipo II: 60 e Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	X		Tipo I: 80, Tipo II: 90 e Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 7, Tipo II: 12 e Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40, Tipo II: 55 e Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		X	
8. Procedimentos de biópsia dos tecidos moles da boca		X	

## Monitoramento

O monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações buscam:

- I – Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipe do CEO e gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal;
- II – Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade do CEO, tanto para os serviços participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;
- III – Promover o aprendizado institucional, ao permitir a identificação e priorização de desafios para melhoria da qualidade da CEO, 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 CEO e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e
- V – Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes do CEO e gestores a enfrentarem os desafios.

Cumprido destacar que, no ciclo de melhoria da qualidade do CEO, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

As gestões Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e a equipe do CEO, com o intuito de promover a ampliação da melhoria do acesso e da qualidade, devem promover a melhoria dos indicadores e do desempenho nos padrões de qualidade do CEO. Elas precisam ofertar um conjunto de ações

833



compatível com as necessidades de saúde da população, com qualidade satisfatória, traduzindo esse esforço nos resultados dos indicadores e nos padrões de qualidade a serem avaliados, inclusive em termos de satisfação dos usuários.

Para orientar os processos locais de monitoramento das ações desenvolvidas pelos CEOs, 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 do CEO, 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 que dificultem a apropriação de seus resultados e comprometam o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas informação; IV – Reconhecer o sucesso dos CEOs que tiverem bom desempenho estimulando-os na busca de melhores resultados;
- V – Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre os CEOs, 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 co-responsabilidades; e

VII – Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento do CEO, 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 dos CEOs.

Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade do CEO, é esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes dos CEOs e da gestão na melhoria da qualidade do serviço, devendo haver uma coerência entre o desempenho dos CEOs nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas.

## ÁREA – SAÚDE MENTAL

**INDICADOR: Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas**

Conceito: percentual de atendimentos em saúde mental realizados por médico e enfermeiro, exceto para usuários de álcool e drogas, em relação ao total de atendimentos.

835

Permite conhecer a participação dos atendimentos em saúde mental na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Este indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado à saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos etc.), podendo indicar o quanto ela está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses portadores, suas famílias e a comunidade.

Além disso, pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenção em relação ao cuidado dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de saúde mental, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo "visita", como no campo "tipo de atendimento de médico e enfermeiro em saúde mental". Desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar de a sua fórmula considerar apenas o segundo campo.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos em saúde mental, em determinado local e período}}{\text{Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB.  
Denominador: Relatórios

PMA2 e PMA2-Complementar do SIAB.

Periodicidade: mensal.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- ✓ Capacitar os profissionais de atenção básica para a melhoria do acesso e qualidade das ações de saúde mental, de forma humanizada e de acordo com as melhores práticas, incluindo não só os usuários de saúde mental, mas também suas famílias e a comunidade do território.
- ✓ Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- ✓ Sensibilizar a equipe para a análise comparada deste indicador com outros que reflitam resultados em saúde mental, por exemplo: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e/ou saúde mental), número de pacientes usuários de benzodiazepínicos, número de pacientes que estão em acompanhamento em serviços especializados de saúde mental etc.
- ✓ Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.

837

- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade e a 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 assessorar a gestão.

### **INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de álcool**

Conceito: percentual de atendimentos de usuário de álcool sobre o total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro.

Este indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado aos usuários de álcool, podendo indicar o quanto ela está sensível a essa questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias ea comunidade.

Permite conhecer a participação dos atendimentos aos usuários de álcool na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de álcool, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo "visita", como no campo "tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de álcool". Desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de usuário de álcool, em determinado local e período}}{\text{Número total de atendimentos de médicos e de enfermeiros}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB.

Denominador: Relatórios

PMA2 e PMA2-Complementar do SIAB.

Periodicidade: mensal.

#### Ações que promovem a melhoria do indicador:

- ✓ Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade e a 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 assessorar a gestão.
- ✓ Realizar busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool.
- ✓ Sensibilizar e capacitar toda a equipe para levantar o problema do alcoolismo com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.

- ✓ Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- ✓ Desenvolver trabalho intersetorial no território, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do alcoolismo (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, alcoólicos anônimos etc.).

### **INDICADOR: Proporção de atendimentos de usuário de drogas**

Conceito: percentual de atendimentos de usuários de drogas em relação a todos os atendimentos realizados pelo médico e enfermeiro.

Permite conhecer a participação dos atendimentos aos usuários de drogas na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Este indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado aos usuários de drogas, podendo indicar o quanto ela está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias e a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de drogas, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo "visita" como no campo "tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de drogas". Desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador.

Função do indicador: monitoramento.

840

Método de cálculo:

Número de atendimentos de usuário de drogas, em determinado local e período

Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período	x 100
---	-------

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB.

Denominador: Relatórios

PMA2 e PMA2-Complementar do SIAB.

Periodicidade: mensal.

**Ações que promovem a melhoria do indicador:**

- ✓ Realizar busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados às drogas.
- ✓ Sensibilizar e capacitar toda a equipe para levantar o problema do uso de drogas com as famílias do território, principalmente durante o acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.
- ✓ Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- ✓ Desenvolver trabalho intersetorial no território, para a articulação de ações promoção da saúde, prevenção e tratamento dos usuários de drogas (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, alcoólicos anônimos etc.).
- ✓ Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do SIAB.
- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade e a 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 assessorar a gestão.
- ✓ Sensibilizar a equipe para acrescentar ao monitoramento outros indicadores que também demonstrem o resultado do seu trabalho, tais como: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e/ou saúde mental), número de casos discutidos com o NASF etc

### **INDICADOR: Taxa de prevalência de alcoolismo**

Conceito: proporção de pessoas dependentes de álcool na população cadastrada com 15 anos ou mais.

Este indicador reflete a proporção de alcoolistas na população com 15 anos ou mais na área de abrangência da equipe.

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007), do total da população com 18 anos ou mais, 9% seriam dependentes de bebidas alcoólicas.

Ressalta-se a importância da identificação precoce de pessoas com consumo considerado de risco nas ações de prevenção do uso abusivo de álcool. A Organização Mundial da Saúde considera consumo de risco a ingestão superior a duas doses diárias para homens e a uma dose para mulheres.

O acompanhamento e o monitoramento do indicador auxiliam as equipes a planejarem suas ações e a ampliarem a qualidade da atenção prestada aos usuários de álcool, suas famílias e comunidade.

É importante ressaltar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar dependência e está relacionado a vários agravos (violência, suicídio e acidentes de trânsito) e doenças, como cirrose

alcoólica, pancreatite alcoólica, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e certos tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago e fígado) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

O monitoramento deste indicador permite avaliar em que medida as equipes de Atenção Básica estão identificando os usuários com consumo excessivo de álcool no seu território. O resultado deste indicador poderá ser comparado às estimativas de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas de forma abusiva.

Este indicador também pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenções em relação ao cuidado das pessoas com problemas relacionados ao álcool, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

Função do indicador no PMAQ: monitoramento.

Método de cálculo:

Número de alcoolistas cadastrados na população de 15 anos ou mais, em determinado local e período

$$\frac{\text{Número de pessoas de 15 anos ou mais cadastradas no mesmo}}{\text{Número de pessoas de 15 anos ou mais cadastradas no mesmo}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Ficha A do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB.

Periodicidade: mensal.

**Ações que promovem a melhoria do indicador:**

- ✓ Realizar busca ativa de pessoas adultas na comunidade que têm problemas relacionados ao álcool.
- ✓ Sensibilizar e capacitar toda a equipe para levantar o problema com as famílias do território, principalmente durante o

843

acompanhamento domiciliar, bem como para intervir de forma qualificada nessas situações.

- ✓ Discutir com a equipe sobre os resultados deste indicador, com foco no planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual, grupos de apoio, grupo com familiares etc.
- ✓ Desenvolver trabalho intersetorial no território, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do alcoolismo (ex.: ação social, escola, redes comunitárias, Alcoólicos Anônimos etc.).
- ✓ Capacitar/atualizar os profissionais das equipes para melhorar a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- ✓ Monitorar e avaliar a qualidade e a 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 assessorara gestão.

## MONITORAMENTO DE INDICADORES E GESTÃO DE RISCOS

Segunda a definição da RDC, que abrange os objetivos tradicionais da gestão de riscos, ao incluir a integridade profissional, meio ambiente e imagem institucional.

Gestão de riscos: Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A gestão de risco é abrangente a todos os indivíduos que fazem parte da instituição hospitalar, desde os empregados que constituem a base da pirâmide organizacional, até alta gestão. Isso porque, apenas com comprometimento de

✓

Ⓞ

844

todos será possível criar uma cultura voltada para o gerenciamento de risco na área da saúde de forma efetiva.

Se implantado de forma efetiva, o gerenciamento de riscos na área hospitalar é capaz de trazer vários resultados, a destacar:

- diminuição e/ou eliminação de falhas;
- gestão eficaz da empresa;
- crescimento do nível de excelência;
- atração e retenção de consumidores internos e externos;
- prevenção e redução de processos judiciais e indenizações;
- desempenho eficiente;
- ações corretivas e preventivas;
- desenvolvimento sustentável do negócio;
- fortalecimento da imagem da empresa perante o mercado;
- diminuição de gastos e materiais
- tomadas de decisão assertivas;

O gerenciamento de riscos requer identificar, analisar, catalogar e mitigar os riscos aos pacientes. Para isso, é preciso realizar uma análise de risco eficiente, voltando as ações para a realidade do dia a dia na área da saúde.

Nesse cenário, também é preciso trabalhar com a criação de ações preventivas, corretivas e contingenciais, que possuem como foco assegurar a máxima eficiência dos processos, a fim de que os serviços sejam ofertados com alto índice de qualidade e também segurança.

Destaca-se que uma das principais ferramentas utilizadas para a gestão em saúde é implantar uma filosofia com foco nas boas práticas e processos da instituição da saúde, sendo que essas práticas devem ser incorporadas em toda a companhia, e não como uma atividade à parte.

*[Handwritten signature]*

845

Ao atingir esse objetivo, todas as pessoas que integram a organização passam a executar o gerenciamento de risco de forma natural e automática. Com isso, também é possível desenvolver e aplicar novas metodologias.

Assim, a palavra “risco” apesar de possuir uma conotação negativa, traz consigo a possibilidade de melhorar os processos e, conseqüentemente, ser relacionado a resultados positivos.

A identificação e análise de risco devem ser usadas para fazer a identificação de oportunidades capazes de melhorar os processos e os resultados das instituições hospitalares, diminuindo a ocorrência de erros que possam levar a conseqüências negativas para o bem-estar e segurança do paciente.

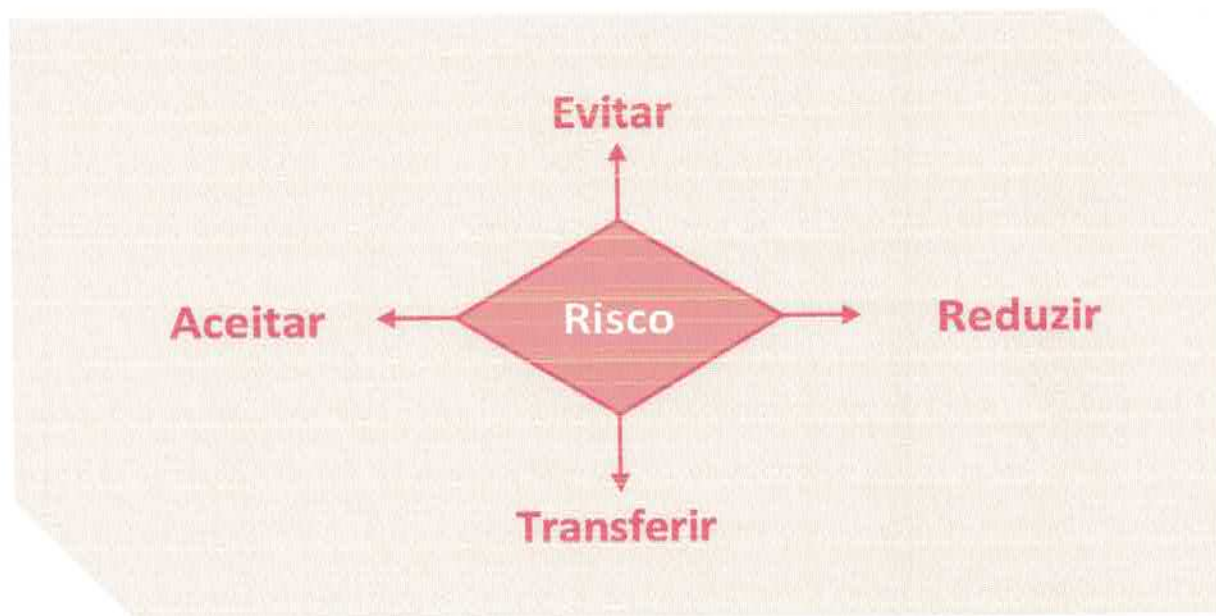
### **Estratégias de tratamento dos riscos**

Diversos tratamentos ou técnicas de enfrentamento podem ser agrupados em alguma das seguintes estratégias (Figura 1):

- (I) Eliminação do risco;
- (II) Mitigação, redução ou controle do risco;
- (III) Compartilhamento ou transferência do risco a terceiros;
- e (IV) Retenção ou aceitação do risco.

O significado dessas estratégias é o seguinte:

Figura 1 - Estratégias de enfrentamento dos riscos.



**Evitar ou eliminar o risco.** Implica a não realização da atividade que envolve o risco a ser combatido (*Risk Avoidance*). Assim, por exemplo, pode-se evitar um acidente aéreo se a pessoa nunca viajar de avião. Da mesma forma, elimina-se o risco de uma cirurgia errada ou qualquer outro EA cirúrgico se o paciente não for submetido a um procedimento cirúrgico. Porém, considerando que os benefícios para a saúde do paciente são maiores que os riscos desse procedimento, quando realizado corretamente, muitas vezes evitar ou eliminar o risco pode não ser a alternativa mais viável.

**Compartilhar ou transferir o risco.** Essa estratégia diz respeito a fazer com que outra instituição tome para si o risco (*Risk Transfer*), geralmente através da aquisição de um seguro. Dessa forma, a transferência se refere a adoção de medidas compensatórias pelo contrato, abrangendo por exemplo, seguros que asseguram aos serviços e profissionais de saúde a cobertura de eventuais eventos adversos ocasionados. Devido a essas características da estratégia, aliado ao seu alto custo, não contribuem para a prevenção de novos incidentes e

P

R

847

consequentemente para uma assistência mais segura e com mais qualidade, sendo por isso não suficiente para o gerenciamento de risco relacionados à Segurança do Paciente.

**Mitigar, reduzir ou controlar o risco.** A estratégia de controle ou redução (*Risk Reduction*), visa minimizar a probabilidade de ocorrência dos eventos, minimizando o risco e reduzindo-o a níveis aceitáveis.

**Retenção ou aceitação do risco.** Compreende o risco aceito pela organização (*Risk Acceptance*). Em teoria, trata-se de uma estratégia adequada somente quando os riscos forem pequenos, com pouco impacto potencial, ou se o custo da utilização de outra estratégia estiver acima das possibilidades da organização e do total de perdas ou eventos adversos que se quer evitar.

Independentemente do tipo de risco identificado e avaliado na organização, o plano de ação deve justificar, descrever e registrar a seleção da estratégia ou estratégias de tratamento a serem adotadas.

### **Processo de Monitoramento (Indicadores) e Avaliação (Pesquisas Avaliativas)**

O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao "acompanhamento", "avaliação", monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados

indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem necessariamente ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das chamadas “pesquisas avaliativas”, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Os indicadores devem subsidiar o desenho de avaliações de desempenho e impacto, buscando associações entre ações e suas repercussões/efeitos. (Hartz, 1997, 2000).

De maneira sucinta, é bom ressaltar que no campo das pesquisas científicas avaliativas há um intenso debate sobre as limitações e avanços das metodologias quantitativas e qualitativas (em suas diferentes vertentes), debate que tem avançado na medida em que se observa a pertinência de se utilizarem dos diferentes métodos desde que adequadamente conformados ao objeto avaliado. No rastro dessas discussões, vêm uma série de conceitos operacionais, instrumentos e “testes” que devem ser aportados de forma criteriosa e crítica nas “mensurações” que se deseja fazer. Não é demais salientar esses aspectos quando projetos complexos como a Humanização/PNH são o alvo de análise. O próprio conceito clássico de “indicador” (a princípio reduzido a um aspecto quantificador) requer flexibilidade para as adequações pertinentes.

Vale lembrar que para capturar resultados significativos (no escopo do projeto/política), deve-se partir de modelos que contemplem indicadores que reflitam a concepção ou essencialidade desse projeto/política. Por tudo que já se pontuou sobre a amplitude e complexidade das ações de Humanização, essa diretriz torna-se fundamental nas avaliações. Na composição e descrição de alguns indicadores, está-se buscando dimensionar não somente a estruturação de dispositivos, mas tentar capturar o seu funcionamento efetivo, para assegurar

849



informações mais detalhadas e consistentes, a serem consideradas no monitoramento.

### Conceito de Indicador

Os indicadores são “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (Maletta, 2000).

### INDICADORES QUE PODEM SER UTILIZADOS COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES EM AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO E RESULTADOS

ATENÇÃO HOSPITALAR
<ul style="list-style-type: none"><li>• Produção e produtividade do serviço e dos trabalhadores (Nº. de atendimentos e procedimentos gerais e específicos por setores/unidades funcionais)</li><li>• Redução do tempo médio de espera (em %), considerando os diferentes procedimentos, nas diferentes unidades de produção</li><li>• Taxas de ocupação de leitos (nº.pacientes-dia sobre nº.leitos-dia)</li><li>• Médias de permanência (Tempo ou prazo médio de internação) (= nº.pacientes-dia sobre nº.pacientes-egressos)</li><li>• Índice de intervalo de substituição (% de desocupação X média de permanência em dias sobre % de ocupação)</li><li>• Giro de rotatividade ou índice de renovação (nº. de saídas sobre nº.de leitos)</li><li>• Tendências quanto à solicitação de exames complementares (% de redução de solicitação de exames)</li><li>• % de exames laboratoriais repetidos sem o recebimento do último resultado</li><li>• % de prescrições em desacordo com os protocolos</li><li>• % de exames solicitados em desacordo com os protocolos</li><li>• % de exames repetidos por laudo duvidoso ou questionado</li><li>• Taxas de cirurgias realizadas</li><li>• Taxas de cirurgias canceladas, segundo motivos selecionados</li><li>• Tempo médio de espera p/ cirurgias eletivas (a partir da internação)</li><li>• % de primeiras cirurgias iniciadas no horário previsto</li><li>• % de visita pré-anestésica realizada antecipadamente nas cirurgias eletivas</li><li>• Tendências temporais quanto a reinternações de casos (% de redução de reinternações)</li><li>• Taxa de re-operação</li><li>• Proporção de cesáreas</li></ul>

850

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- % de índices de Apgar considerados satisfatórios
- % de recém-nascidos que permanecem internados e em aleitamento materno exclusivo (e não-exclusivo)
  
- Taxas de infecção hospitalar (nos diferentes setores)
- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar
- Taxas de mortalidade hospitalar
- Taxa de mortalidade materna
- Taxa de mortalidade neonatal
- Taxa de Mortalidade Intra-Operatória
  
- Taxa de acidentes com material biológico entre trabalhadores
- Taxa de acidentes com perfuro-cortantes entre trabalhadores
- Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças)
- Incidência de acidentes de trabalho (por tipos de acidentes)
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho
- Prevalência de afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho
- % de absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos
- % de absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados
- % de licenças do trabalho por motivos selecionados
- % de licenças prolongadas (> 60 dias)
  
- % de aumento ou redução de gasto (direto e estimado) por internação
- % de aumento ou redução de gasto total estimado por cirurgia
  
- Satisfação: % de usuários e trabalhadores, segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos
- % de aumento do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores ou
- % de redução do grau de insatisfação dos usuários e trabalhadores

### ATENÇÃO BÁSICA

- Produção e produtividade do serviço e dos trabalhadores (Nº. de atendimentos e procedimentos gerais e específicos)
- % de aumento de atendimentos de casos agudos
- % de aumento de casos agudos acolhidos e resolvidos no Serviço
- % de aumento na cobertura de programas oferecidos pela Unidade
- % de aumento de gestantes capturadas para pré-natal no 1º trimestre de gravidez
- % de aumento de usuários de grupos de risco cadastrados e acompanhados na Unidade
- % de aumento de captação de casos novos de agravos (grupos de risco)
- % de aumento de captação de faltosos de usuários de grupos de risco
- % de redução do tempo médio de espera para: (i) primeiro atendimento/acolhimento; (ii) atendimento de caso agudo; (iii) outros atendimentos, conforme classificação de risco
- % de aumento ou redução de usuários atendidos e encaminhados para consultas especializadas
- % de aumento de gestantes que foram encaminhadas pela Unidade para maternidades de referência e que conseguiram internação
- % de redução de solicitação de exames complementares
- % de redução de exames laboratoriais repetidos sem o recebimento do último resultado
- % de resultados de exames complementares normais e alterados
- % de redução de prescrições em desacordo com os protocolos
- % de redução de exames solicitados em desacordo com os protocolos
- % de redução de exames repetidos por laudo duvidoso ou questionado
- Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano
- Nº. e Taxa de mortalidade infantil por diarreia e IRA
- Mortalidade infantil proporcional por diarreia e IRA
- Taxa de Mortalidade Materna em mulheres em geral, comparadas com Taxa em gestantes atendidas

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- pelas Equipes de Saúde da Família
- % de redução de internações por causas evitáveis
- Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade
- Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos de idade
- Prevalência de desnutrição em < 1 ano
- % de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.
- % de crianças de risco menores de 1 ano e acompanhadas, e que foram internadas
- % de gestantes menores de 20 anos de idade
  
- % de redução de consultas médicas de pacientes de grupos de risco que participam de atividades de grupo
- % de redução de consultas médicas de pacientes de grupos de risco que participam de atividades de promoção
  
- % de redução de encaminhamentos para serviços hospitalares
- % de internações e reinternações de usuários em atenção domiciliar
- % de redução de reinternação de usuários inscritos na Unidade de Saúde
  
- % de pacientes com TBC diagnosticados pelas ESF, com tratamento completado
- % de pacientes com Hanseníase diagnosticados pelas ESF, com tratamento completado
- % de abandono de tratamento por TBC
- % de abandono de tratamento por Hanseníase
  
- Taxa de acidentes com material biológico entre trabalhadores
- Taxa de acidentes com perfuro-cortantes entre trabalhadores
- Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças)
- Incidência de acidentes de trabalho (por tipos de acidentes)
- Prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho
- Prevalência de afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho
- Prevalência de afastamentos do trabalho por outros motivos
  
- % de absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos
- % de absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados
- % de licenças do trabalho por motivos selecionados
- % de licenças prolongadas (> 60 dias)
  
- % de aumento ou redução de gasto total estimado com os procedimentos por usuário e famílias
  
- % de usuários de grupos de risco que demonstram conhecimento sobre seu quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos
  
- % de pessoas que consideram que seus problemas foram resolvidos pela equipe de acolhimento
- % de pessoas que consideram ter tido encaminhamento adequado para seus problemas pela equipe de acolhimento
  
- Satisfação: % de usuários e trabalhadores, segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos
- % de aumento do grau de satisfação dos usuários e trabalhadores ou
- % de redução do grau de insatisfação dos usuários e trabalhadores
  
- % de gestantes que estão concluindo pré-natal com domínio de informações sobre "sinais de alarme obstétrico"
- % de mães com domínio de informações sobre alimentação, vacinação e cuidados com a criança
- % de puérperas com domínio de informações sobre "sinais de alarme" do recém-nascido
- % de mulheres em idade fértil com domínio de informações sobre prevenção de câncer de mama e colo uterino

### 2.3.8. GESTÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Proposta de Sistema de Gestão da Qualidade estruturado em níveis de documentos de forma que as informações possam ser distribuídas na quantidade necessária e na linguagem adequada aos usuários, permitindo assim, maior agilidade no fluxo de informações.

A estrutura documental está desenvolvida e organizada em 3 (três) níveis, conforme a hierarquia seguidamente apresentada:



#### Controle de Documentos

Os documentos do Sistema de Gestão de Qualidade, inclusive aqueles de origem externa, são controlados dentro de necessidades específicas.

Os documentos são analisados criticamente e verificados quanto à sua adequação por pessoal autorizado, antes de sua emissão.

Esta avaliação assegura que:

- As emissões pertinentes de documentos apropriados estejam disponíveis em locais onde são executadas operações essenciais para o funcionamento efetivo do SGQ;

*(Assinaturas manuscritas)*

- 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.

### Controle de Registros

O INSTITUTO ROSA BRANCA adotará o processo de organização e armazenamento dos 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.

Será desenvolvido dentro do cenário da **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** o Protocolo Operacional Padrão para Controle de Documentos e Registros e a Matriz de Registros de cada setor estabelecem os controles necessários para identificação, armazenamento, indexação, proteção, recuperação, tempo de retenção e descarte dos registros.

### 2.4. PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Para centralizar as informações, facilitar a comunicação entre as Unidades de Saúde e os seus usuários e buscar a excelência em seu atendimento, o **INSTITUTO ROSA BRANCA** implantará o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU nas Unidades de Saúde do município de Senador Pompeu - CE.

855

O Serviço de Atendimento ao Usuário será um elemento diferencial na administração das Unidades de Saúde do município de Senador Pompeu - CE, partindo do princípio que o Atendimento ao Cliente é uma obrigação de todo funcionário da instituição e que as Recepções podem desempenhar o papel de orientadora da clientela. O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o cliente e a direção, com a resposta necessária para solucionar eventuais situações de conflito. É um canal de acesso ao cidadão e ao exercício da cidadania. O papel do Serviço de Atendimento ao Usuário não é o de procurar e apontar defeitos na ação dos Serviços, mas funcionar como uma espécie de "controle de qualidade do serviço público", apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para os problemas.

O objetivo do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) é a centralização da informação, agilidade no atendimento, melhoria na qualidade dos serviços oferecidos e satisfação dos usuários, atendendo adequadamente as suas reivindicações, humanizando a relação paciente/usuário/colaborador/gestor trabalhando com a mudança de valores, comportamento, conceitos e práticas, exigindo dos profissionais de saúde e demais colaboradores um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários, visto que a humanização é a visão de atendimento que se faz necessária na saúde, possibilitando um trabalho de melhor qualidade e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, o serviço de atendimento ao usuário aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania no intuito de:

- Possibilitar a participação dos usuários na gestão da Instituição;
- Proporcionar acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão;

4  
P

856

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Agilizar o atendimento aos usuários com qualidade.

O SAU trata-se de uma ferramenta gerencial dinâmica que possibilita conhecer as necessidades dos usuários.

Orientado à gestão da qualidade dos serviços prestados e atendimento das necessidades dos usuários, o SAU incorpora função dirigida à melhoria contínua dos processos e serviços.

O SAU tem ainda como objetivo detectar e encaminhar as queixas em relação aos serviços prestados, assim como receber críticas e sugestões.

Outra função do serviço é informar aos usuários e seus acompanhantes, as normas e rotinas de funcionamento da Unidade.

O desafio da administração e seus colaboradores é aumentar a satisfação do usuário e disponibilizar todas as orientações necessárias para o bom andamento da nossa prestação de serviços.

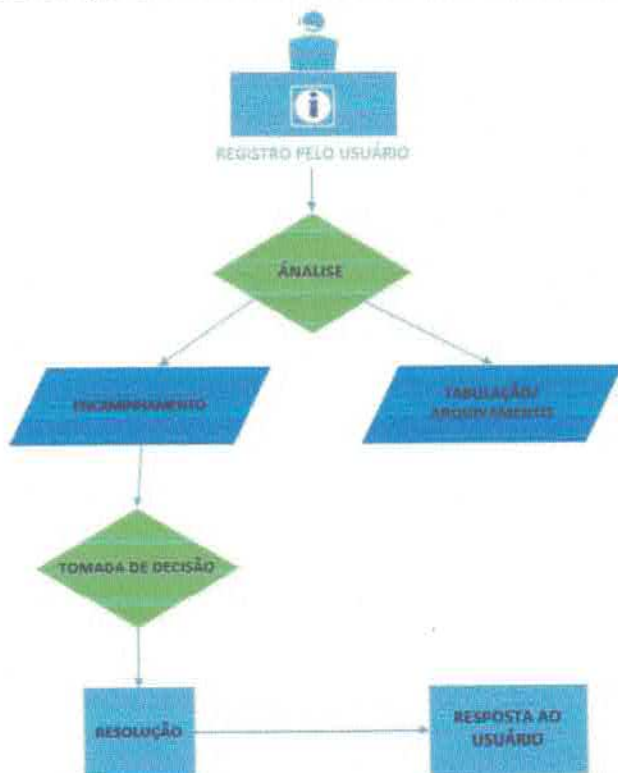
O SAU não se constitui só na identificação e atendimento das demandas, mas, principalmente, na avaliação da situação através da qual os serviços prestados podem ser aperfeiçoados continuamente e modificados sempre que necessário.

O SAU é responsável ainda pela Pesquisa de Satisfação do Usuário que busca coletar informações junto aos usuários sobre a eficiência dos nossos serviços. Os dados coletados são tabulados, avaliados, solucionados e encaminhados para conhecimento do Parceiro Público.



## 2.4.1. Organograma SAU

### SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO



## 2.4.2. Atribuições do SAU:

- ✓ A gerência da Unidade de Saúde deverá descrever, em conjunto com as equipes, as atribuições do enfermeiro, do assistente social, do nutricionista etc., sem que as mesmas sejam confundidas com o **Serviço de Atendimento ao Usuário**. As atribuições de cada um dos profissionais da saúde serão definidas pela Gerência em conjunto com a equipe, em consonância com o Plano de Cargos e Salários, Benefícios e Carreiras da **ROSA BRANCA**, sendo que as atribuições do SAU são complementares às atividades de cada um;
- ✓ O Gestor da Unidade deverá disponibilizar e-mail, telefone e definir o horário de funcionamento do SAU;
- ✓ Disponibilizar informações sobre as rotinas das **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE** aos usuários e seus acompanhantes;

- ✓ Realizar o acolhimento nos termos dos preceitos de humanização do atendimento definidos pelo SUS;
- ✓ Distribuir formulários da Pesquisa de Satisfação do Usuário e orientar o seu preenchimento, quando necessário;
- ✓ Tabular os dados da Pesquisa de Satisfação do Usuário;
- ✓ Encaminhar para a sede do **INSTITUTO ROSA BRANCA**, mensalmente, até o primeiro dia do mês subsequente, os dados tabulados;
- ✓ Acolher sugestões dos usuários e do Conselho Gestor e encaminhar para a gerência que será a responsável pela resolução de eventuais queixas;
- ✓ Adotar providências para solicitar transporte especializado junto ao Parceiro Público para remoção de usuários;
- ✓ Manter contato com os familiares dos usuários, quando necessário;
- ✓ Identificar as necessidades de treinamento e cursos de capacitação para os funcionários do SAU e da recepção.

#### 2.4.3. Composição do SAU

- ✓ O SAU deverá ser composto pela Assistente Social e por, no mínimo, dois funcionários da Unidade de Saúde designados pela Gerência que também indicará um Coordenador entre os componentes do SAU. O serviço será apoiado em suas ações pelos funcionários da recepção.

#### 2.4.4. Objetivos

##### Objetivo Geral

Canal de comunicação entre o usuário e a gestão para registrar queixas, sugestões ou elogios, utilizando-se de pesquisas e entrevistas com a finalidade de mensurar a qualidade de diversos serviços da instituição, visando atender as necessidades dos clientes. O S.A.U. é uma unidade que responde ao nível estratégico da instituição com a função de assessorar a gestão para melhoria dos processos e auxílio nas tomadas de decisões.

##### Objetivos Específicos

859

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Partindo desses princípios, seguem os principais e específicos objetivos do Serviço de Atendimento ao Usuário:

- I. Dinamizar e melhorar o atendimento ao usuário, estimulando-os a serem parceiros da Instituição;
- II. Conscientizar o usuário de que ele é parte de uma sociedade com direitos e deveres;
- III. Otimizar e direcionar os serviços oferecidos pela Unidade;
- IV. Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas, aliados a possíveis soluções;
- V. Desenvolver ações de caráter preventivo e corretivas;
- VI. Após a identificação e solução das demandas, a situação e os procedimentos deverão ser avaliados com o intuito de aperfeiçoar continuamente, e até modificá-los sempre que necessário.
- VII. Receber, analisar e registrar as queixas, sugestões e elogios dos usuários, encaminhando aos gestores dos setores correspondente;
- VIII. Tabular os dados das pesquisas e entrevistas;
- IX. Elaborar relatório gerencial com dados quantitativos e qualitativos;
- X. Acompanhar as providências adotadas do início até a finalização do processo;
- XI. Resolver as queixas ou solicitações, quando possível, no ato de atendimento;
- XII. Mediar situações de conflito entre colaboradores e usuários;
- XIII. Acompanhar o nível de satisfação do usuário, através de pesquisa de satisfação e de entrevistas ativas.

O Serviço de Atendimento ao Usuário servirá de ponte entre o usuário e a Gerência da Unidade, com resposta rápida e necessária nas eventuais

860

situações de dúvida ou conflito. Será um canal de acesso ao exercício da cidadania e atuará como uma espécie de controle de qualidade do serviço público, apontando falhas e acertos, auxiliando na busca de soluções para as questões que se apresentarem. Caberá, ainda, ao Serviço de Atendimento ao Usuário, captar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, por meio de pesquisas de satisfação. Este serviço estará disponível nas unidades e será conduzido pelo gestor administrativo e contará com os seguintes profissionais: Assistentes Sociais e profissionais administrativos (ouvidoria). Será um canal de comunicação pessoal, escrita e por telefone.

#### MODELO DE URNA DE SATISFAÇÃO:



*[Handwritten signatures and initials]*  
861

## MODELO DE BANNER DO SAU



**SAU**  
**Serviço de Atendimento ao Usuário**

**CARO USUÁRIO,**

**Você pode se manifestar sobre os serviços de saúde da  
Unidade Básica de Saúde – UBS através de:**

- **Formulário – Pesquisa Interna de Satisfação**
- **Email – [sau.ubs@institutorosabranca.org.br](mailto:sau.ubs@institutorosabranca.org.br)**

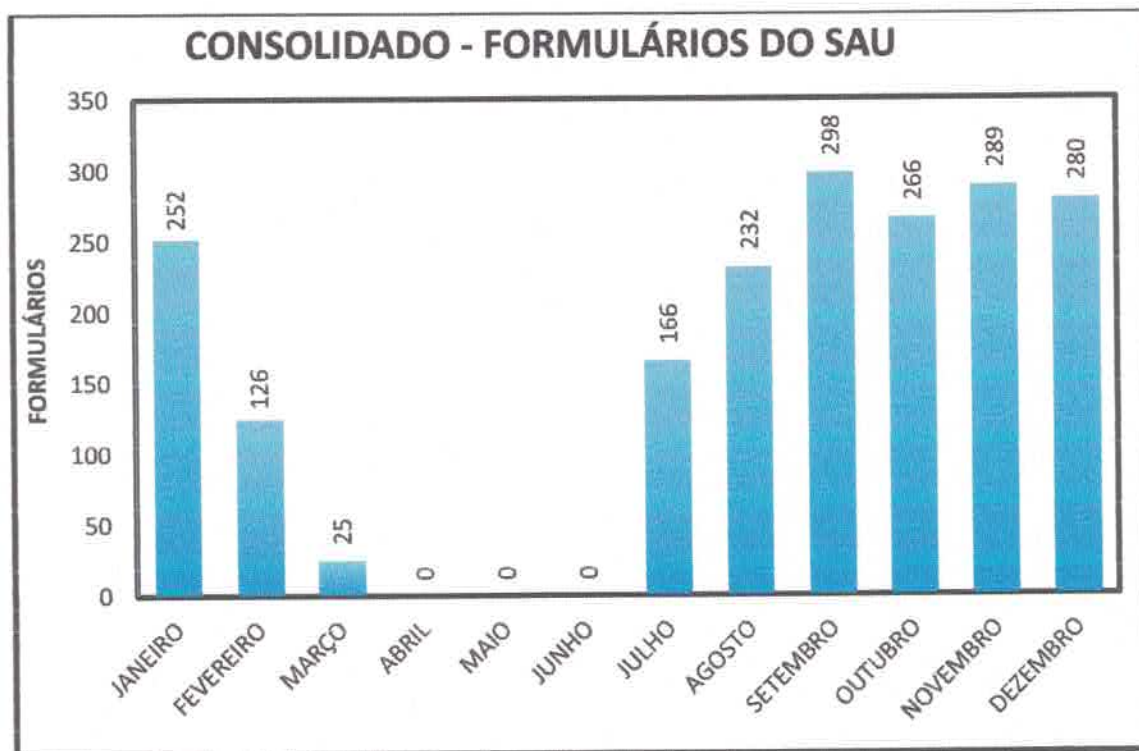
**Contamos com você para melhorar nossos serviços.**

**Instituto Rosa Branca – IRB  
Organização Social de Saúde - OSS**

*[Handwritten signatures and initials]*

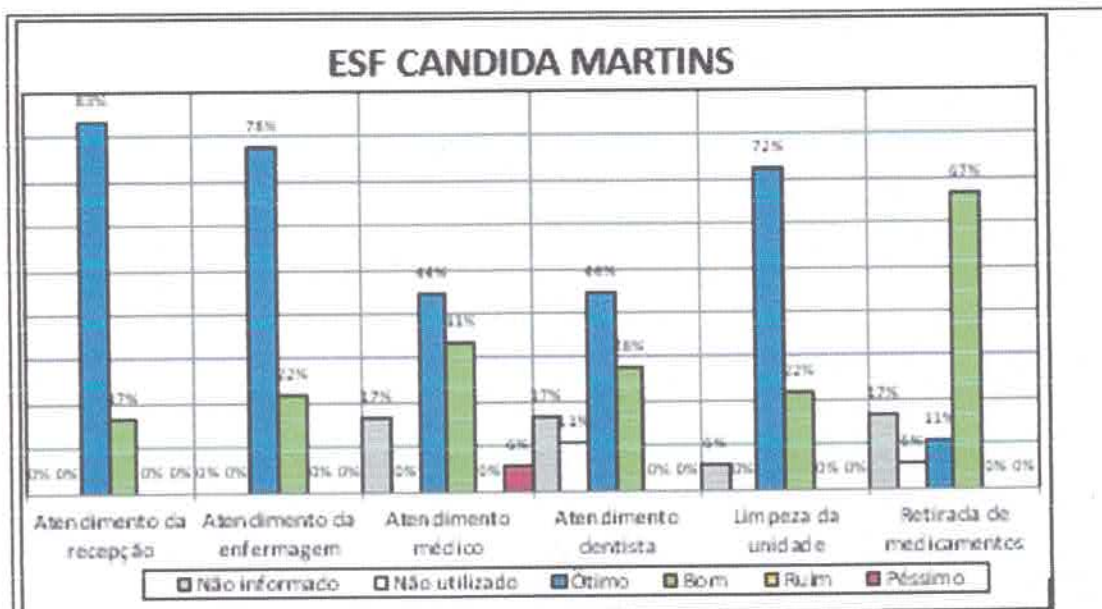
**862**

MODELO DE TABULAÇÃO DE DADOS:



*[Handwritten signatures and initials]*

MODELO DE TABULAÇÃO DE DADOS:



Do total de 18 formulários de S.A.U. analisados:

**Atendimento da recepção:** Não informado: 0 (0%) / Não utilizado: 0 (0%) / Ótimo: 15 (83%) / Bom: 3 (17%) / Ruim: 0 (0%) / Péssimo: 0 (0%)

**Atendimento da enfermagem:** Não informado: 0 (0%) / Não utilizado: 0 (0%) / Ótimo: 14 (43%) / Bom: 4 (57%) / Ruim: 0 (0%) / Péssimo: 0 (0%)

**Atendimento médico:** Não informado: 3 (17%) / Não utilizado: 0 (0%) / Ótimo: 8 (44%) / Bom: 6 (33%) / Ruim: 0 (0%) / Péssimo: 1 (8%)

**Atendimento dentista:** Não informado: 3 (17%) / Não utilizado: 2 (11%) / Ótimo: 8 (44%) / Bom: 5 (28%) / Ruim: 0 (0%) / Péssimo: 0 (0%)

**Limpeza da unidade:** Não informado: 1 (6%) / Não utilizado: 0 (0%) / Ótimo: 13 (72%) / Bom: 4 (22%) / Ruim: 0 (0%) / Péssimo: 0 (0%)

**Retirada de medicamentos:** Não informado: 3 (17%) / Não utilizado: 1 (6%) / Ótimo: 2 (11%) / Bom: 12 (67%) / Ruim: 0 (0%) / Péssimo: 0 (0%)

#### 2.4.5. Instrumentos de Avaliação

- Relatórios quantitativos e qualitativos mensais com gráficos, números e pesquisa de nível de satisfação dos usuários;
- Reuniões periódicas com a equipe.

Com a implantação, espera-se os seguintes resultados:

#### Resultados Sociais:

Satisfação e participação dos usuários em relação aos serviços prestados;

#### Resultados Corporativos:

- Atingir um modelo eficaz de gestão participativa com soluções para os problemas;
- Promover maior aproximação e satisfação entre os Usuários/Unidade;
- Promover maior aproximação e satisfação entre os colaboradores operacionais da Unidade.

#### 2.4.6. PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, O “POSSO AJUDAR?” COMO DISPOSITIVO DE FORTALECIMENTO DO ACOLHIMENTO

O Serviço “**POSSO AJUDAR?**” humaniza o atendimento aos usuários do SUS, tendo como base a Política Nacional de Humanização. Promove a valorização da dimensão humana e a otimização do atendimento, dando suporte às expectativas dos gestores hospitalares e da comunidade. Fortalece os vínculos de compromisso

*[Handwritten signatures and initials]*

865



e responsabilidade social. Otimiza a utilização da informação, a comunicação, os espaços de construção da autonomia e protagonismo e a promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao usuário e seu cuidador. Promove ainda a construção do trabalho coletivo, desenvolve a transdisciplinaridade, o sentido de grupo e a educação permanente.

O serviço tem a pretensão de transformar e fortalecer a implementação das Políticas Nacional de Humanização, trabalhando com a:

- Transformação do ambiente da Unidade de Saúde, através da acolhida e escuta.
- Possibilitar aos usuários do SUS, receber os esclarecimentos necessários sobre seu tratamento para que possa agilizar os acessos aos serviços de saúde e também concluí-lo o mais rapidamente possível;
- Acolher os usuários e familiares e contribuir com a equipe multiprofissional da Unidade, atendendo a Política Nacional de Humanização.

As ações a serem desenvolvidos ao longo da realização do serviço:

- Acolher o usuário e seus acompanhantes, ouvindo-os com atenção e qualificando a escuta na unidade de saúde;
- Orientar e informar sobre fluxos, procedimentos e serviços da unidade de saúde, direcionando o fluxo de atendimento e circulação;
- Verificar se a documentação do usuário está correta;
- Orientar quanto à classificação de risco e encaminhar corretamente estes usuários se for o caso.
- Contribuir no conhecimento e aplicação do programa de classificação de risco;
- Auxiliar no encaminhamento do usuário aos diversos atendimentos;
- Orientar quanto aos seus exames eliminando dúvidas;

866

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Agilizar o atendimento através da busca de exames do paciente;

Os funcionários serão preparados para o acolhimento e prestar atendimento individualizado aos usuários do SUS seguindo o PASSO A PASSO, para um bom andamento de seu atendimento.

1º - Conferir documentos necessário para realização da ficha de atendimento;

2º - Orientação ao usuário sobre a rotina de atendimento;

3º - Encaminha o usuário aos locais de atendimento;

4º - Ao sair da classificação de risco orientar e encaminhar ao consultório médico e orientar e acompanha o tratamento prescrito.

5º - Passar no "POSSO AJUDAR" para receber orientação geral sobre a continuidade do TRATAMENTO. Por exemplo: EXAMES, ENCAMINHAMENTOS E MARCAÇÕES EM GERAL.

**Objetivo:**

O Serviço "POSSO AJUDAR?", tem como objetivo geral: Aplicar as ações da Política Nacional de Humanização.

**Objetivos Específicos:**

- Transformar a porta/ambiente das Unidades Básicas de Saúde através do acolhimento e da escuta.
- Fornecer informações e orientações aos usuários e colaboradores;
- Possibilitar aos usuários do SUS, os acessos aos serviços de saúde mais rápido possível;
- Agilizar o acesso aos diversos serviços da instituição (Laboratório, Radiologia, Ultrassonografia, Consultas Médicas, entre outros).
- Disseminar a Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde na área de urgência e emergência.

**Público alvo**

Usuários do Sistema de Saúde do Município de Senador Pompeu - CE.

### Equipes envolvida

Área de Educação Continuada / Permanente, Serviço Social e Enfermagem.

### Recursos utilizados

- Recursos Humanos: Profissionais administrativos com perfil para o serviço;
- Físicos: jalecos e crachás para identificação dos profissionais envolvidos no projeto.

### Interface com outras áreas e/ou serviços

Interface com o Serviço Social, Enfermagem, Recepção e demais funcionários e setores das **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**.

### Desenvolvimento da ação

Na chegada do usuário, o profissional aborda-o perguntando em qual serviço da Unidade de Saúde, pretende ser atendido. É verificado se o mesmo tem algum documento para o atendimento e mostra o caminho para se chegar ao local. Dependendo do caso, o profissional leva o usuário até o local. Este atendimento possibilita diminuir o trânsito desnecessário de pessoas nas áreas de atendimento.

### Resultados esperados:




- Diminuição de pessoas circulando nas diversas áreas da Unidade de Saúde;
- Melhoria do fluxo de atendimento;
- Maior agilidade do atendimento e satisfação dos clientes.

## 2.4.7. MODELO I - FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

	<p>INSTITUTO ROSA BRANCA – IRB Sede Assistencial – Senador Pompeu/CE <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS</b> Rua Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 – Senador Pompeu/CE</p>					
<p>SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário E-mail: sau.mhsi@institutorosabranca.org.br</p>						
<p><b>IDENTIFICAÇÃO (OPCIONAL)</b></p>						
<p>Nome: _____</p>						
<p>Idade: _____</p>		<p>Data: _____</p>				
<p>E-mail: _____</p>		<p>Telefone: _____</p>				
AVALIAÇÃO DO PACIENTE						
Nº	ITEM	Não Utilizado	Ótimo	Bom	Ruim	Péssimo
01	Atendimento da recepção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02	Atendimento da enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03	Atendimento do médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04	Acomodação e conforto da unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05	Higiene e limpeza do ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06	Coleta de exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07	Acolhimento na unidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08	Informações ao paciente/acompanhante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09	Como avalia a unidade de forma geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você recomendaria a unidade?	( ) SIM		( ) NÃO		
<p>Sugestão, crítica, reclamação ou elogio a fazer?</p>						
<p>_____</p>						
<p>_____</p>						
<p>_____</p>						
<p>_____</p>						

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH005/2022

## MODELO II - FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**  
MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

FARMÁCIA DA UNIDADE: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identificação (Opcional):

Nome:	Idade:
Telefone:	E-mail:

QUANTO A DISPONIBILIDADE DO MEDICAMENTO					
CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO
1. Disponibilidade do medicamento na farmácia					

QUANTO A ESTRUTURA DA FARMÁCIA DA UNIDADE					
CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO
2. Conforto no local da recepção (assentos, bebedouros, banheiro)					
3. Higiene e limpeza					

QUANTO AO ATENDIMENTO DA FARMÁCIA					
CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO				
	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO
4. Atendimento a recepção (humanização, acolhimento, comunicação, informações recebidas)					
5. Atendimento da equipe da farmácia (gentileza, orientação)					
6. Tempo de espera pelo atendimento					

QUANTO AO ATENDIMENTO EM GERAL				
CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO			
	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
7. Atendimento em geral				

O Senhor (a) indicaria o atendimento da Farmácia?  Sim  Não

Gostaria de registrar alguma sugestão, crítica, reclamação ou elogio?

\_\_\_\_\_

870

## 2.4.8. PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR, INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUÊNCIA, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

### Objetivo

Elaboração, aplicação e apuração dos resultados dos questionários sobre Clima Organizacional na ROSA BRANCA. Baseado nas respostas dos funcionários, o objetivo é implementar melhorias para o funcionário no desempenho de suas funções diárias e para a saúde da Instituição.

### Alcance

Aplica-se a todos os funcionários da Sede da ROSA BRANCA e a todas as Unidades de Saúde geridas por esta.

### Competências

Todas as equipes da Sede da ROSA BRANCA, inclusive as Unidades de Saúde geridas por esta.

### Termos e Definições

#### Pesquisa de Clima Organizacional

É uma ferramenta utilizada para mapear as percepções dos funcionários sobre diferentes aspectos. Dessa forma, é possível assegurar um diagnóstico objetivo do ambiente de trabalho e das motivações no dia a dia e do colaborador.

Contribui para o bom nível de satisfação dos funcionários, para a manutenção de um ambiente de trabalho agradável e harmonioso, pois bons ambientes

871

afetam diretamente a eficácia dos trabalhadores, e auxiliam as corporações na retenção de funcionários.

### **Objetivos da Pesquisa de Clima Organizacional**

O objetivo da ROSA BRANCA com a implantação da pesquisa de clima é:

1. Garantir em bom nível de satisfação dos funcionários
2. Contribuir para a manutenção de um ambiente de trabalho agradável e harmonioso.
3. Reter os talentos da Instituição;
4. Gerir os conflitos existentes;
5. Identificar os pontos fortes e fracos;
6. Auxiliar nas definições estratégicas do RH –Sede;
7. Aumentar a proximidade com os funcionários;
8. Acolher novas ideias e sugestões dos funcionários;
9. Melhoria na qualidade de vida dos funcionários;
10. Melhoria da saúde da Instituição.

### **Etapas do processo de Pesquisa de Clima Organizacional**

1. Obtenção do apoio e aprovação para a realização da pesquisa;
2. Definir os objetivos da pesquisa e o seu planejamento;
3. Escolher e desenvolver a metodologia de aplicação da pesquisa;
4. Parametrização;
5. Divulgação da pesquisa;
6. Aplicação do questionário e coleta dos dados;
7. Tabulação e análise dos resultados;
8. Gerar relatórios e feedback para todos os colaboradores da Instituição;
9. Desenvolvimento de planos de ações que contemplem soluções possíveis;
10. Assessorar a implantação e gerenciamento do plano de ação;
11. Envolver os colaboradores de forma ativa na implementação das ações do Plano;

12. Análise dos resultados do plano de ação;
13. Aplicar nova pesquisa de clima para analisar os resultados do plano de ação;
14. Comparar os resultados com a pesquisa anterior.

### **Periodicidade da aplicação da Pesquisa de Clima Organizacional**

Uma vez ao ano, o questionário para a avaliação do Clima Organizacional.

### **Resultados da Pesquisa e Divulgação**

Após a realização da pesquisa e apuração dos resultados, fica à critério da Diretoria a divulgação das ações que serão realizadas para melhoria dos pontos identificados na Pesquisa de Clima Organizacional.

### **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES**

#### **Divulgação da pesquisa**

I. Para dar início ao processo será necessário um cronograma de aplicação conforme disponibilidade de cada profissional na unidade.

II. Com o cronograma montado, será necessário o envio do mesmo para o gestor da unidade, para que eles realizem a divulgação quando acontecerá a Pesquisa de clima;

#### **Aplicação do questionário, coleta dos dados, tabulação, análise e Parametrização dos resultados;**

I. A pesquisa de clima é realizada com uma apresentação breve aos colaboradores para explicar o seu significado e a sua importância;

II. Após a apresentação será entregue o formulário aos funcionários para preenchimento e devolução em seguida ao profissional do RH responsável pelo processo.

III. O profissional de RH fica responsável pela aplicação da pesquisa de clima e

873



o Departamento de Qualidade sobre a mensuração dos dados através da tabulação das informações.

### **Desenvolvimento e implementação do Plano de Ações**

I. O Desenvolvimento do Plano de Ação se dará através de reunião previamente convocada pelos Setores de RH /Qualidade com todos os setores para análise dos resultados obtidos, com a consequente definição das ações, responsabilidades e prazos de execução e verificação do que foi feito.

II. O monitoramento e acompanhamento do plano de ação, deverá ser compartilhado com todos os envolvidos;

III. A análise dos resultados e a eficácia do plano de ação também deverá ser avaliada e compartilhada com todos os envolvidos;

IV. Caso seja necessário, poderá ser aplicada nova pesquisa de clima para analisar os resultados da eficácia das ações implementadas;

V. A base para medir a evolução desse processo, será sempre comparar os resultados da pesquisa atual com a pesquisa anterior.

### **6 – Resultados Esperados**

Que todos os funcionários em atividade da ROSA BRANCA Sede e Unidades respondam ao questionário enviado. E que sugestões e ações de melhoria que resultem em benefícios tanto para o funcionário como para a Instituição.

#### **Ações Corretivas**

Ø Monitorar tempo da aplicação da pesquisa;

#### **Possibilidades de Erros**

Ø Questionários respondidos de forma incompleta;

Ø Questionários não respondidos;

### MODELO FORMULARIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

<i>Pesquisa de clima organizacional</i> Itens avaliados		Bastante	Pouco	Nenhum
	4	3	2	1
<b>• Vida Profissional</b>				
1. Estou satisfeito em trabalhar nesta empresa				
2. Estou satisfeito com minhas atividades exercidas nesta empresa				
3. Minha empresa me oferece um plano de carreira				
4. Indicaria esta empresa aos meus amigos e parentes para trabalhar				
5. Estou Obtendo sucesso na minha vida profissional				
6. Sou motivado a continuar estudando e me desenvolvendo profissionalmente				
7. Sou desafiado a atingir melhores resultados no meu trabalho ou superar as expectativas do meu líder				
8. Sinto-me preparado para assumir novos desafios verticais ou horizontais dentro da organização				
<b>• Estrutura Organizacional</b>				
9. Eu confio plenamente no meu chefe imediato				
10. O meu chefe imediato é um líder				
<i>Pesquisa de clima organizacional</i> Itens avaliados	Muito	Bastante	Pouco	Nenhum
11. O meu chefe imediato é a pessoa mais indicada para a função que ocupa				
12. Estou satisfeito com meu relacionamento com meus pares ( pessoas que trabalham ao meu redor, hierarquias semelhantes)				
<b>• Incentivos Profissionais</b>				
13. Considero que meu trabalho é reconhecido e valorizado pela empresa.				
14. Considero que meu trabalho é reconhecido e valorizado pelo meu líder imediato				
<b>• Remuneração</b>				
15. Acho justo o meu salário atual				
16. Satisfeito com os benefícios oferecidos pela empresa				

875

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

<b>• Segurança Profissional</b>				
17. Meu emprego é seguro na empresa, ou seja, não corro o risco de ser demitido sem motivo				
<b>• Nível Sociocultural</b>				
18. O meu nível cultural e intelectual é suficiente para o exercício das minhas atividades na empresa				
19. O meu nível social é suficiente para o exercício das minhas atividades na empresa				
<b>• Transporte dos Funcionários</b>				
20. Tenho tido problemas com o transporte casa-empresa /empresa-casa				
<b>• Ambiente de Trabalho</b>				
21. O ambiente de trabalho favorece a execução das minhas atividades na empresa				
22. O relacionamento com meus colegas de trabalho favorece a execução das minhas atividades na empresa.				
23. O relacionamento com meus chefes e subordinados favorece a execução das minhas atividades na empresa				
<b>• Burocracia</b>				
24. A Burocracia adotada na empresa favorece a execução das minhas atividades na empresa				
<b>• Cultura Organizacional</b>				
25. A cultura organizacional (tradições, práticas e costumes adotados na empresa que não estão previstos em qualquer regra) adotada na empresa favorece a execução das minhas atividades na empresa				

876

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Investimentos e Despesas Familiares				
26. Eu me preocupo com o futuro da minha família				
27. Estou satisfeito com a alimentação que está sendo servida no local de trabalho				
28. Estou satisfeito com a educação que estou podendo proporcionar aos meus filhos.				
<i>Pesquisa de clima organizacional</i>				
Item avaliado	2	3	4	5
Convivência Familiar				
29. Estou satisfeito com o meu convívio familiar				
Situação Financeira				
31. Estou com a minha situação financeira em ordem				
Vida Social				
33. Estou satisfeito com o meu convívio social				
34. Estou satisfeito com o meu nível cultural				
Saúde				
35. Estou satisfeito com o meu estado físico				
36. Estou satisfeito com o meu estado mental				
Segurança Pública				
38. Estou satisfeito com o atual estágio da segurança pública				
Política Econômica				
39. Estou satisfeito com o atual estágio da política nacional				

## 2.5. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Os serviços na área da saúde apresentam complexidade crescente, seja pela rapidez com que técnicas e tecnologias se modernizam, seja pela percepção de que a atenção ao indivíduo, à família ou à comunidade deve ser entendida em seu contexto e relações mais amplos. Cuidar da saúde não se trata apenas de atendimento curativo específico ou uma ou outra ação isolada. Entretanto, na prática, observa-se a persistência de condutas e processos característicos de um modelo de assistência fragmentado, direcionado a procedimentos e individualizado.

A Política de Educação Permanente em Saúde é uma proposta do Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão de Educação na Saúde (DEGES), com a finalidade de promover mudanças no modelo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS) e impulsionar a integralidade da atenção à saúde; favorecendo a articulação intersetorial e tendo como foco principal as necessidades dos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde, a Educação Permanente é a aprendizagem no ambiente de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Nesse contexto destaca-se a aprendizagem significativa, que possibilita a transformação das práticas profissionais.

A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o

878

atendimento das necessidades da população.

Na educação permanente os projetos de ensino devem estar de acordo com os interesses de todos os envolvidos, atendendo aos anseios e às necessidades dos participantes, aos objetivos da instituição e a finalidade do trabalho – a qualidade da assistência a saúde. Com este intuito, a Educação Permanente da Rosa Branca parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas.

De acordo com a **Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador, do Sistema Único da Saúde – SUS, no Protocolo 008/2011, artº 3º**, entre as diretrizes, pressupõe-se a promoção de processos de educação permanente nos estabelecimentos de saúde para qualificar e transformar as práticas de saúde; organizar ações e os serviços, favorecendo o desenvolvimento pessoal e institucional dos trabalhadores e dos gestores do SUS, com foco no desenvolvimento do trabalho em equipe e na interdisciplinaridade.

O projeto de implantação e intervenção, aqui proposto pela **ROSA BRANCA**, é a criação do Grupo de Trabalho Humanizado, será implementado no Núcleo de **Educação Permanente em Saúde das UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**, que atende a população da cidade e regiões. Esta unidade contará com um quadro funcional de colaboradores que desenvolveram suas atividades na assistência ao usuário do SUS. Neste sentido, acreditamos que este projeto será muito importante para os colaboradores da saúde da unidade, pois pressupõe a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, intervindo diretamente na prática, buscando a melhoria dos serviços ofertados aos usuários e das condições de trabalho para os trabalhadores.

879

## Objetivos:

Implantar o Grupo de Trabalho Humanizado nas **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**, com vistas a proporcionar valorização e cuidados aos trabalhadores, gestores e usuários de saúde.

### Objetivos Específicos

- ❖ Assegurar a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisões, fortalecendo, valorizando e motivando os trabalhadores em seu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional;
- ❖ Melhorar a interação nas equipes, qualificando-as para lidar com as singularidades dos sujeitos e com as práticas compartilhadas de atenção à saúde;
- ❖ Envolver gestores, trabalhadores e usuários nas ações e atitudes humanizadas;
- ❖ Trabalhar a sensibilização e conscientização para superar fragmentações no processo de trabalho e nas relações entre diferentes profissionais

Proporcionar mudanças no contexto de práticas e rotinas da dinâmica institucional, atualizando os conhecimentos existentes e possibilitando a aquisição de novos conhecimentos, por meio da realização de oficinas, grupos operativos com as coordenações, rodas de conversa com todos os atores, seminários e implantação do grupo de trabalho humanizado.

Buscar incentivar a constituição de mudanças significativas na qualidade do serviço assistencial prestado ao usuário e a atenção integral voltada ao trabalhador de saúde.

## Plano de Ação

Implantação das ações que visem, por meio da aquisição de novos conhecimentos, reflexão e aperfeiçoamento das práticas nas rotinas dos setores da instituição, transformando o ambiente de trabalho e a qualidade da assistência prestada em algo mais coerente, saudável e acolhedor. Para obtenção desses resultados serão realizadas as seguintes ações:

- 1 – informar e convidar os trabalhadores para participar de reuniões e discussões referentes ao processo de trabalho no qual estão inseridos, visando à melhoria nos serviços prestados ao usuário e a qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador da saúde;
- 2 – Realizar atividades de sensibilização e conscientização através de cursos de capacitação, treinamentos, vivências e oficinas com profissionais especializados;
- 3 – Construir rodas de conversa com todos os atores envolvidos (coordenadores, gestores, trabalhadores da saúde, usuários) com o intuito de refletir sobre as questões que envolvem a dinâmica do trabalho e como essa atuação repercute no atendimento;
- 4 – Criar campanhas educativas destinadas à prevenção, orientação e informação sobre melhorias nas condições do trabalho, qualidade de vida e saúde do trabalhador. Essas campanhas devem envolver todos os profissionais e outros seguimentos diretamente relacionados aos servidores: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Saúde Ocupacional, gestão de pessoas e gestores. Desse modo, será incentivado o comprometimento de todos nas resoluções de conflitos relacionais e dificuldades laborais.
- 5 – Expor o projeto de intervenção e propor a inclusão do projeto de criação do Grupo de Trabalho Humanizado ao núcleo de Educação Permanente da Unidade;
- 6 – garantir local adequado para as atividades educativas na Unidade;



- 7 – Adquirir os materiais necessários para a realização das atividades educativas;
- 8 – Garantir equipe multiprofissional capacitada para realizar as oficinas;
- 9 – Realizar rodas de conversas com todos os atores envolvidos, especialmente trabalhadores e gestores, para reflexões sobre condições laborais e formas de ordenamento do trabalho, com vistas a fomentar soluções para os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho;
- 10 - Realizar, mensalmente, atividades de educação permanente, com os trabalhadores da saúde de acordo com as necessidades de cada setor, englobando temas relacionados à saúde do trabalhador;
- 11 – Realizar, a cada ano, atividade pontual, no dia do trabalhador, procurando valorizá-lo nas suas necessidades;
- 12 – Avaliar os resultados do projeto durante o ano com divulgação dos resultados alcançados.

#### Cronogramas

#### ❖ Cronograma Parcial / Inicial

ITEM	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
01 – Convocação de profissionais para formação do GRUPO.	X			
02 – Divulgação e sensibilização entre os profissionais para o envolvimento no processo de aquisição de conhecimento e mudanças.	X	X		
03 – Reuniões com os diferentes atores envolvidos: CIPA, saúde ocupacional, gestores, gestão de pessoal para definição de ações conjuntas.		X	X	X

882

04 – Palestras, seminários e oficinas com profissionais capacitados no tema	X	X	X	X
---	---	---	---	---

❖ Proposta de Cronograma Anual

TEMA	PÚBLICO ALVO
Treinamento admissional: Higienização das mãos	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da recepção; Auxiliares administrativos.
Treinamento Admissional: Cálculo e administração de medicamentos	Equipe de enfermagem.
Pacote Office – Word, Excel e PowerPoint Básico.	Equipe administrativa; Equipe da farmácia; Almoxarifado.
Gerenciamento de resíduos	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza.
Descarte de material infectante perfurocortante	Equipe de enfermagem
Humanização da assistência	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza; Equipe da segurança; Equipe administrativa.
Ética e Postura Profissional	Equipe médica;

883

	Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza; Equipe da segurança; Equipe administrativa.
Trabalho em equipe	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza; Equipe da segurança; Equipe administrativa.
Atendimento ao paciente em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	Equipe médica; Equipe de enfermagem.
Acolhimento com Classificação de Risco	Equipe de enfermagem; Equipe administrativa; Equipe médica.
Uso racional de materiais	Equipe de enfermagem
Registro de enfermagem	Equipe de enfermagem
Medidas de precaução padrão	Equipe de enfermagem
Uso racional dos cilindros de oxigênio	Equipe de enfermagem
Limpeza concorrente e terminal	Equipe de enfermagem; Equipe de limpeza
Uso de EPIs	Equipe de enfermagem; Equipe de limpeza
Segurança do paciente	Equipe médica; Equipe de enfermagem



884

## Exemplo de treinamentos ministrados:


### Treinamento para equipe administrativa – Postura no atendimento ao cliente

**Postura no atendimento ao cliente**

Núcleo de Educação Permanente

**Pronto Atendimento - Infantil**

- Assistência na área de urgência e emergência;
- 24 horas/dia – 7 dias por semana;
- Atender à demanda com eficácia, eficiência, segurança, acolhimento e conforto.




**Recepção**

- Não é somente o lugar por onde passam as pessoas;
- Primeiro contato do cliente com o serviço que procurou;
- Receber requer prática e disciplina, carinho com quem se recebe.

**Descrição do cargo**

- Prestar atendimento aos pacientes/clientes;
- Realizar a abertura de ficha de atendimento no sistema;
- Conferir documentação;
- Efetuar atendimento telefônico;
- Encaminhar pacientes para a Classificação de Risco;
- Esclarecer ao usuário sobre os serviços disponíveis na unidade de saúde;
- Passar as informações necessárias aos pacientes;
- Efetuar reposição de formulários;
- Encaminhar visitas;
- Realizar declaração de comparecimento quando solicitado pelo usuário;
- Manter a organização e ordem da bancada de trabalho.



**EMPATIA**

↓

**Capacidade de colocar-se no lugar do outro**




## Treinamento para equipe assistencial – Registro de enfermagem



### Registro de Enfermagem

Aspectos Éticos e Legais

Núcleo de Educação Permanente




### OBJETIVO

Orientar equipe de enfermagem sobre aspectos éticos e legais acerca de:

- ✓ Checagem correta
- ✓ Registro adequado


Quais são as implicações éticas e legais?  
É o que isso tem a ver com a segurança do paciente?



Anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente dos fatores relacionados com o paciente, pode caracterizar um delito e acarreta punições.


Lei do exercício profissional de enfermagem

Código Penal Civil Brasileiro



### EVITE: ERROS NOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

- ✓ **CHECAR** as prescrições a beira leito
- ✓ **CARIMBAR** e assinar no rodapé de cada página da prescrição, no plantão que esta responsável
- ✓ **ANOTAR** os procedimentos de enfermagem, quanto à execução, materiais utilizados e quantidades
- ✓ **GARANTIR** conhecimento adequado para desempenhar as funções.
- ✓ **DEVOLVER** adequadamente os medicamentos, materiais, soluções e que não forem administradas



### DANOS – CONDUTA PROFISSIONAL

**omissão**


- Descuidada, descuido, ação irrefletida, descuidada, desatenção, agir perigosamente.
- Administrar medicamento sem prescrição.

**omissão**

- Desatenção, falta de cuidado ao exercer determinado ato, implica em omissão ou inobservância do dever.
- **Deixar de anotar as ações de enfermagem, não checar e modificação realizada.**

**omissão**



- Ignorância, incompetência, desconhecimento, inexperiência, inabilidade na profissão.
- Administrar enoxaparina com técnica inadequada provocando hematomas.



### PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Segundo o COREN:

Acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro das cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.

### CÓDIGO DE ÉTICA

**Direitos**

Art. 6º Registrar no prontuário, e em outros documentos, gráficos de enfermagem, prescrições referentes ao processo de cuidar do paciente.

**Deveres**

Art. 23 Registrar no Prontuário do Paciente as informações essenciais e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 24 Fornecer informações - 0927392 - de modo completo e fidelidade necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 34 Assin e o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinalar, quando no exercício profissional.

Art. 32 Registrar as informações essenciais e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.


**Proibições**

Art. 25 Não registrar, divulgar, utilizar e revelar dados pessoais do paciente.

Art. 27 Não registrar, divulgar, utilizar e revelar dados pessoais do paciente.

Art. 28 Não registrar, divulgar, utilizar e revelar dados pessoais do paciente.


Princípios Legais para a Ética em Enfermagem



### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição de enfermagem;
- Respostas do paciente;
- Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.
- Identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

**CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022**

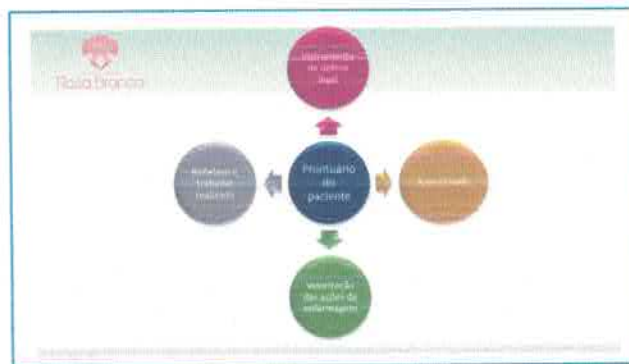

**O QUE DEVO ANOTAR?**


- Data e hora, assinatura e identificação do profissional com o número do Coren.
- Procedência do paciente (residência, pronto - socorro, transferência de outra instituição);
- Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);
- Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca)
- Observar e anotar as condições gerais do paciente:
  - Nível de consciência;
  - Humor e atitude;
  - Higiene pessoal;
  - Estado nutricional;
  - Coloração da pele;
- Dispositivos em uso. Ex.: fêlco, sonda, curativos;
- Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável);


**REGISTROS DE ENFERMAGEM**


ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dados brutos</li> <li>✓ Elaborada por toda a equipe de enfermagem</li> <li>✓ Referente a um momento</li> <li>✓ Dados pontuais</li> <li>✓ Registra uma observação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dados analisados</li> <li>✓ Privativo do enfermeiro</li> <li>✓ Referente ao período de 24 horas</li> <li>✓ Dados processados e contextualizados</li> <li>✓ Registra a reflexão e análise de dados</li> </ul>

X





*Valorize sua conduta profissional,  
 registre corretamente a assistência  
 prestada, garanta a segurança do  
 paciente e o seu respaldo  
 profissional!*



**Obrigada!**

  
  
 887

## Modelo de Treinamento Institucional



O respeito hierárquico é base fundamental da organização de qualquer instituição e constitui uma de suas motivações profissionais para o crescimento dentro de nosso Instituto. A hierarquia tem por princípio a distribuição de responsabilidades, a solução de problemas e planejamento por nível de complexidade administrativa e técnica. Nosso quadro hierárquico base, está segmentado por áreas e setores.

Assim, quanto maior a responsabilidade e ampla condução, até o nível de responsabilidade técnica operacional final, temos: Presidência, Diretorias, Gerências, Coordenações, Lideranças e Operadores.



### HIERARQUIA E ORGANOGRAMA

Promoção e Reconhecimento

SAÚDE  
PÚBLICA

Handwritten signatures and the number 888.

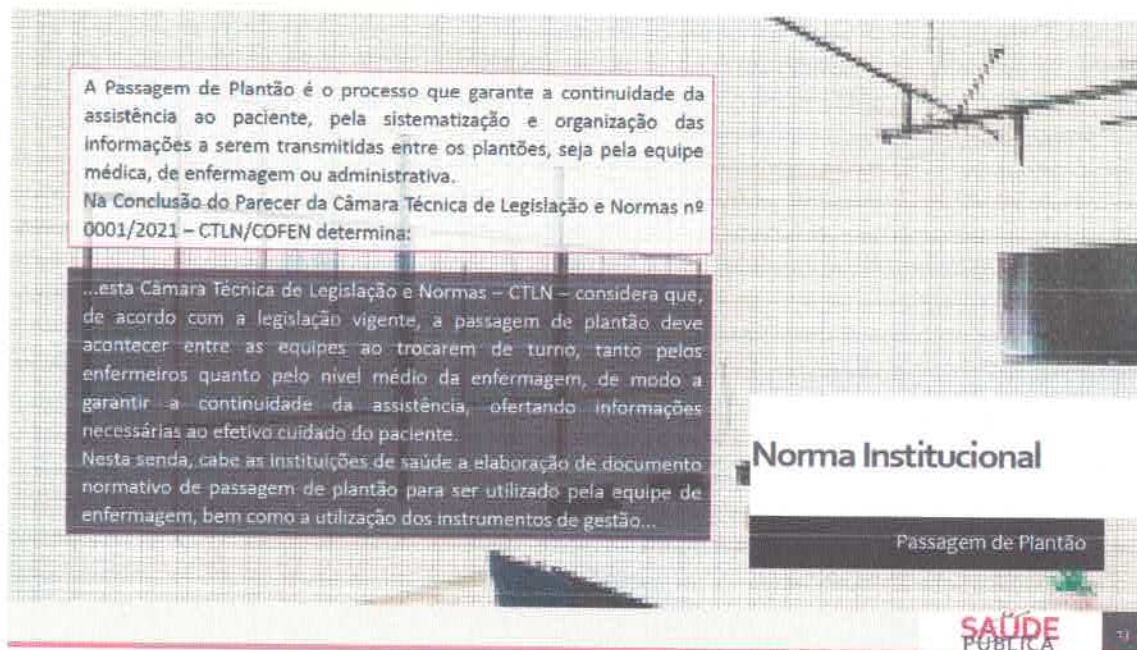


**INSTITUTO  
Rosa Branca**

# PASSAGEM DE PLANTÃO

Técnica – Ética - Legal

**SAÚDE  
PÚBLICA**



A Passagem de Plantão é o processo que garante a continuidade da assistência ao paciente, pela sistematização e organização das informações a serem transmitidas entre os plantões, seja pela equipe médica, de enfermagem ou administrativa.

Na Conclusão do Parecer da Câmara Técnica de Legislação e Normas nº 0001/2021 – CTLN/COFEN determina:

...esta Câmara Técnica de Legislação e Normas – CTLN – considera que, de acordo com a legislação vigente, a passagem de plantão deve acontecer entre as equipes ao trocarem de turno, tanto pelos enfermeiros quanto pelo nível médio da enfermagem, de modo a garantir a continuidade da assistência, ofertando informações necessárias ao efetivo cuidado do paciente.

Nesta senda, cabe as Instituições de saúde a elaboração de documento normativo de passagem de plantão para ser utilizado pela equipe de enfermagem, bem como a utilização dos instrumentos de gestão...

## Norma Institucional

Passagem de Plantão

**SAÚDE  
PÚBLICA**

*[Handwritten signatures and initials]*



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Assim, implantamos esta normativa que garante que a passagem de plantão, naturalmente tem por objetivo, garantir a transmissão de informações importantes para a continuidade da assistência de cada paciente, de forma que a mesma ocorra no máximo em 20 minutos (sempre 10 minutos antes do término do plantão e 10 minutos do início do próximo plantão). Padrão para todos os setores e profissionais, tendo seu tempo contado a partir do momento em que o profissional está no setor em que será feita a passagem do plantão.

### Norma Institucional

Passagem de Plantão

SAÚDE PÚBLICA



INSTITUTO Rosa Branca

Base Administrativa  
Praça Marechal Floriano Peixoto - 259 - 3º andar  
Centro - Itaboraí - RJ - CEP: 34800-000  
Telefone: 21 31933488  
www.institutorosabranca.org

### Obrigado

Sejam bem vindos!  
Instituto Rosa Branca  
Ouvidoria Interna  
Juntos para Melhorar

SAÚDE PÚBLICA

*[Handwritten signatures and initials]*

890

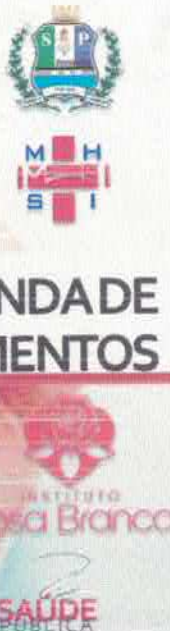
## MODELO DE BANNER PARA DIVULGAÇÃO DE TREINAMENTOS

Turmas às 16 horas e à 21 horas

22 de Novembro	23 de Novembro
Integração Controle do Tabagismo - Entender Porque Parar de Fumar Regimento Interno – Ética	Integração Controle do Tabagismo - Os Primeiros Dias Sem Fumar Regimento Interno - Normas de Relacionamento Profissional
24 de Novembro	25 de Novembro
Integração Controle do Tabagismo - Como Vencer os Obstáculos Após Parar de Fumar Regimento Interno - Cargos carreira - Definições e Atribuições	Integração Controle do Tabagismo - Benefícios Obtidos Após Parar de Fumar Regimento Interno - Direitos e Deveres do Paciente
29 de Novembro	30 de Novembro
Integração Motivacional - O Ser e o Fazer Regimento Interno - Acolhimento Com Classificação de Risco – HUMANIZASUS	Integração Motivacional - Aprendizado Hábitos e Obstáculos Propedêutica de Primeiros Socorros em Pronto Socorro Liderança em Cargos de Chefia

**AGENDA DE TREINAMENTOS**

**PARTICIPÇÃO OBRIGATÓRIA APENAS AOS FUNCIONÁRIOS E COLABORADORES DO INSTITUTO**  
Colocar seu nome nas listas dos horários tarde ou noite em que irá participar e NÃO ESQUEÇA de assinar a lista de presença no dia



## MODELO DE BANNER PARA DIVULGAÇÃO DE TREINAMENTOS

**MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL  
INSTITUTO ROSA BRANCA**

**CAPACITAÇÃO: EXCELÊNCIA NO  
ATENDIMENTO EM SERVIÇOS  
DE SAÚDE**



**Data:**

**31 de  
Agosto  
de 2022**

**Horário:**

**15h00 - 16h00**

**PÚBLICO ALVO: Equipe da recepção**

**LOCAL: Auditório – Maternidade e Hospital  
Santa Isabel**



892

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

## MODELO LISTA DE PRESENÇA PARA TREINAMENTOS

 		LISTA DE PRESENÇA	
TREINAMENTO			
DATA			
HORÁRIO			
CARGA HORÁRIA			
LOCAL			
MINISTRANTE			
Nº	NOME	CARGO	ASSINATURA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

893

## MODELO DE INFORMATIVO PARA ORIENTAÇÃO DA PÁTICA ASSISTENCIAL

# EVITE UM ACIDENTE

## Descarte corretamente

**Após o uso de agulhas, descarte-as imediatamente, dentro de caixas apropriadas.**

**Não quebre, não entorte, não tente reencapar agulhas após o uso.**

**A caixa de descarte deve ser bem fechada e manipulada pelas alças.**

**As caixas de descarte devem ficar próximo do local de manuseio.**

**Ao usar bisturi, retire a lâmina com cuidado e só descarte a lâmina na caixa de perfurocortante.**

**Respeite o limite máximo para descarte na caixa. Não esvazie nem reaproveite esta caixa.**



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

### Necessidades e investimentos

- ❖ Espaço Físico
- ❖ Palestrantes
- ❖ Banners
- ❖ Panfletos
- ❖ Computador
- ❖ Impressora
- ❖ Notebook
- ❖ Projetor
- ❖ Microfones
- ❖ TV

### Insumos em gerais

- ❖ Papel A4
- ❖ Cartuchos/ Tonners
- ❖ Envelopes
- ❖ Pastas suspensas / Pastas plásticas
- ❖ CD's / DVD
- ❖ Caixas especiais para arquivo

Obs: Custeio já inserido no Programa de Trabalho apresentado pela **ROSA BRANCA**.

### RESULTADOS ESPERADOS

- Capacitação dos profissionais envolvidos nas ações e serviços prestados pelo Instituto Rosa Branca;

895

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Melhoria na qualidade dos atendimentos prestados aos usuários da Unidades Básicas de Saúde, Complexo Hospitalar e Unidades de Saúde do município de Senador Pompeu.
- Melhoria no clima organizacional.
- Aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes.

### METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

A avaliação do plano de educação permanente ocorrerá de maneira contínua, por diversos meios, tais como:

- Impressos de avaliação de reação e eficácia do treinamento: Distribuídos ao término dos treinamentos para preenchimento do participante, sendo possível avaliar:
  - Relevância do tema abordado;
  - Alcance dos objetivos propostos;
  - Aplicação do conteúdo no dia a dia do trabalho;
  - Carga horária;
  - Didática do palestrante;
  - Domínio do conteúdo do palestrante;
  - Material de apoio (apostilas, informativos, bloco de anotação);
  - Coffee Break;
  - Recurso áudio visual;
  - Instalações físicas.

Modelo de formulário para solicitação de treinamento;

SOLICITAÇÃO DE TREINAMENTO			
Setor	<input type="checkbox"/> Equipe Médica	<input type="checkbox"/> Equipe de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Equipe Multiprofissional
	<input type="checkbox"/> Recepção	<input type="checkbox"/> Serviços Gerais	
SUGESTÕES DE TREINAMENTOS			
<input type="checkbox"/> Atendimento ao paciente vítima de parada cardiorrespiratória – Manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)	<input type="checkbox"/> Segurança do paciente		
<input type="checkbox"/> Acolhimento com Classificação de Risco	<input type="checkbox"/> Higienização das mãos		
<input type="checkbox"/> Cálculo e administração de medicamentos	<input type="checkbox"/> Medidas de precaução padrão		
<input type="checkbox"/> Registro e anotação de enfermagem	<input type="checkbox"/> Manutenção carro de emergência		
<input type="checkbox"/> Emergências pediátricas	<input type="checkbox"/> Humanização da assistência		
<input type="checkbox"/> PALS – Suporte de Vida Avançado em Pediatria	<input type="checkbox"/> Descarte de material infectante perfurocortante		
<input type="checkbox"/> Doenças crônicas na infância	<input type="checkbox"/> Ética e Postura Profissional		
<input type="checkbox"/> Cateter venoso periférico em pediatria	<input type="checkbox"/> Trabalho em equipe		
<input type="checkbox"/> Cateterismo nasoenteral	<input type="checkbox"/> Gerenciamento de resíduos		
<input type="checkbox"/> Cateterismo vesical de demora	<input type="checkbox"/> Limpeza concorrente e terminal		
<input type="checkbox"/> Aspiração de vias aéreas			
DEMAIS SUGESTÕES			



## Modelo de formulário de avaliação – Capacitação;

II – VAMOS FALAR SOBRE A ESTRUTURA GERAL DO EVENTO	OTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE
1. Ambiente físico onde o evento foi realizado				
2. Qualidade do material distribuído				
3. Abrangência do material didático				
4. Horário de início das atividades				
5. Carga horária diária				
6. Carga horária total				
7. Coordenação-geral do evento				

III - CASO NA AVALIAÇÃO ACIMA, HAJA (M) ITEM (S) COM A MARCAÇÃO INSUFICIENTE OU REGULAR, SOLICITAMOS INDICAÇÕES OU SUGESTÕES PARA PODERMOS MELHORÁ-LO.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Avaliação e Resultados

Dentre os indicadores que poderão ser utilizados para avaliação das ações propostas, destacam-se os seguintes indicadores:

- ❖ Aumento do nível de satisfação dos trabalhadores com o próprio trabalho.
- ❖ Percepção elevada dos trabalhadores de estarem com maior preparo e qualificação para a execução das atividades cotidianas de trabalho.
- ❖ Melhoria das condições de trabalho.
- ❖ Diminuição do afastamento das atividades laborais de servidores por motivo de *doença ocupacional e acidente de trabalho*. A verificação desse indicador poderá ser realizada através de interconsultas entre o coordenador do grupo de e os coordenadores da CIPA e Saúde Ocupacional.
- ❖ Maior adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual.

❖ Melhor avaliação dos profissionais do seu trabalho (dos colegas, da gestão, do ambiente e da organização institucional), o que pode ser avaliado pela diminuição de queixas e aumento de elogios, conduzida a ouvidoria interna por servidores e usuários



899

## 2.6. SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

O INSTITUTO ROSA BRANCA seguirá com a organização do sistema de informação utilizado pela municipalidade, contribuindo com os avanços da qualificação da rede.

No que tange aos Serviços de Atenção Primária à Saúde o INSTITUTO ROSA BRANCA buscará uma ferramenta tecnológica para análise dos dados de produção e serviços das Equipes de Saúde da Família (ESF) e que monitora sete indicadores previstos no Programa Previne Brasil.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é calculado com base em 4 componentes: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas. Cada um desses componentes foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas.

Com o novo modelo de financiamento as formas de repasse das transferências para os municípios passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

### 2.6.1. PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES DA UNIDADE DE SAÚDE

- ✓ Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação do cidadão (atentar-se ao CPF e CNS), sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados;
- ✓ Instituir intervenções educativas e monitoramento constante quanto ao registro correto (ficha e-SUS) no que se refere às informações válidas para os indicadores;
- ✓ Estabelecer rotina semanal de checagem de atendimentos sem ficha E-sus gerada;
- ✓ Realizar busca ativa dos usuários com condições de saúde avaliadas para o indicador;
- ✓ Manter o CNES com os profissionais atualizados, o mesmo vale para os residentes, docentes e demais estágios realizados na unidade;
- ✓ Quando possível, inserir os profissionais em regime de plantão (hora extra) no CNES da unidade previamente (carga horária mínima para cadastro: 2 horas semanais).

### 2.6.2. PROPOSTA DE MELHORIA PARA OS INDICADORES:

#### Indicadores 1, 2 e 3 - relativos ao Pré-Natal:

- ✓ Realizar o monitoramento regular das gestantes;
- ✓ Facilitar o acesso ao teste de gravidez na agenda do enfermeiro (em até 7 dias a partir da data da procura pela usuária);
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso oportuno até a 12ª semana de gravidez;
- ✓ Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe;

901

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- ✓ Identificar gestantes faltosas diariamente por meio da pré-consulta e proceder a busca ativa por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo e reagendar o atendimento;
- ✓ Marcar consulta com a equipe de saúde bucal já no primeiro contato pré-natal (preferencialmente no momento da confirmação da gestação, sendo este mais um elemento no checklist básico de primeira consulta);
- ✓ Busca ativa de gestantes sem atendimento odontológico e faltosas para agendar ou reagendar o atendimento (dentistas e ASB);
- ✓ Manter vaga aberta na agenda da equipe de saúde bucal em quantidade proporcional ao total de gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde.

**Indicador 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS**

- ✓ Ofertar esse exame a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade, independentemente do motivo;
- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das mulheres no e-gestor AB na faixa etária adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado o procedimento;
- ✓ Gestão da oferta: acessar o relatório e-gestor AB > SISAB > indicador de desempenho > filtrar por: cobertura de exame citopatológico > Opção de quadrimestre: o último disponível > escolher o nível de visualização unidade de saúde - CNES e avaliar:
  - Número de mulheres entre 25 a 64 - denominador informado;
  - Dividir este valor por 36 meses para saber a meta mensal de 100% de coleta de citologia;
  - Avaliar sua capacidade real atual de oferta x meta;
  - Configurar a agenda mensal a fim de atingir a meta;

Caso não tenha capacidade de ofertar a meta, planejar ações pontuais ao longo do ano com base na meta anual, avaliar possibilidade de treinamento para mais profissionais coletarem citologia na unidade;

- ✓ Orientar a usuária na faixa etária específica sobre a importância da realização da coleta do exame citopatológico na Unidade Básica de Saúde a cada 3 anos, mesmo que o resultado anterior do seu exame tenha sido normal;
- ✓ Ter método de controle do seguimento das mulheres com exame alterado;
- ✓ Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando a realização da coleta de citopatológico no melhor horário para a cidadã sem bloquear o acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- ✓ Conferir lâminas enviadas versus procedimento lançado 02.01.02.003-3 – Coleta de Material p/ exame citopatológico do colo uterino. O relatório de procedimentos lançados será enviado periodicamente pela divisão da informática e deve corresponder ao número de lâminas enviadas.

**Indicador 5 - Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada**

- ✓ Registrar corretamente as doses aplicadas;
- ✓ Orientar sobre a importância das vacinas já nas consultas de pré-natal e continuar ao longo das consultas de puericultura;
- ✓ Manter acompanhamento dos faltosos (atraso no calendário vacinal) individualmente e fazer busca ativa;
- ✓ Manter contato com creches para verificação do calendário vacinal, acompanhamento conjunto e diálogo colaborativo entre as partes.

**Indicadores 6 e 7 - Diabetes e Hipertensão**

903

- ✓ Realizar o acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus adscritas à equipe (relatório e-gestor AB);
- ✓ Verificar rotineiramente a frequência de realização do acompanhamento (no mínimo de 6 em 6 meses, conforme risco cardiovascular);
- ✓ Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe (conforme protocolo municipal);
- ✓ O médico ou enfermeiro deve sinalizar a periodicidade do retorno na conduta da consulta e na pós consulta, este deve ser provisionado no cartão do paciente;
- ✓ A farmácia deve identificar as receitas com data superior a 6 meses e orientar o agendamento do retorno com médico ou enfermeiro;
- ✓ Fazer busca ativa dos faltosos (utilizar os relatórios disponíveis no e-gestor AB ou fornecidos pela Coordenadoria DCNT);
- ✓ Orientar o cidadão com hipertensão e/ou diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento, verificação da PA no serviço e avaliação do controle glicêmico, mesmo que estes não estejam descompensados;
- ✓ Verificar a pressão arterial, ao menos 1 vez ao ano, de todas as pessoas acima de 18 anos, que comparecerem a unidade independente do motivo e registrar corretamente no prontuário;
- ✓ Registrar o CID, CIAP ou condição avaliada em todos os atendimentos realizados.

### Sistema de Informação

Instrumento de gerência, planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, utilizado por toda equipe de saúde.

São de responsabilidade da gestão das Unidades Básicas de Saúde:

- Manter o CNES atualizado;

904

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Encaminhar para a DRS as transferências dos Sistemas informatizados ou os relatórios de produção para digitação (E-SUS, SISPRENATAL, API, SINAN) nas datas agendadas;
- Monitorar a produção e orientar o planejamento da UBS através dos relatórios de produção do e-SUS, estimulando a participação dos profissionais.

### 2.6.3. QUADRO DE PADRONIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA OS INDICADORES

Indicador 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana - Meta 45%					
CID	CIAP	Condição avaliada	Outros obrigatórios	Itens	Profissional que registra
Z34, Z340, Z349, Z35, Z36, Z321, Z33, Z348, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O266, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z840, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98	W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85	Pré-natal	DUM ou Gestacional	Idade	Médico Enfermeiro
Observação: Códigos CID/CIAP para identificação de aborto CIAP: W62, W83, CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3 Devem ser informados para que esta gestante não seja contabilizada no indicador.					

Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV - Meta 60%					
CID	CIAP	Condição avaliada	Outros obrigatórios	Itens	Profissional que registra
Z34, Z340, Z349, Z35, Z36, Z321, Z33, Z348, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359, O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O266, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z840, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98	W03, W05, W29, W71, W78, W79, W80, W81, W84 e W85	Pré-natal	1. DUM ou Gestacional 2. Marcar ficha e-sus: Exame avaliado HIV e Sífilis (serologia); Se Teste Rápido - lançar procedimento: 02.14.01.004-0 - Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro 02.14.01.008-2 - Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro	Idade	Médico Enfermeiro

Indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado - Meta 60%			
CID, CIAP e condição avaliada	Outros itens obrigatórios	Profissional que registra	que
A gestante deve ser identificada pelo médico ou enfermeiro conforme CID/CIAP/condição avaliada já citados nos indicadores 1 e 2.	Na aba e-SUS - ficha de atendimento odontológico individual - sinalizar GESTANTE	Dentista	



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

**Indicador 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS - meta 40%**

CID	CIAP	Outros itens obrigatórios	Profissional que registra
Z01.4, Z12.4	A97, A98	02.01.02.003-3 – Coleta de Material p/ exame citopatológico do colo uterino. * O procedimento deve ser lançado antes de gerar a ficha e-sus.	Médico Enfermeiro

**Indicador 5 - Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada - meta 95%**

Itens obrigatórios	Profissional que registra
Registro de doses aplicadas no hygia	Equipe de enfermagem

**Indicador 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre - Meta 50%**

CID	CIAP	Condição avaliada	Outros itens obrigatórios	Profissional que registra
I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109 e O11	K86 - Hipertensão sem complicações K87 - Hipertensão com complicações	Hipertensão arterial	03.01.10.003-9 - aferição do pressão arterial * O procedimento tem que ser lançado antes de gerar a ficha e-sus.  0301010030 - Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica; 0301010064 - Consulta médica na atenção básica.	Médico Enfermeiro Técnicos e auxiliares de enfermagem (para o procedimento de aferição da PA)

**Indicador 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre - Meta 50%**

CID	CIAP	Condição avaliada	Outros itens obrigatórios	Profissional que registra
E10, E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, Q240, Q241, Q242, Q243, P702	T89: DM insulino dependente T90: DM não insulino dependente	Diabetes mellitus	Marcar na ficha e-sus: Hemoglobina glicada: Solicitado.  0301010030 - Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica; 0301010064 - Consulta médica na atenção básica.	Médico Enfermeiro

## 2.6.4. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

### Gestão de Usuários / Controle de Acesso

- Cadastro de usuários do sistema;
- Cadastro de papéis e senhas;
- Configuração de acesso ao estoque;
- Configuração do acesso às unidades de internação;
- Configura o usuário que gerencia as movimentações de pacientes;
- Configura o usuário para acesso ao SAME;
- Gerencia a chave de proteção ao SISTEMA;
- Gerencia a integração com o DATASUS.

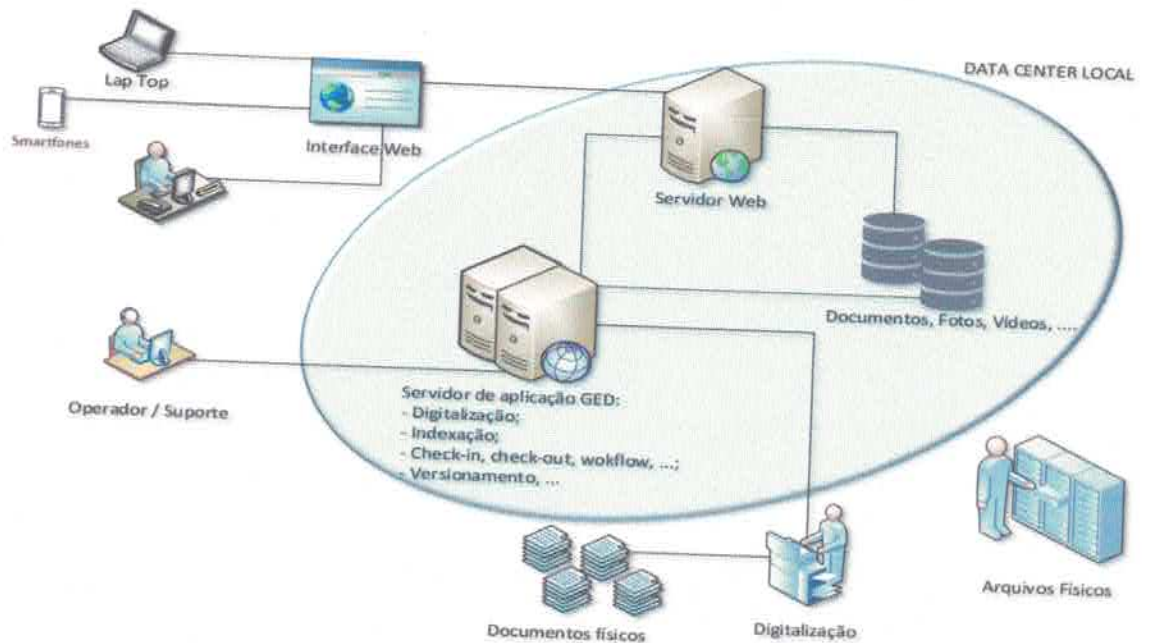
### Business Intelligence / Analytics:

- Possibilita a criação de visões gráficas de dados oriundos das diversas atividades da organização;
- Permite fazer uma análise preditiva dos dados encontrando padrões de acontecimentos;
- DW para tratamento de grande volume de dados (múltiplas dimensões e séries históricas), não acessa diretamente a base de dados de produção.

### GED (Gestão Eletrônica de Documentos)

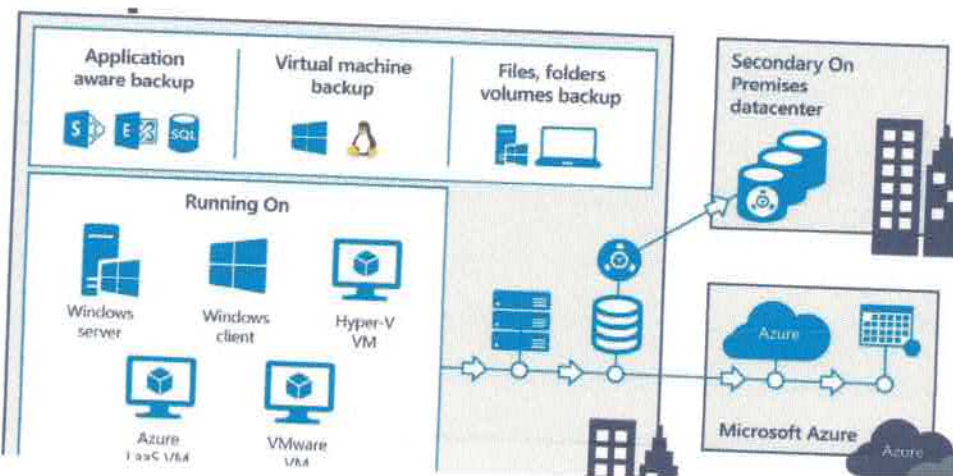
Podemos descrever GED como um conjunto de tecnologias que permite a uma instituição gerenciar seus documentos em forma digital (os documentos podem ser das mais diversas origens, tais como papel, microfilme, imagem, vídeo, som, planilhas eletrônicas, arquivos de texto, etc.).

907



Algumas características:

- Gerencia de usuários e grupos;
- Trabalha com categorias;
- Trabalha com tags (marcas) para indexação;
- Estrutura de Pastas e Permissões;
- Criar e editar documentos e suas propriedades;
- Descrição de documentos baseada em metadados;
- Check-in, Check-out e Versionamento;
- Integração com Google Docs;
- Busca em Full-Text;
- Mobilidade;
- Workflow.



**BACKUP e RESTORE, para:**

- Backup de Aplicação;
- Backup de Arquivos;
- Backup de Sistemas;
- Backup de Hyper-V;
- Backup de VMware;
- Backup de VM em Nuvem.

Uma solução de backup completa pode garantir a disponibilidade de sua infraestrutura crítica para o negócio, mesmo em caso de desastre ou falha.

Deve executar operações de backup e recuperação em diferentes níveis, incluindo backup e recuperação completa ou recuperação de nível de item / arquivo.

As operações do backup devem ser monitoradas para garantir que os SLA's configurados sejam cumpridos.

### **Considerações Finais**

A tecnologia está cada vez mais aliada à prática médica, buscando evitar eventos adversos e promovendo a medicina baseada em evidências. A inteligência clínica, um dos maiores ganhos da digitalização e uma das principais razões pela qual os hospitais resolvem se tornar digital, já é capaz de proporcionar uma qualidade de tratamento avançada, gerando maior segurança para o paciente.

É preciso ter em mente que um Hospital Digital é feito de muito mais do que alguns aparatos. O treinamento dos profissionais, visando uma mudança de cultura, é importantíssimo para concretizar a implantação da inovação, tornando essas novas ferramentas funcionais e capazes de, realmente, impactar nas formas de atendimento e precisão.

A transformação digital ainda não é o estado pleno de todas as possíveis tecnologias. Ainda muitas estão por vir, relacionadas à Internet das Coisas, Inteligência Artificial e Big Data / Analytics. O futuro promete um ambiente cada vez mais inovador. Entretanto, é preciso começar de baixo: planejar infraestrutura, implantar.

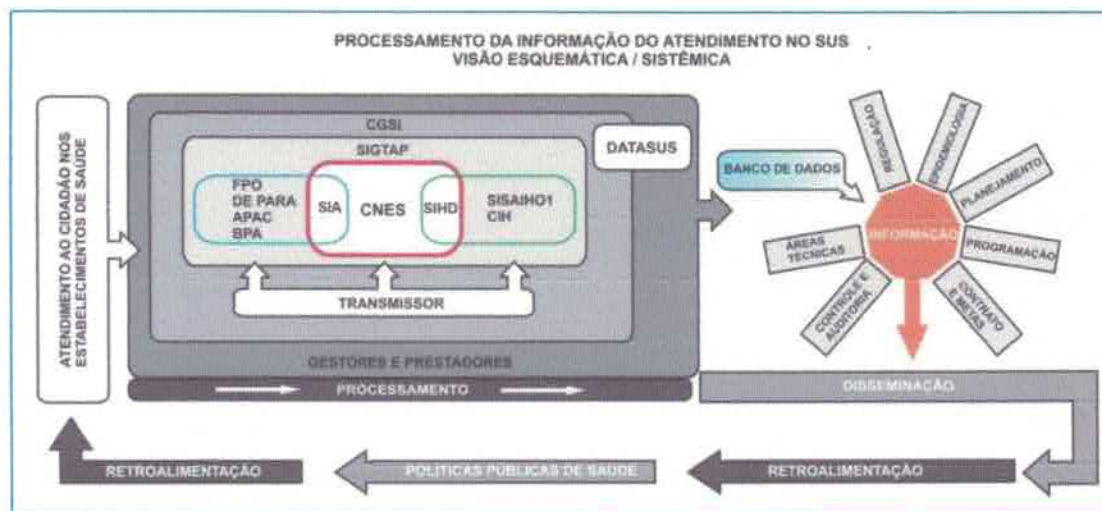
### FLUXO PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial da rede SUS, pública ou complementar onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade, pela Central de Regulação, SAMU ou UPA.

### CONSULTA/ATENDIMENTO

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicita a Autorização para Internação Hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o Laudo para Solicitação de AIH.

### 2.6.5. PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO – AIH

Nos serviços hospitalares o laudo é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar. Deve ser preenchido em duas vias, de forma legível e sem abreviaturas pelo médico, odontólogo ou enfermeiro que solicitou a internação. Uma via deve ser anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada pelo gestor, a seu critério. Ele contém dados de identificação do paciente, dados de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares e descrição das condições que justificam a internação e a hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo. Existe o modelo de Laudo para Solicitação de AIH, disponibilizado no <http://SIH/SUSd.datasus.gov.br>. É livre o uso de outros modelos, desde que contenham os dados necessários à alimentação do SISAIH01. A Portaria SAS/MS n.º 508/2010 exigiu a informação da etnia quando no campo raça/cor do usuário for indígena. O tempo decorrido entre o internamento e a autorização do gestor tanto para os casos eletivos como para casos de urgência, é uma decisão do gestor local. O sistema dá uma advertência, mas não bloqueia ou rejeita a AIH.

No estabelecimento público o autorizador pode ser o diretor clínico. Na rede complementar, o autorizador é vinculado ao gestor e deve verificar as

911

solicitações no hospital. O gestor deve definir as condições e o local para a autorização e emissão do número da AIH. A digitação dos dados pode ser feita mesmo antes de ter o número da AIH e inserir quando for disponibilizado pelo gestor.

Ainda cabe ressaltar a PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012 QUE Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu CAPÍTULO III - DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL:

Art. 18. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social.

Parágrafo único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário.

Art. 19. São objetivos da alta hospitalar responsável:

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário;

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado;

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares;

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar.

O Ministério da Saúde, aponta no documento Desospitalização : reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional (Brasil, 2020), quanto a gestão do cuidado em saúde como ferramentas para o cuidar multiprofissional.

O termo “desospitalização” visa à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica e garantindo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção nas Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Investir em uma desospitalização planejada e organizada contribui na diminuição das readmissões hospitalares e na sobrecarga do serviço de emergência. Aproximadamente 35% das internações na Inglaterra, consideradas admissões de urgência, geraram um custo de 11 bilhões de libras por ano. Por conseguinte, evitar esse tipo de hospitalização está diretamente relacionado à diminuição de custos, além de melhora na qualidade de vida (BLUNT; BARDSELY; DIXON 2010).

Por isso, atuar de maneira a prever essas readmissões, auxilia no direcionamento de pacientes que se beneficiaram de intervenções e cuidados mais vigorosos após a alta. Considerar o tipo de comorbidade (com especial ênfase ao doente oncológico), o que motivou e o tempo de permanência na internação hospitalar, se foram realizados procedimentos, tais como infusão de quimioterápico, hemotransfusão, toracocentese, durante a internação, além do número de admissões hospitalares nos últimos 12 meses, são algumas variáveis a serem avaliadas para construção de uma estimativa de risco de readmissão potencialmente evitável (DONZE et al., 2013).




### 3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (C3)




914

### 3.1. CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES, MEDIANTE COMPROVAÇÃO ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS



Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



CONTRATO DE GESTÃO Nº SS-CH003/2022-01SAUDE

CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU-CE – SECRETARIA DE SAÚDE E A ENTIDADE QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ROSA BRANCA.

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de SENADOR POMPEU-CE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 07.728.421/00014-82, com sede neste município à Av Francisco França Cambraia, s/n, Centro, Senador Pompeu-CE, através da SECRETARIA DE SAÚDE, neste ato representado pela ordenadora de Despesas, a Sra MARIA FERNANDETE GOMES, doravante denominada de ÓRGÃO SUPERVISOR, MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 07.802.697/0002-44, com sede à Rua Samuel Cambraia, 997, Centro, Senador Pompeu-CE, doravante denominada de ÓRGÃO INTERVENIENTE e de outro INSTITUTO ROSA BRANCA, entidade sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social pelo Município de SENADOR POMPEU-CE por meio do Portaria nº 05/2022 de 31 de maio de 2022, com endereço na Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar, Centro, Itaboraí/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob nº 10.962.062/0001-38, neste ato representada por seu Presidente Sr. Anderson Farias Pinto, inscrito no CPF nº 085.029.377-96, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe o art. 197, da Constituição da República Federativa do Brasil; nas normas e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS; na Lei Federal nº. 8.080/90 (SUS); na Lei Federal nº. 8.142/90 (Gestão do SUS); na Portaria GM/MS nº. 2.567, de 25 de novembro de 2016 (participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS); nas Portarias de Consolidação nº. 01/2017 e nº. 02/2017, ambas instituídas pelo Ministério da Saúde; Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993 (com as alterações da Lei nº 8.883/94 e da Lei nº 9.648/98), Lei Federal 9.537 de 15 de maio de 1998, LEI MUNICIPAL Nº 1.444 de 29 de junho de 2017 E DECRETO MUNICIPAL Nº 30/2022 de 25 de Maio de 2022 e o DECRETO MUNICIPAL Nº 30/2022, de 25 de Maio de 2022, e o processo da CHAMADA PÚBLICA Nº SS-CH003/2022, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO E DA FINALIDADE**





1.1. O presente CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU-CE, OBJETIVANDO O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIME DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO 24 HORAS NA UNIDADE HOSPITALAR - MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL, CONFORME AS CONDIÇÕES DO TERMO DE REFERÊNCIA E SEUS ANEXOS, e conforme documentação apresentada no processo de CHAMADA PÚBLICA Nº SS-CH003/2022.

**Parágrafo Primeiro:** Para o alcance de sua finalidade, o presente Contrato de Gestão especifica, como desta avença, um Plano de Trabalho (ANEXO I) a ser executado pela CONTRATADA, com metas a atingir, a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a indicadores de verificação e as atividades a realizar, com respectivos cronogramas e orçamentos pertinentes.

**Parágrafo segundo:** Fazem parte integrante deste contrato de gestão:

- O Anexo Técnico I – Plano de Trabalho;
- O Anexo Técnico II – Descrição dos Serviços;
- O Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento;
- O Anexo Técnico IV – Acompanhamento e Avaliação;

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 – CGF nº 06.920.284-2  
Praça Municipal – Edifício Francisco França Cambraia –  
Avenida Francisco França Cambraia, s/n, Bairro Centro – CEP 63.600-000





Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



e) O Anexo Técnico V – Termo de Permissão de Uso.

#### CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 2.1 São da responsabilidade da CONTRATADA as obrigações constantes das especificações técnicas (Anexos Técnicos I, II, III, IV, V, partes integrantes deste CONTRATO DE GESTÃO) e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:
- a) Garantir a Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
  - b) Promover a integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;
  - c) Assegurar a 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) Preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
  - e) Contribuir para promoção da Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
  - f) Prestar serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;
  - g) Fomentar meios para participação da comunidade na tomada de decisões e nos processos de avaliação de atendimentos;
  - h) Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos Usuários;
  - i) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;
  - j) Adotar uma identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, assim como assegurar a frequência e pontualidade, com a manutenção do sistema de controle de ponto por via eletrônica, devendo ser adotados mecanismos que impeçam quaisquer fraudes na marcação do registro, bem como a boa conduta profissional;
  - k) Implementar metodologia da gestão da qualidade, seus conceitos e princípios por meio de um conjunto de processos, capazes de dotar as unidades de saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitem a melhoria de desempenho de seus serviços;
  - l) A CONTRATADA deverá comprovar a existência de programa de integridade no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da contratação. O Programa de Integridade consiste, no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes com o objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a Administração Pública;
  - m) A CONTRATADA deverá realizar consulta prévia a CONTRATANTE para fins de utilização dos montantes correspondentes aos valores de investimento previstos na planilha de preços. Os recursos somente poderão ser utilizados para fins de investimento pela CONTRATADA quando devidamente autorizados pela CONTRATANTE.

#### Demais obrigações e responsabilidades:

- 2.2. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, e apenas nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.
- 2.3. Restituir, em caso de desqualificação ou ao término do presente contrato, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos não utilizados para os fins deste contrato, bem como os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, nos termos previstos nos respectivos instrumentos de Permissão de Uso.
- 2.4. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 – CGF nº 06.920.284-2  
Praça Municipal – Edifício Francisco França Cambaia –  
Avenida Francisco França Cambaia, s/n, Bairro Centro – CEP 63.600-000

916



Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



**Parágrafo Único:** A CONTRATADA poderá, desde que previamente avaliada e autorizada pela CONTRATANTE, permutar os bens móveis públicos permitidos para uso por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio da CONTRATANTE.

2.5. Responsabilizar-se pela conservação, manutenção preventiva e corretiva dos bens móveis e imóveis, inclusive equipamentos, disponibilizados para o desenvolvimento das atividades previstas no Plano de Trabalho, valendo-se de recurso financeiro apontado no Plano Operativo elaborado conforme solicitado no Plano de Trabalho (Anexo I)

2.6. Comunicar à CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência.

2.7. Eventual aquisição de bem que ultrapasse o valor do contrato somente poderá ser efetuada mediante anuência prévia da CONTRATANTE e após aditamento ao contrato.

2.8. Todas as obras e ampliações da área física deverão ser previamente aprovadas pela CONTRATANTE e, caso ultrapassem o valor do contrato, somente poderão ser realizadas após o devido aditamento do contrato.

2.9. Transferir, integralmente, à CONTRATANTE, em caso de sua desqualificação como Organização Social de Saúde no âmbito do Município de SENADOR POMPEU-CE, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços ora contratados.

2.10 - Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais, resultantes da execução do objeto desta avença.

2.11 - Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2.12 - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

2.13 - Afixar aviso nas recepções do MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL DO MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU-CE, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

2.14 - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

2.15 - Assegurar aos pacientes o direito de assistência religiosa e espiritual por ministro de qualquer culto religioso, em conformidade com a Portaria nº 010/SMS/05 de 09/11/2005 e legislação regente.

2.16 - Comunicar de imediato à CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente contrato, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.

2.17 - Manter a documentação concernente à prestação de contas, relacionada a este Contrato, arquivada por no mínimo 10 (dez) anos, ficando a mesma disponível, sempre que solicitado, para atendimento da legislação vigente e auditorias da CONTRATANTE e demais órgãos de controle externo.

**CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

3.1. Para a execução, pela CONTRATADA, dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

a) Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos;

b) Designar, por meio de Portaria, um GESTOR do CONTRATO para orientar a CONTRATADA, acompanhando o desenvolvimento das suas atividades, segundo programa, objetivos e metas definidos no CONTRATO DE GESTÃO e garantindo todo o suporte político-institucional, como representante do Município, na execução e supervisão deste CONTRATO DE GESTÃO;

c) Monitorar mensalmente e fiscalizar, nos termos da legislação pertinente, as atividades da CONTRATADA, relativas à execução das metas deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como verificar a manutenção da capacidade e das condições enquanto entidade qualificada como Organização Social na área da saúde desta Municipalidade, para confirmar, mediante emissão de atestado, se a mesma continua a dispor de suficiente capacidade jurídica e nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 – CGF nº 06.920.284-2  
Praça Municipal – Edifício Francisco França Cambaia –  
Avenida Francisco França Cambaia, s/n, Bairro Centro – CEP 63.600-000



Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



#### CLÁUSULA QUARTA: DA CESSÃO DE SERVIDORES

4.1. Até que sejam assumidas todas as obrigações referentes ao presente contrato, serão abatidos, do montante devido à CONTRATADA, os valores correspondentes à remuneração dos servidores públicos exercendo atividades nas respectivas unidades, a partir de sua vigência.

4.2. A CONTRATANTE poderá ceder servidores públicos municipais para prestar seus serviços junto à CONTRATADA, ficando garantido a esses servidores o vínculo original com a CONTRATANTE, bem como todos os direitos daí decorrentes, não ensejando, portanto, vínculo trabalhista com a CONTRATADA ou solidariedade, mesmo sob a subordinação desta.

Parágrafo Primeiro - Os servidores públicos municipais cedidos à CONTRATADA terão seus vencimentos pagos diretamente pela CONTRATANTE.

#### CLÁUSULA QUINTA: DA PERMISSÃO DO DIREITO DE USO E DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

5.1. Os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações deverão ser objeto de inventário e avaliação por parte da CONTRATANTE, para que, mediante formalização de CONTRATO específico a ser assinado, possam ser cedidos a CONTRATADA, a título de Permissão de Uso e pelo prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO, cabendo ao permissionário mantê-los em perfeito estado de conservação e usá-los exclusivamente para os fins previstos neste instrumento.

**Parágrafo Único** – Os bens móveis, instalações e equipamentos cedidos ou que venham a ser cedidos na forma prevista no caput desta Cláusula; bem como aqueles adquiridos pela CONTRATADA poderão, mediante prévia avaliação e manifesta autorização da CONTRATANTE, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem concomitantemente, mediante termo de doação expresso, o patrimônio do Município, sob administração da CONTRATANTE.

#### CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

6.1. A Comissão de Avaliação constituída em conformidade com a Lei n° 2.644, de 30 de junho de 2015 e DECRETO MUNICIPAL N° 30/2022, de 25 de Maio de 2022, será a responsável por fiscalizar, acompanhar e avaliar a execução dos serviços, objeto deste contrato de gestão, e procederá a verificação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e dos resultados obtidos pela CONTRATADA com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando para tanto relatório circunstanciado.

**Parágrafo Primeiro** - A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo do desempenho da CONTRATADA, em até 30 dias, ao final do período de 12 (doze) meses do contrato.

**Parágrafo Segundo** - A comissão de avaliação deverá encaminhar à Controladoria Geral do Município relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

**Parágrafo Terceiro** - Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados a Secretária Municipal de Saúde para subsidiar a decisão do Prefeito Municipal acerca da manutenção da Qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

7.1. O presente Contrato de Gestão terá vigência de 12 (doze) meses; contados da data de sua assinatura, e é passível de prorrogação mediante o cumprimento de Plano de Trabalho, até 60 (sessenta) meses.

7.2. Os serviços serão iniciados imediatamente após a assinatura do presente contrato, devendo a contratada seguir os prazos e etapas estabelecidas no cronograma proposto.

#### CLÁUSULA OITAVA: DOS RECURSOS FINANCEIROS E ECONÔMICOS

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ n.º 07.728.421/0001-82 – CGF n.º 06.920.284-2  
Paço Municipal – Edifício Francisco França Cambraia –  
Avenida Francisco França Cambraia, s/n, Bairro Centro – CEP 63.000-000

918

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS - CH005/2022



Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



8.1. Para a execução deste Contrato de Gestão, ficará estipulado o valor mensal estimado de R\$ 502.908,52 (quinhentos e dois mil novecentos e oito reais e cinquenta e dois centavos) perfazendo o valor global de R\$ 6.034.902,20 (seis milhões, trinta e quatro mil, novecentos e dois reais e vinte centavos), sendo que os recursos serão transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA nos termos do orçamento do contrato e cronograma de desembolso.

**Parágrafo Primeiro** - Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, correspondente ao presente exercício financeiro, onerará a seguinte rubrica orçamentária, destinada a custear o presente CONTRATO DE GESTÃO, podendo ser suplementada, se necessário for, em particular na ocorrência de eventos não previstos, devidamente justificado, que levarem ao desequilíbrio econômico e financeiro deste Contrato de Gestão:

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL** - Dotação Orçamentária: 0901.10.122.0002.2.094 - Gestão e Manutenção das Atividades Administrativas do Fundo Municipal de Saúde; 0901.10.302.0010.2.098 - Manutenção das Atividades da Atenção Secundária da Saúde; Elemento de Despesas: 3.3.90.39.00 e Fontes de Recursos: 1500100200 e 1600000000.

**Parágrafo Segundo** - Os recursos repassados à CONTRATADA pela CONTRATANTE, disponíveis em conta corrente específica e exclusiva, deverão ser aplicados no mercado financeiro, e os resultados dessa aplicação reverter-se-ão exclusivamente aos objetivos deste contrato.

**Parágrafo Terceiro** - Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão, também, ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público Federal, Estadual e Municipal, advindos de Emendas, Convênios e doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da CONTRATADA e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da CONTRATADA, sendo todos os Recursos utilizados na Unidade de Saúde de responsabilidade de Gestão da O S CONTRATADA.

**Parágrafo Quarto** - A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o INSTITUTO ROSA BRANCA, sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados trimestralmente à CONTRATANTE.

**Parágrafo Quinto** - Os dispêndios com remuneração de pessoal próprio, feitos pela CONTRATADA na execução deste Contrato de Gestão, não excederão 75% (setenta e cinco por cento) do total da sua dotação orçamentária.

**Parágrafo Sexto** - Somente será admitida a remuneração de dirigentes que tenham atuação efetiva na gestão executiva, não podendo exceder a remuneração salarial do Prefeito. Os membros do Conselho de Administração da CONTRATADA não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à CONTRATADA, ressalvada a ajuda de custo por reunião de que participarem.

**Parágrafo Sétimo** - Os membros do Conselho de Administração não poderão exercer qualquer função executiva nas atividades deste Contrato e, tampouco, ter qualquer vínculo com fornecedores da CONTRATADA.

**Parágrafo Oitavo** - A ocorrência de alteração de valores poderá implicar revisão das metas pactuadas, assim como a alteração das metas poderá implicar a revisão do valor global pactuado, nos termos da legislação aplicável, através dos devidos Termos de Aditivos e Justificativas, podendo ser provocados por ambas as partes.

**Parágrafo Nono** - Os bens móveis e imóveis permissionados à CONTRATADA de acordo com a Cláusula Terceira são considerados como valor econômico aportado pela CONTRATANTE a este Contrato de Gestão.

**Parágrafo Décimo** - Após um ano de vigência contratual, será aplicado o índice financeiro IGP/MFGV para fim de reajuste de seu valor, ou outro que venha está em consonância com a Lei aplicável.

CLÁUSULA NONA: CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. O valor devido à CONTRATADA, nos termos do "caput" da cláusula sétima, será transferido conforme cronograma de desembolso.

9.2. A CONTRATADA deverá encaminhar, à CONTRATANTE, comprovante de pagamento de obrigações do INSS e

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 - CGP nº 06.920.284-2  
Praça Municipal - Edifício Francisco França Cambria -  
Avenida Francisco França Cambria, s/n, Bairro Centro - CEP 63.600-000



Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



FGTS/GFIP/SEFIP, imediatamente após o cumprimento da obrigação, observando-se os prazos legais, sob pena de retenção dos pagamentos devidos pela CONTRATANTE.

9.3. O pagamento da primeira parcela será realizado 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato de gestão, mediante a apresentação da respectiva nota fiscal, através de ordem bancária em nome da Contratada, desde que esta indique o banco, agência e conta corrente.

9.4. As demais parcelas deverão ser pagas até o 5º dia útil subsequente ao da prestação dos serviços, mediante a apresentação da prestação de contas e da respectiva nota fiscal, através de ordem bancária em nome da Contratada, desde que esta indique o banco, agência e conta corrente.

9.5. O valor devido à CONTRATADA será transferido conforme cronograma de desembolso proposto na proposta financeira.

#### CLÁUSULA DÉCIMA: DA RESCISÃO

10.1. A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93.

**Parágrafo Primeiro** - Em caso de rescisão unilateral decorrente da iniciativa da CONTRATADA, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis, a mesma obriga-se a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da renúncia do Contrato.

**Parágrafo Segundo** - A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data do encerramento de suas atividades, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

**Parágrafo Terceiro** - Verificada qualquer hipótese ensejadora de rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a revogação da permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA nos termos da cláusula quinta, não cabendo à CONTRATADA o direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

**Parágrafo Quarto** - Se a CONTRATANTE vier a descumprir injustificadamente as cláusulas do presente contrato, em especial a cláusula sétima, a CONTRATADA poderá considerar rescindido o presente contrato e cessar a prestação dos serviços após 90 (noventa) dias da ocorrência da irregularidade, sem prejuízo das sanções aplicáveis pela legislação vigente, ficando a CONTRATANTE responsável pelo pagamento de encargos trabalhistas, previdenciários e civis decorrentes da execução deste Contrato de Gestão. Em qualquer hipótese deverá ser preservada a segurança e integridade dos pacientes.

**Parágrafo Quinto** - Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE ou término do contrato ou rescisão amigável, esta arcará com os custos trabalhistas, previdenciários e civis da execução deste contrato assegurando-se, entretanto, o direito de regresso contra o responsável no caso de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS PENALIDADES PELO DESCUMPRIMENTO DO CONTRATO

11. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88, da Lei Federal nº 8.666/93, quais sejam:

- Advertência;
- Multa de até 5% (cinco por cento) do valor contratual;
- Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 – CGF nº 06.920.284-2  
Pólo Municipal – Edifício Francisco França Cambraia –  
Avenida Francisco França Cambraia, s/n, Barro Centro – CEP 63.600-000

920

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022



Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



**Parágrafo Primeiro** - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

**Parágrafo Segundo** - As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a da alínea "b".

**Parágrafo Terceiro** - Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Quarto** - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-se pleno direito de defesa.

**Parágrafo Quinto** - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal ou ética do autor do fato.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1. Durante a vigência deste Contrato de Gestão a CONTRATADA apresentará à CONTRATANTE relatórios administrativos de desempenho e produção, com dados suficientes para o acompanhamento e avaliação, com ênfase na comparação dos resultados alcançados com as metas previstas, acompanhados de demonstrações documentadas do uso adequado dos recursos públicos pela CONTRATADA e de análises gerenciais referentes ao desempenho, em até 20 dias após o encerramento de cada trimestralmente.

**Parágrafo Primeiro** - Ao término do contrato, a CONTRATADA deverá apresentar relatório final referente à execução do Plano de Trabalho.

**Parágrafo Segundo** - A CONTRATADA deve apresentar à CONTRATANTE, no prazo de 20 (vinte) dias, contados do término de execução de cada 03 (três) meses, prestação de contas, através de envio de arquivo digitalizado onde constarão as seguintes informações:

- Planilha de prestação de contas, relacionando todos os pagamentos efetuados no período;
- Notas fiscais de serviços, recibos e outros comprovantes legais de pagamentos efetuados com as despesas realizadas. Todos os comprovantes legais devem ser emitidos em nome da CONTRATADA;
- Planilha com dados quanto à aquisição de bens permanentes no período;
- Extrato bancário da conta específica do Contrato de Gestão (conta corrente e aplicação);
- Relatório completo da folha de pagamento da CONTRATADA.

12.2. A CONTRATADA deverá manter, em perfeitas condições, os originais dos documentos acima mencionados, devendo ser disponibilizados à CONTRATANTE pelo prazo de 10 (dez) anos.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. É vedada a cobrança, do paciente, por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida.

13.2. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

13.3. Eventuais despesas realizadas pela CONTRATANTE, e que sejam de responsabilidade da CONTRATADA, poderão ser efetivadas, devendo ser descontadas nos repasses subsequentes.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA PUBLICAÇÃO

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 - CGF nº 06.920.284-2  
Paço Municipal - Edifício Francisco França Cambria -  
Avenida Francisco França Cambria, s/n, Bairro Centro - CEP 63.606-000





Estado do Ceará  
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu



14.1. O CONTRATO DE GESTÃO será publicado pela CONTRATANTE no Quadro de Avisos e Publicações da Prefeitura Municipal de SENADOR POMPEU-CE, e no Diário Oficial da União (DOU), no prazo determinado nos termos da legislação vigente, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DO FORO**

15.1. Fica eleito o Foro desta comarca do município de SENADOR POMPEU-CE, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.


E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 03 (Três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

SENADOR POMPEU-CE, 01 DE JULHO DE 2022.

  
MARIA FERNANDETE GOMES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU-CE

  
INSTITUTO ROSA BRANCA  
St. Anderson Ferrás Pinto  
CPF nº 045.029.977-96  
CONTRATADA

**TESTEMUNHAS:**

  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: 045.577.633-38

  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: 837.837.273-20

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu/CE  
CNPJ nº 07.728.421/0001-82 – CGE nº 06.920.284-2  
Páço Municipal – Edifício Francisco França Cambraia –  
Avenida Francisco França Cambraia, s/n, Bairro Centro – CEP 63.600-000

922



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
ESTÂNCIA TURÍSTICA - RELIGIOSA DE  
**APARECIDA**  
UNIÃO E DESENVOLVIMENTO

## CONTRATO Nº 85/2019

**APOIO TÉCNICO E DE GESTÃO PARA AS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA COMPLEXIDADE - PROGRAMAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL, CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, ESPECIALIDADES MÉDICAS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E A APOIO UBS E SAÚDE MULHER, FISIOTERAPIA, CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, CENTRAL DE VAGAS E REGULAÇÃO.**

Modalidade da Licitação:  
**Dispensa de Licitação 329/2019.**  
Processo Administrativo 40/2019.

Pelo presente instrumento a **PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICO-RELIGIOSA DE APARECIDA - MUNICÍPIO DE APARECIDA-SP**, com Sede Administrativa da Prefeitura Municipal de Aparecida situada à Rua Professor José Borges Ribeiro, n.º 167, Centro, Aparecida/SP, inscrita no CNPJ com o n.º 46.680.518/0001-14, com personalidade jurídica de direito público interna e autonomia, nos termos assegurados pela Constituição Federal e Estadual, com perfeita observância da Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002 e Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pelo Exma Senhora Prefeita Municipal **DINA MARIA PEREIRA DE MORAES MOREIRA DA SILVA**, portadora da Cédula de Identidade RG n.º 10.219.573 SS/SP, CPF n.º 019.554.338-60, residente e domiciliada na Avenida João Ferreira Barbosa n.º 76, no Bairro Jardim Paraiba - Aparecida/SP, e pelo Senhor, **ANDERSON FARIAS PINTO** portador da Cédula de Identidade RG n.º 12.698.843-B, CPF/MF n.º 085028377-96, representante legal da empresa **INSTITUTO LAGOS**, CNPJ n.º 10.962.062/0001-38, estabelecida à Praça Marechal Floriano Peixoto, n.º 259 - 2º Andar, no Bairro Centro, Itaboraí/RJ - CEP n.º 24.800-165, juntamente com as testemunhas a tudo presentes, Decreto n.º 4.643/19 de 1º de Julho de 2019, ajustam e convencionam as obrigações do objeto deste Contrato, em conformidade com as Cláusulas que se seguem Ordenador de Despesas e considerando o Decreto n.º 4.643/19, DE 1º DE JULHO DE 2019 (ANEXO I), assim como a ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA DA MESA DIRETORA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE 27 DE JUNHO de 2019 (ANEXO II), A RESOLUÇÃO N.º 008/2019 DO

Rua Professor José Borges Ribeiro 167 - Aparecida-SP  
CEP 12.570-000 - FONE (12) 3104-4000 - FAX (12) 3104-4024  
CNPJ 46.680.518/0001-14

923



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
ESTÂNCIA TURÍSTICA - RELIGIOSA DE  
**APARECIDA**  
UNIÃO E DESENVOLVIMENTO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE 27 DE JUNHO DE 2019 (ANEXO III), E A RESOLUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE 27 DE JUNHO DE 2019 (ANEXO IV) e a respectiva Homologação do PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 40/2019, RESOLVE assinar o presente instrumento, atendendo as condições previstas no Instrumento Convocatório e as constantes desta, sujeitando-se as partes à legislação vigente e às que se apliquem subsidiariamente, e em conformidade com as disposições a seguir, juntamente com as testemunhas a tudo presentes, ajustam e convencionam as obrigações do objeto deste Contrato, em conformidade com as Cláusulas que se seguem.

**PEÇAS DO PROCESSO**

Ao presente Contrato, firmado nos termos que se seguem, fazem parte, como peças integrantes, os documentos abaixo relacionados, independentemente de transcrição:

- 1 – DECRETO N.º 4.643/19, DE 1º DE JULHO DE 2019 (ANEXO I);
- 2 – RESOLUÇÃO Nº 008/2019 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE 27 DE JUNHO DE 2019 (ANEXO II);
- 3 – RESOLUÇÃO Nº 009/2019 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE 27 DE JUNHO DE 2019 (ANEXO III);
- 4 – TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO IV);
- 5 – PROGRAMA DE TRABALHO DA CONTRATADA (ANEXO V);
- 6 – PROPOSTA DE PREÇOS (ANEXO VI);
- 7 – ATA DE ABERTURA DE PROPOSTA COMERCIAIS – PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 40/2019 (ANEXO VII);
- 8 – RESOLUÇÃO Nº 10/2019 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA (ANEXO VIII)
- 9 – LEI COMPLEMENTAR Nº 001/2019 DE 01 DE JULHO DE 2019, QUE RECONHECE O ESTADO DE CALAMIDADE (ANEXO IX)
- 10 – MINUTA PLANO DE TRABALHO (ANEXO X)

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 - É objeto deste contrato o Apoio Técnico e de Gestão para as Unidades de atenção básica/ média complexidade – Programas da Estratégia de Saúde da Família com Saúde

Rua Professor José Borges Ribeiro, 167 – Aparecida-SP  
CEP 12.570-000 – FONE (12) 3104-8000 – Fax (12) 3104-4024  
CNPJ 46.691.518/0001-14  
www.aparecida.sp.gov.br  
Ovidório Municipal 7104-0010 ou 0800 7719371



PREFEITURA MUNICIPAL DA  
ESTÂNCIA TURÍSTICA - RELIGIOSA DE  
**APARECIDA**  
UNIÃO E DESENVOLVIMENTO

Bucal, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, Assistência Farmacêutica, Especialidades Médicas com Equipe Multidisciplinar e a Apoio UBS e Saúde Mulher, Fisioterapia, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, Central de Vagas e Regulação, conforme especificações e quantidades contidas no Processo Administrativo nº 40/2019, Dispensa de Licitação nº 329/2019.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA FINALIDADE DO OBJETO**

- 2.1. O objeto deste Contrato destina-se exclusivamente contratação emergencial de Organização Social para Apoio Técnico e de Gestão para as Unidades de atenção básica/ média complexidade – Programas da Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, Assistência Farmacêutica, Especialidades Médicas com Equipe Multidisciplinar e a Apoio UBS e Saúde Mulher, Fisioterapia, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, Central de Vagas e Regulação, nos termos do Decreto n.º 4.643/19, de 1º de Julho de 2019 (ANEXO I).

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR DO CONTRATO E DAS CONDIÇÕES**

- 3.1. O valor do presente Contrato é de **R\$ 550.000,00** (quinhentos e cinquenta mil reais) mensais e onerará os recursos reservados nos elementos de despesa codificada sob o número: **01.07.01.3.3.90.39.50.10.301.0701.2322.01**
- 3.2. A empresa CONTRATADA assume a Gestão da Atenção Básica/ Média Complexidade – Programas da Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, Assistência Farmacêutica, Especialidades Médicas com Equipe Multidisciplinar e a Apoio UBS e Saúde Mulher, Fisioterapia, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, Central de Vagas e Regulação, a partir do dia 31 de julho de 2019, até o prazo máximo de **180 (cento e oitenta) dias contados dessa data**, tal qual se encontra o mesmo e conforme vistoria e inventário de todos os bens móveis nele existentes, que sejam pertinentes ao desenvolvimento do objeto do presente contrato, responsabilizando-se no período de vigência do contrato, pela integral prestação dos serviços contratados à população, nos termos deste contrato.
- 3.3. A transferência dos valores estipulados no item 3.1., deste instrumento contratual, serão efetuados através de depósitos em conta corrente a ser indicada pela CONTRATADA, e serão efetivados pela CONTRATANTE até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao dos atendimentos realizados a partir da vigência deste contrato.

Rua Professor José Augusto Ribeiro 167 – Aparecida-SP  
CEP 12.570-000 – FONE (12) 3104-4000 – Fax (12) 3104-4024  
CNPJ: 46.680.518/0001-14  
INSC. ESTADUAL 32.405.28  
Ondina Municipal 3104-4010 ou (800) 7719371