



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO 2024.20.05.01

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA A QUALIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PARA ATUAR NA ÁREA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACOIABA-CE, PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

PROPONENTE: ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTENCIA À MATERNIDADE E A INFANCIA DE LAVRAS DA MANGABEIRA – CE

CNPJ 07609 365/0001-67

BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARA

LOTE 1. ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

ARACOIABA – CE

JUNHO - 2024





DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, constituída sob forma de Associação, sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado, localizada na ROD BR 230, S/N, Bairro Virgílio de Aguiar Gurgel, CEP 63300-000, sede e foro no município de Lavras da Mangabeira, Estado de Ceará.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará adotará o nome fantasia de **Instituto São Vicente**.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, tem por finalidade:

- I - prestar serviços médicos hospitalar e ambulatorial, com atendimento em pequena, média e alta complexidade;
- II - realizar exames laboratoriais, de imagem e eletrocardiograma;
- III - realizar a gestão e operação de unidades e serviços voltados para a promoção de saúde, assistência social e áreas afins, públicos ou privados.

Atuando no segmento dos serviços não exclusivos no qual o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas na oferta de serviços estes que envolvem direitos humanos fundamentais, como no caso específico a saúde, O Instituto São Vicente, tem plena noção da sua responsabilidade tanto perante a gestão pública quanto à sociedade.

O Instituto São Vicente é uma Organização Social, planejada e efetivada em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, leis estaduais e municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades, sendo composta por uma equipe administrativa, assistencial e multidisciplinar qualificada em prestação de serviços de Gestão e tecnologia nas áreas da saúde, Educação e Projetos Sociais.



Missão: A nossa missão é fornecer atendimento de qualidade, com excelência e foco na experiência do usuário e na transformação digital.

Visão: Queremos ser líderes na prestação de serviços de saúde acessíveis e inovadores, tornando-nos um modelo a seguir em nossa área de atuação.

Valores:

Compromisso

Respeito

Empatia

Excelência

Responsabilidade social

Trabalho em equipe

Transparência

Inovação e tecnologia





ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE TRABALHO

PROGRAMA DE TRABALHO (P1)

INTRODUÇÃO

Serviço de Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O Serviço de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma iniciativa fundamental no contexto da atenção primária à saúde, que visa promover o acesso universal e integral aos serviços de saúde, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo dos indivíduos e famílias.

O ESF se baseia em uma abordagem centrada na família e na comunidade, reconhecendo que o contexto social, econômico e cultural influencia diretamente na saúde e no bem-estar das pessoas. Por meio de equipes multiprofissionais, que incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, o ESF busca oferecer uma assistência integral e humanizada, que atenda às necessidades específicas de cada indivíduo e família.

As principais características do ESF incluem:

Territorialização: A área de abrangência de cada equipe do ESF é definida de acordo com critérios epidemiológicos e demográficos, garantindo que todos os indivíduos e famílias de uma determinada região tenham acesso aos serviços de saúde.

Vínculo e Longitudinalidade: O ESF busca estabelecer um vínculo duradouro entre os profissionais de saúde e os usuários, promovendo um acompanhamento contínuo ao longo do tempo e favorecendo a construção de uma relação de confiança e respeito mútuo.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Além do tratamento de doenças já instaladas, o ESF prioriza ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de campanhas educativas, orientações sobre hábitos saudáveis, vacinação, entre outros.

Atenção Integral e Resolutiva: As equipes do ESF estão capacitadas para oferecer uma atenção integral e resolutiva, ou seja, são capazes de lidar com a maioria dos problemas



de saúde no próprio ambiente da atenção primária, evitando encaminhamentos desnecessários para níveis mais complexos de atendimento.

Trabalho em Rede: O ESF atua em articulação com outros serviços de saúde, tanto na rede pública quanto na rede privada, garantindo uma atenção integrada e uma melhor coordenação do cuidado, especialmente nos casos que necessitam de referência e contra-referência.

Em resumo, o Serviço de Estratégia de Saúde da Família representa uma importante estratégia de reorganização do sistema de saúde, que coloca a atenção primária como porta de entrada preferencial e promove uma abordagem mais humanizada, integral e eficiente no cuidado à saúde das pessoas e das famílias.

C2. MODELO GERENCIAL / ASSISTENCIA

1. Estrutura Organizacional:

1.1. Organograma:

Direção: Responsável pela gestão geral da UBS, incluindo planejamento estratégico, gestão de recursos humanos e financeiros.

Coordenação de Atenção Básica: Responsável pela coordenação das atividades assistenciais, garantindo a integração entre as equipes e a qualidade do atendimento.

Equipes Multiprofissionais: Composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde, entre outros, responsáveis pela assistência direta aos pacientes.

Apoio Administrativo: Responsável pelas atividades administrativas, como agendamento de consultas, controle de estoque, registros de prontuários, entre outros.

1.2. Atribuições dos Cargos:

1.2.1 Direção:

Elaborar o planejamento estratégico da UBS, em conjunto com a equipe gestora.

Gerenciar os recursos humanos, financeiros e materiais da unidade.





Representar a UBS em instâncias de gestão municipal e regional.

1.2.2 Coordenação de Atenção Básica:

Coordenar as atividades assistenciais da UBS, garantindo a qualidade e integração dos serviços.

Realizar supervisão e orientação técnica das equipes multiprofissionais.

Promover ações de educação em saúde junto à comunidade.

1.2.3. Equipes Multiprofissionais:

Realizar consultas médicas, enfermagem e odontológicas, conforme protocolos estabelecidos.

Realizar procedimentos técnicos, como curativos, administração de medicamentos e coleta de exames.

Realizar visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes acamados ou com dificuldade de deslocamento.

1.2.4. Apoio Administrativo:

Realizar o agendamento de consultas e procedimentos, conforme a demanda da população.

Controlar o estoque de medicamentos e materiais de consumo, realizando a reposição quando necessário.

Manter os registros de prontuários e demais documentos da UBS de forma organizada e segura.

A implementação deste modelo gerencial/assistencial na Unidade Básica de Saúde visa fortalecer a atenção primária à saúde, promovendo uma prestação de serviços mais eficiente, humanizada e centrada nas necessidades da população. Por meio de uma gestão participativa, atenção integral e desenvolvimento profissional, buscamos alcançar melhores resultados em saúde e contribuir para o bem-estar da comunidade atendida.





ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

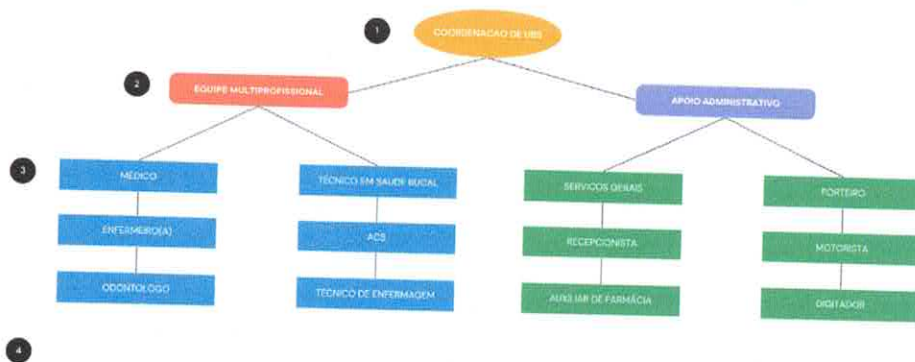


Figura 1 ORGANOGRAMA DA UNIDADE

FONTE: CRIAÇÃO PRÓPRIA

2. Protocolos, organização e fluxo interno das atividades assistenciais

2.1. Gestão Participativa e Transparência:

Realização de reuniões periódicas para discussão de metas, avaliação de desempenho e identificação de melhorias necessárias.

2.2. Gestão por Resultados e Qualidade:

Definição de indicadores de desempenho, tais como taxa de cobertura vacinal, tempo médio de espera, satisfação do usuário, entre outros, para monitorar a qualidade dos serviços prestados.

Implementação de um sistema de avaliação de satisfação do paciente, com coleta regular de feedbacks para identificar áreas de melhoria.

2.3. Capacitação e Desenvolvimento Profissional:

Elaboração de um plano de capacitação continuada para os profissionais de saúde, incluindo treinamentos em áreas como atendimento humanizado, manejo de doenças crônicas, atualizações em protocolos clínicos, entre outros.

Parcerias com instituições de ensino e centros de pesquisa para oferecer oportunidades de educação continuada e estágios supervisionados.

2.4. Ações Assistenciais:

2.4.1. Atenção Integral e Continuada:

Organização das equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde, entre outros, para oferecer uma abordagem integral à saúde.

Estabelecimento de fluxos de atendimento que garantam a continuidade do cuidado, incluindo acompanhamento de pacientes crônicos, consultas de retorno e encaminhamentos para serviços especializados quando necessário.

2.4.2. Ênfase na Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças:

Realização de campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças, abordando temas como alimentação saudável, atividade física, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Integração com a rede de atenção básica para oferecer serviços de planejamento familiar, vacinação, acompanhamento pré-natal e cuidados com a primeira infância.

2.4.3. Atendimento Humanizado e Acolhedor:

Capacitação da equipe de saúde em técnicas de comunicação e escuta ativa, visando garantir um atendimento acolhedor e livre de preconceitos.

Criação de espaços de espera confortáveis e acessíveis, com material educativo sobre saúde e orientações para os pacientes.



GESTÃO DE SERVIÇOS	Implantação e implementação do regimento interno da UNIDADE	Até 90 dias após a assinatura do contrato	Coordenação administrativa	Contínuo
	Realização das compras de medicamentos, insumos e correlatos	Até 30 dias após a assinatura do contrato	coordenação geral, administrativa e técnicas	Mensal
	Implantação e implementação do Sistema de gestão Hospitalar	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Monitoramento e avaliação da situação logística e infraestrutura física e tecnológica	No ato da assinatura do contrato	Coordenação administrativa	Contínuo
	Mapeamento dos processos de informatização da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenação administrativa	Contínuo
	Organização dos processos de trabalho de gestão administrativa com a incorporação de tecnologia de informação	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Organização e desenvolvimento da gestão orçamentária e financeira	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Implantação e implementação do manual de gestão hospitalar da UNIDADE	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral e coordenadores técnicos	Único
	Implantação e implementação do serviço de atendimento ao Usuário	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Publicação do relatório de atividades e cumprimento de metas	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coordenação geral, administrativa e técnicas	Mensal
	Elaboração do PGRSS	Até 90 dias após a assinatura do contrato	coordenadores técnicos	Único
	Alimentação dos sistemas oficiais do MINISTÉRIO DA SAÚDE	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Mensal
	Contratação das empresas de serviços terceirizadas	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Realização de inventários de insumos, bens e patrimônio	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Semestral
	Elaboração dos protocolos de manutenção de equipamentos e estrutura física da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa e NMG	Único

2.5. Articulação com os demais componentes da rede de atenção à saúde

No Sistema Único de Saúde (SUS), a articulação entre os diversos componentes da rede de atenção à saúde é essencial para garantir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde dos usuários. A rede de atenção à saúde é composta por diferentes pontos de atenção, como unidades básicas de saúde, hospitais, serviços de urgência e emergência, entre outros, e cada um desses pontos tem um papel específico na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.

A articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde pode ocorrer de diversas formas, como ações integradas entre serviços, troca de informações entre profissionais de saúde, compartilhamento de recursos e tecnologias, e estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência. Essa articulação é fundamental para garantir que

os usuários tenham acesso a todos os pontos de atenção necessários para o tratamento de sua condição de saúde, sem que haja lacunas na assistência.

Para que a articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde seja efetiva, é preciso que haja uma gestão adequada dos serviços de saúde, com definição clara das responsabilidades de cada ponto de atenção e mecanismos de coordenação e regulação das ações. Além disso, é importante que haja uma cultura de trabalho em equipe entre os profissionais de saúde, com comunicação clara e eficiente entre eles.

ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS				
	Integração da UNIDADE à rede municipal de saúde	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coodernadores técnicos	Mensal
	Mapeamento dos serviços de saúde disponíveis na rede municipal de saúde	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coodernadores técnicos	Único
	Realização de seminário de integração e avaliação da rede assistencial	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral e coordenadores técnicos	Trimestral
	Adesão e utilização do sistema de regulação determinado pela secretária de saúde municipal	Até 15 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Elaboração de relatórios de referência e contra-referência dos pacientes atendidos	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coodernadores técnicos	Contínuo

2.6. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNH) são exemplos de políticas públicas que buscam fortalecer a articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde no SUS. A PNAB, por exemplo, prevê a organização da atenção básica em redes de atenção à saúde, com definição de fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção. Já a PNH estabelece diretrizes para a organização da atenção hospitalar em redes regionais, com priorização do atendimento às urgências e emergências, ações de gestão do cuidado e integração com os demais pontos de atenção da rede.

O conteúdo apresentado está em conformidade com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a organização da rede de atenção à saúde.

3. Política de aquisição de medicamentos

3.1. Objetivo:

Garantir a aquisição de medicamentos de qualidade, com segurança e eficiência, para atender às necessidades da população usuária dos serviços de saúde da unidade básica.

3.2. Processo de Compra:

3.2.1 Realização de 03 Cotações:

Antes de efetuar a compra, serão solicitadas no mínimo três cotações de diferentes fornecedores para cada medicamento necessário.

As cotações serão analisadas levando em consideração não apenas o preço, mas também a qualidade dos produtos, prazos de entrega, condições de pagamento e histórico de relacionamento com o fornecedor.

3.2.2 Verificação da Regularidade Fiscal, Tributária e Trabalhista dos Fornecedores:

Antes de fechar o negócio, será realizada uma análise minuciosa da regularidade fiscal, tributária e trabalhista dos fornecedores cotados.

Serão verificados documentos como o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), certidões negativas de débitos junto à Receita Federal, comprovantes de regularidade perante o FGTS e a Previdência Social, entre outros.

3.2.3 Critério de Menor Preço:

Após a análise das cotações e da regularidade dos fornecedores, o critério de escolha prioritário será o menor preço, desde que estejam garantidas a qualidade e a regularidade dos produtos e dos fornecedores.

Caso haja diferenças mínimas entre os preços cotados, outros critérios, como prazos de entrega e condições de pagamento, poderão ser considerados na decisão final.

3.3.3. Monitoramento e Avaliação:

Após a aquisição dos medicamentos, será realizado um monitoramento constante da qualidade dos produtos fornecidos, dos prazos de entrega e das condições contratuais estabelecidas.

Serão realizadas avaliações periódicas do desempenho dos fornecedores, levando em consideração não apenas o preço, mas também a qualidade dos produtos e dos serviços prestados.

3.3.4. Auditoria e Transparência:

Todo o processo de aquisição de medicamentos estará sujeito a auditorias internas e externas, garantindo a transparência e a conformidade com as normas e regulamentos vigentes.

Serão mantidos registros detalhados de todas as etapas do processo de compra, incluindo as cotações recebidas, as análises realizadas, as decisões tomadas e os contratos firmados.

3.3.5. Revisão Periódica da Política:

Esta política de aquisição de medicamentos será revisada periodicamente para garantir sua eficácia e adequação às necessidades e às normativas vigentes.

Essa política de aquisição de medicamentos visa assegurar que os medicamentos adquiridos pela unidade básica de saúde sejam de qualidade, estejam em conformidade com as regulamentações legais e sejam obtidos pelo melhor custo-benefício possível.

4. Processo de Organização dos Serviços de Farmácia nas Unidades Básicas de Saúde

- **Identificação das Necessidades e Recursos Disponíveis:**

Avaliação das necessidades da comunidade atendida pela UBS em termos de serviços farmacêuticos.

Levantamento dos recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis para a implementação dos serviços de farmácia.

- **Planejamento e Estruturação:**

Elaboração de um plano de ação detalhado para a organização dos serviços de farmácia, considerando as demandas identificadas e os recursos disponíveis.

Definição da estrutura física da farmácia, incluindo layout, instalações e equipamentos necessários.

Estabelecimento de protocolos e procedimentos operacionais padrão (POPs) para todas as atividades farmacêuticas.

- **Contratação e Capacitação de Profissionais:**

Contratação de farmacêuticos e outros profissionais necessários para operar a farmácia da UBS.

Capacitação dos profissionais em boas práticas de farmácia, atendimento ao público, dispensação de medicamentos, orientações sobre uso correto de medicamentos, entre outros temas relevantes.

- **Aquisição e Controle de Estoque:**

Aquisição de medicamentos, insumos e materiais necessários para a farmácia, garantindo a qualidade e a regularidade do abastecimento.

Implementação de sistemas de controle de estoque para monitorar o fluxo de entrada e saída de medicamentos, evitar desperdícios e garantir o abastecimento adequado.

- **Atendimento Farmacêutico e Dispensação de Medicamentos:**

Estabelecimento de um sistema de atendimento farmacêutico que inclua orientações sobre uso correto de medicamentos, interações medicamentosas, efeitos colaterais e medidas de cuidado.

Realização da dispensação de medicamentos de forma segura e eficiente, seguindo os protocolos estabelecidos e garantindo a rastreabilidade dos produtos.

- **Monitoramento e Avaliação:**

Implementação de um sistema de monitoramento para acompanhar a eficácia e a eficiência dos serviços de farmácia.

Realização de avaliações periódicas para identificar pontos fortes e áreas de melhoria, visando aprimorar continuamente os serviços prestados.

- **Educação em Saúde e Promoção do Uso Racional de Medicamentos:**

Desenvolvimento de atividades educativas para a comunidade sobre o uso racional de medicamentos, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Promoção de campanhas de conscientização sobre temas relacionados à farmacoterapia, incentivando o uso adequado e seguro de medicamentos.

- **Integração com a Rede de Saúde:**

Estabelecimento de mecanismos de integração e comunicação com outros serviços de saúde, como unidades de pronto atendimento, hospitais e centros de referência, para garantir uma assistência farmacêutica integrada e coordenada.

Este processo fornece uma estrutura abrangente para a organização e operação dos serviços de farmácia em unidades básicas de saúde, visando garantir o acesso equitativo a medicamentos essenciais, a promoção do uso racional de medicamentos e a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica oferecida à população.

5. Protocolos e Organização das Atividades de Apoio

5.1 Serviços Administrativos:

Responsável pela gestão documental, agendamento de consultas, atendimento telefônico e outras atividades administrativas.

Protocolo para recebimento, triagem e encaminhamento de documentos.

Sistema de agendamento de consultas e procedimentos, garantindo a eficiência no atendimento aos pacientes.

Procedimentos para registro e arquivamento de documentos conforme as normas e regulamentações vigentes.

5.1.1 Almoxarifado:

Responsável pelo recebimento, armazenamento e distribuição de materiais e insumos utilizados na UBS.

Protocolo para controle de estoque, incluindo registro de entrada e saída de materiais, controle de validade e condições de armazenamento.

Procedimentos para realização de inventários periódicos e reposição de estoque conforme necessidade.

5.1.2 Limpeza:

Responsável pela limpeza e higienização das instalações da UBS, incluindo salas de consulta, banheiros, áreas comuns e ambientes externos.

Protocolo de limpeza com definição de frequência, métodos e produtos adequados para cada tipo de superfície.

Procedimentos para descarte correto de resíduos sólidos e manutenção da higiene ambiental.

5.1.3 Apoio Logístico:

Responsável pela logística interna da UBS, incluindo recebimento de equipamentos e materiais, transporte interno, organização de espaços e apoio em eventos e campanhas de saúde.

Protocolo para solicitação e agendamento de serviços de manutenção predial e reparos.

Procedimentos para garantir a disponibilidade de recursos logísticos necessários para o funcionamento adequado da UBS.

5.1.4 Portaria:

Responsável pelo controle de acesso de pessoas e veículos à UBS, recebimento e encaminhamento de visitantes e prestadores de serviços.

Protocolo de segurança para identificação e registro de entrada e saída de pessoas e veículos.

Procedimentos para atendimento de emergências e acionamento de autoridades competentes, quando necessário.

5.1.5 Recepção:

Responsável pelo acolhimento e orientação dos pacientes, cadastro e atualização de dados cadastrais, emissão de documentos e encaminhamento para os serviços de saúde.

Protocolo para triagem inicial dos pacientes, priorização de atendimento e encaminhamento para as áreas específicas da UBS.

Procedimentos para garantir o conforto e a privacidade dos pacientes durante o atendimento na recepção.

Esses protocolos e organizações garantem o funcionamento eficiente e organizado das atividades de apoio em uma Unidade Básica de Saúde, contribuindo para a qualidade do atendimento prestado à comunidade e para o bom desempenho das equipes de saúde.

5.2 Protocolo de Atendimento ao Paciente:

Fluxo:

Recebimento do paciente na recepção.

Triagem inicial para identificar a gravidade do caso.

Encaminhamento para a consulta médica, enfermagem ou outro profissional de saúde, conforme a necessidade.

Realização do atendimento conforme protocolos clínicos estabelecidos.

Orientação ao paciente sobre procedimentos, medicamentos e cuidados a serem seguidos.

Agendamento de consultas de retorno, exames ou encaminhamentos para outras unidades de saúde, se necessário.

5.3 Obrigações e Responsabilidades:

Recepcionista: Receber o paciente, realizar a triagem inicial e encaminhá-lo conforme a gravidade do caso.

Profissionais de saúde: Realizar o atendimento conforme a especialidade e os protocolos clínicos estabelecidos, orientando o paciente adequadamente.

Administrativo: Garantir o agendamento correto das consultas e o registro adequado das informações nos sistemas de gestão.

5.4 Protocolo de Administração de Medicamentos:

Fluxo:

Recebimento e conferência dos medicamentos no almoxarifado.

Registro do recebimento e controle de estoque.





Solicitação de medicamentos conforme a demanda das consultas e prescrições médicas.

Preparo e dispensação dos medicamentos de acordo com as prescrições médicas.

Orientação ao paciente sobre posologia, forma correta de administração e possíveis efeitos colaterais.

Registro da dispensação nos prontuários eletrônicos ou sistemas de gestão.

5.5 Obrigações e Responsabilidades:

Farmacêutico: Realizar o controle de estoque, preparo e dispensação dos medicamentos, além de orientar os pacientes sobre o uso adequado.

Enfermeiros e técnicos de enfermagem: Auxiliar na administração de medicamentos conforme prescrição médica e orientar os pacientes sobre os cuidados necessários.

Almoxarife: Receber, armazenar e controlar o estoque de medicamentos de forma adequada, garantindo a disponibilidade dos produtos conforme a demanda.

5.6 Protocolo de Limpeza e Higienização:

Fluxo:

Planejamento e distribuição das atividades de limpeza entre a equipe.

Realização da limpeza e desinfecção de todas as áreas da UBS, seguindo os procedimentos e cronogramas estabelecidos.

Descarte adequado de resíduos sólidos e materiais contaminados.

Monitoramento da qualidade da limpeza e avaliação periódica dos processos.

5.7 Obrigações e Responsabilidades:

Equipe de limpeza: Realizar as atividades de limpeza e higienização conforme os protocolos estabelecidos, garantindo a manutenção de um ambiente seguro e saudável.

Gestores: Monitorar e supervisionar a execução das atividades de limpeza, garantindo a conformidade com os padrões de qualidade e segurança.





Esses protocolos com fluxos, obrigações e responsabilidades são fundamentais para garantir o funcionamento eficiente e seguro da UBS, proporcionando um atendimento de qualidade aos pacientes e promovendo o bem-estar da comunidade atendida.

6. Protocolos e Organização das Atividades Administrativas Financeiras da UBS

Controle Orçamentário:

Fluxo:

Elaboração do orçamento anual da UBS, considerando as despesas previstas com pessoal, materiais, serviços e investimentos.

Monitoramento mensal das receitas e despesas, comparando com o orçamento previsto.

Análise de desvios e elaboração de planos de ação corretivos, se necessário.

Relatório periódico de prestação de contas para os órgãos competentes.

Obrigações e Responsabilidades:

Gestor financeiro: Elaborar e monitorar o orçamento, garantindo a adequada alocação dos recursos.

Equipe administrativa: Registrar e controlar as receitas e despesas, fornecendo informações precisas para o controle financeiro.

Gestão de Compras e Contratações:

Fluxo:

Identificação das necessidades de compras e contratações da UBS.

Realização de cotações de preços e análise de fornecedores.

Formalização de contratos e pedidos de compra.

Recebimento e conferência dos materiais e serviços adquiridos.

Registro e controle dos pagamentos realizados.



Obrigações e Responsabilidades:

Setor de compras: Realizar cotações, análise de fornecedores e formalização de contratos.

Gestor de contratos: Monitorar o cumprimento dos contratos firmados e garantir a qualidade dos serviços prestados.

Equipe administrativa: Registrar e controlar as compras e pagamentos efetuados, assegurando a conformidade com os procedimentos estabelecidos.

Gestão de Recursos Humanos:

Fluxo:

Registro e controle da frequência dos colaboradores.

Processo de admissão e demissão de funcionários, incluindo documentação e formalização de contratos.

Gestão de benefícios e folha de pagamento.

Capacitação e desenvolvimento dos colaboradores.

Avaliação de desempenho e feedbacks regulares.

Obrigações e Responsabilidades:

Setor de recursos humanos: Gerir os processos de admissão, demissão, folha de pagamento e benefícios dos colaboradores.

Gestores de equipe: Supervisionar o desempenho dos colaboradores, fornecer suporte e feedbacks para o desenvolvimento profissional.

Gestão de Patrimônio e Infraestrutura:

Fluxo:

Inventário e registro dos bens patrimoniais da UBS.

Manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos.

Controle de acesso e segurança das dependências da UBS.

Gerenciamento de contratos de manutenção e prestação de serviços.



Obrigações e Responsabilidades:

Setor de patrimônio: Realizar o inventário e controle dos bens patrimoniais, além de coordenar os serviços de manutenção e segurança.

Equipe de manutenção: Executar os serviços de manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos, garantindo a segurança e funcionalidade dos ambientes.

Esses protocolos e organização das atividades administrativas financeiras são essenciais para o bom funcionamento da UBS, garantindo o uso eficiente dos recursos disponíveis e a prestação de serviços de qualidade à comunidade atendida, ressaltando que as atividades administrativas e financeiras ficam centralizadas no escritório central do instituto.



C3. PROPOSTAS VOLTADAS PARA A QUALIDADE

1. Monitoramento de indicadores de desempenho, de qualidade, de produtividade dentre outros.

Indicadores de Desempenho, Qualidade e Produtividade para ações da UBS:

Indicadores de Desempenho:

Número de consultas médicas realizadas por dia/semana/mês.

Tempo médio de espera para atendimento na recepção.

Taxa de ocupação das agendas dos profissionais de saúde.

Percentual de ausências em consultas agendadas.

Taxa de resolutividade dos casos atendidos na UBS.

Tempo médio de espera para agendamento de consultas de retorno.

Taxa de satisfação dos pacientes com o atendimento recebido.

Indicadores de Qualidade:

Taxa de cobertura vacinal na população-alvo.

Percentual de casos de doenças crônicas com plano de cuidados estabelecido.

Nível de adesão ao tratamento medicamentoso entre os pacientes acompanhados.

Taxa de complicações evitáveis relacionadas à assistência prestada.

Percentual de procedimentos realizados de acordo com protocolos clínicos estabelecidos.

Número de eventos adversos relacionados à assistência em saúde.

Indicadores de Produtividade:

Número de procedimentos de enfermagem realizados por profissional por dia/semana/mês.

Índice de utilização dos recursos disponíveis, como equipamentos e materiais.



Percentual de pacientes atendidos que foram encaminhados para outros níveis de atenção à saúde.

Eficiência no uso dos recursos financeiros, como percentual de gastos em relação ao orçamento disponível.

Número de atividades educativas realizadas para a comunidade por período de tempo.

Esses indicadores permitem monitorar o desempenho, a qualidade e a produtividade das ações realizadas na UBS, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e o alcance de resultados satisfatórios na prestação de serviços de saúde à população.

Planilha para monitoramento e acompanhamento dos indicadores sugeridos para uma Unidade Básica de Saúde (UBS):

INDICADORES	Período de Monitoramento	Meta	Resultado Atual	Variação	Situação
Indicadores de Desempenho					
Número de consultas médicas realizadas	Mensal				
Tempo médio de espera na recepção	Semanal				
Taxa de ocupação das agendas	Mensal				
Percentual de ausências em consultas agendadas	Mensal				
Indicadores de Qualidade					
Taxa de cobertura vacinal na população alvo	Trimestral				
Percentual de casos de doenças crônicas com plano de cuidados	Mensal				
Nível de adesão ao tratamento medicamentoso	Mensal				
Indicadores de Produtividade					
Número de procedimentos de enfermagem realizados	Semanal				
Taxa de ocupação dos leitos de observação	Mensal				
Eficiência no uso dos recursos financeiros	Mensal				
Observações:					
[Inserir observações relevantes ou comentários sobre os resultados]					

Nesta planilha, os indicadores estão listados juntamente com o período de monitoramento, a meta estabelecida, o resultado atual, a variação em relação à meta e uma avaliação da situação (por exemplo, atingido, parcialmente atingido, não atingido). Também há espaço para observações adicionais sobre os resultados obtidos. Esta planilha pode ser atualizada periodicamente para acompanhar o desempenho da UBS e orientar as ações de melhoria necessárias.



2. Sistemática de aplicação de ações corretivas

A sistemática de aplicação de ações corretivas para os indicadores apresentados na planilha pode seguir os seguintes passos:

Análise dos Resultados: Revisão dos indicadores monitorados e comparação dos resultados obtidos com as metas estabelecidas. Identificação de áreas onde os resultados não atenderam às expectativas ou onde houve variações significativas em relação às metas.

Identificação de Causas Raiz: Realização de análise mais aprofundada para identificar as causas raiz dos problemas identificados. Isso pode envolver entrevistas com a equipe, revisão de processos, análise de dados históricos e outros métodos de investigação.

Definição de Ações Corretivas: Com base na identificação das causas raiz, elaboração de um plano de ação contendo medidas corretivas específicas e detalhadas. Cada ação deve ser claramente definida, atribuindo responsabilidades, prazos e recursos necessários para sua implementação.

Implementação das Ações Corretivas: Execução das medidas corretivas conforme o plano estabelecido. Isso pode envolver treinamento da equipe, revisão de procedimentos, investimento em recursos adicionais, entre outras ações necessárias para corrigir as deficiências identificadas.

Monitoramento e Acompanhamento: Acompanhamento constante da implementação das ações corretivas, monitorando o progresso e verificando se as medidas estão sendo eficazes na melhoria dos indicadores. Caso necessário, ajustes no plano de ação podem ser feitos para garantir o alcance dos resultados desejados.

Avaliação de Resultados: Avaliação periódica dos resultados obtidos após a implementação das ações corretivas. Comparação dos novos resultados com os anteriores para verificar se houve melhoria significativa nos indicadores monitorados.





Padronização e Documentação: Documentação de todas as etapas do processo, incluindo as causas identificadas, as ações corretivas implementadas e os resultados alcançados. Isso permite a padronização dos processos e facilita a análise de tendências ao longo do tempo.

Feedback e Comunicação: Compartilhamento dos resultados obtidos e das lições aprendidas com toda a equipe envolvida. Feedbacks construtivos podem ser fornecidos para reconhecer os esforços realizados e identificar oportunidades de melhoria contínua.

Essa sistemática de aplicação de ações corretivas é essencial para garantir a eficácia do processo de melhoria contínua na UBS, contribuindo para o alcance dos objetivos estabelecidos e para a entrega de serviços de saúde de qualidade à comunidade atendida.

3. Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação

- **Serviço de atendimento ao usuário**

A implantação de um serviço humanizado de atendimento ao usuário é fundamental para garantir uma assistência em saúde de qualidade, que atenda às necessidades e expectativas da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia do Ministério da Saúde para transformar a cultura dos serviços de saúde, tornando-os mais acolhedores, humanizados e eficientes. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a PNH busca garantir um atendimento mais humanizado aos usuários, considerando suas necessidades e demandas de forma integral e respeitando sua autonomia e dignidade.

A humanização na APS parte do pressuposto de que o cuidado em saúde não se restringe apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças, mas também à promoção da saúde e ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e comunidades. Nesse sentido, a humanização busca superar a fragmentação do cuidado em saúde, estabelecendo um modelo de atenção mais integrado e centrado nas necessidades do paciente.

Para isso, a PNH propõe algumas diretrizes que devem orientar a prática dos profissionais de saúde na APS. A primeira delas é o acolhimento, que consiste em receber o paciente de forma acolhedora, escutando suas demandas e necessidades e estabelecendo uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. O acolhimento é



fundamental para garantir um atendimento humanizado e para a construção de um vínculo de confiança entre o paciente e o profissional.

Outra diretriz importante da PNH é a integralidade do cuidado, que busca garantir que o paciente seja atendido de forma integral e que suas necessidades sejam consideradas em sua totalidade. Isso significa que o profissional de saúde deve considerar não apenas a doença do paciente, mas também suas condições sociais, culturais e emocionais, promovendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Além disso, a PNH defende a autonomia do paciente, que deve ser respeitado em suas decisões e ter sua participação garantida no processo de cuidado em saúde. Isso implica em estabelecer uma relação de diálogo e parceria entre o paciente e o profissional de saúde, onde ambos trabalham juntos para garantir o melhor cuidado possível.

Por fim, a PNH defende a participação e o protagonismo dos trabalhadores da saúde na construção de um modelo de atenção mais humanizado e eficiente. Isso significa que os profissionais de saúde devem ter voz ativa na gestão dos serviços de saúde, participando de processos de planejamento, avaliação e tomada de decisão.

Em resumo, a política de humanização na APS busca transformar a cultura dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais humanizado e eficiente aos usuários. Para isso, propõe diretrizes como o acolhimento, a integralidade do cuidado, a autonomia do paciente e a participação e protagonismo dos trabalhadores da saúde. A humanização na APS é fundamental para garantir um cuidado mais integral, eficiente e respeitoso aos usuários, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a humanização no atendimento em saúde, valorizando o usuário e os profissionais envolvidos no processo de atenção à saúde. A PNH busca, assim, transformar as práticas de saúde em práticas mais acolhedoras, efetivas e resolutivas.

A humanização na saúde é entendida como uma forma de cuidado que coloca o usuário no centro do processo de atenção, respeitando suas necessidades e singularidades. Isso implica em mudanças na forma como o serviço de saúde é organizado e gerenciado,

na forma como os profissionais se relacionam com os usuários e entre si, na forma como os processos de trabalho são planejados e executados, entre outros aspectos.

A PNH se baseia em três eixos fundamentais: acolhimento, vínculo e autonomia. O acolhimento é entendido como uma forma de receber o usuário de forma respeitosa e atenciosa, garantindo que suas necessidades sejam identificadas e que ele se sinta acolhido e seguro no serviço de saúde. O vínculo se refere à relação estabelecida entre o usuário e os profissionais de saúde, baseada em confiança, respeito e diálogo. Já a autonomia se relaciona à valorização da capacidade do usuário de tomar suas próprias decisões em relação ao seu cuidado, respeitando suas escolhas e preferências.

Entre as principais diretrizes da PNH estão a valorização do trabalho em equipe, a promoção da educação permanente em saúde, o estímulo à participação dos usuários no processo de atenção, a melhoria da comunicação entre profissionais e usuários, a humanização dos espaços físicos e a promoção da saúde como um direito humano.

A implantação da PNH requer o comprometimento de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, desde a gestão até os profissionais e usuários. É um processo contínuo e dinâmico, que exige mudanças nas práticas de saúde, nas relações interpessoais e na cultura organizacional. A humanização no atendimento em saúde é um desafio, mas é também uma oportunidade de transformar a forma como as pessoas são cuidadas e valorizadas em sua saúde e bem-estar.

Para isso, propomos a seguinte estratégia de implantação:

- **Diagnóstico situacional:** Realização de um diagnóstico situacional para identificar as principais demandas e necessidades da população em relação ao atendimento em saúde. Esse diagnóstico pode ser feito por meio de pesquisa de satisfação, análise de dados de saúde, grupos focais com usuários, entre outras estratégias.
- **Capacitação dos profissionais:** Capacitação dos profissionais de saúde que atuarão no serviço, com ênfase na humanização do atendimento e na abordagem centrada no usuário. Essa capacitação deve contemplar aspectos técnicos, científicos, éticos e relacionais, visando à promoção de uma assistência mais acolhedora e humanizada.



- **Infraestrutura adequada:** Adequação da infraestrutura do serviço, com a criação de espaços físicos acolhedores, confortáveis e adaptados às necessidades dos usuários, como salas de espera com cadeiras confortáveis, sanitários limpos e acessíveis, entre outros.
- **Comunicação clara e acessível:** Garantia de uma comunicação clara, acessível e respeitosa com o usuário, por meio de uma linguagem adequada e compreensível, que leve em conta as diferentes necessidades dos usuários, como linguagem de sinais, material informativo em Braille, entre outros.
- **Participação do usuário:** Estimulação da participação ativa do usuário no processo de atendimento em saúde, por meio da promoção do diálogo, do respeito às escolhas e preferências do usuário e da valorização da sua autonomia e da sua singularidade.
- **Avaliação contínua:** Implantação de um sistema de avaliação contínua do serviço, com a realização de pesquisas de satisfação, monitoramento de indicadores de qualidade e realização de reuniões periódicas com os profissionais e usuários do serviço, visando à melhoria contínua do atendimento.

A implantação de um serviço humanizado de atendimento ao usuário requer um compromisso institucional de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, desde a gestão até os profissionais e usuários. É um processo contínuo e dinâmico, que requer um esforço conjunto e permanente para garantir uma assistência em saúde mais acolhedora, respeitosa e efetiva.

Pesquisa de satisfação dos usuários

A pesquisa de satisfação dos usuários emerge como um instrumento gerencial e de planejamento de suma importância. Originou-se da necessidade de compreender o grau de contentamento dos usuários não apenas com o funcionamento da instituição, mas também com a qualidade do atendimento prestado pelos diversos setores.

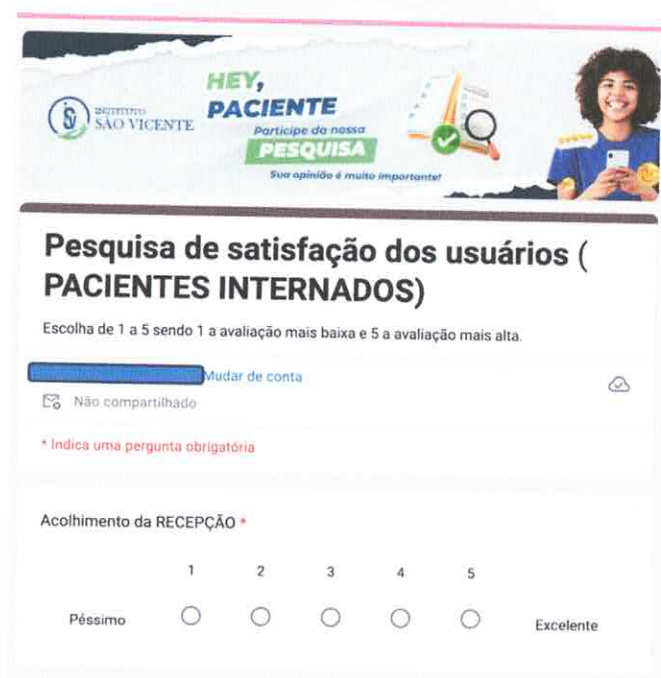
Além disso, estabelece um canal de comunicação direta com os usuários, registrando suas inúmeras sugestões de aprimoramento, que se integram ou podem vir a integrar as demandas possíveis de serem atendidas. Serve ainda como base para análises comparativas dos resultados, visando a manutenção e o aprimoramento contínuo do excelente nível de qualidade dos serviços.

Os aspectos considerados na avaliação da satisfação dos usuários incluem:

- Disposição para ajudar e fornecer um serviço ágil.
- Proteção contra riscos, perigos ou ações duvidosas.
- Esforço para compreender as necessidades reais dos clientes.

Conforme as prioridades e recomendações dos usuários que participaram da pesquisa, as proposições serão atendidas na medida do possível, levando em conta o número e a relevância dos comentários e sugestões.

As informações serão consolidadas mensalmente em relatórios, garantindo uma comunicação integral aos dirigentes. Isso possibilita uma avaliação contínua do nível de qualidade do serviço, com o objetivo permanente de buscar a excelência no atendimento.



Modelo de pesquisa

4. Proposta de educação permanente para os profissionais

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004, com o objetivo de orientar a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde em todo o país. A PNEPS é uma política transversal que se articula com outras políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à melhoria da qualidade da assistência em saúde prestada à população.



A PNEPS busca promover a integração entre os processos de trabalho, gestão, educação e saúde, visando à construção de redes de atenção à saúde mais efetivas e eficientes. Essa política se baseia em três pilares fundamentais:

Trabalho em equipe: A PNEPS estimula a formação de equipes multidisciplinares e interprofissionais, que atuem de forma integrada e coordenada na atenção à saúde. A colaboração entre os diferentes profissionais de saúde é fundamental para a promoção de uma assistência integral e humanizada.

Educação permanente: A PNEPS reconhece a educação permanente como um processo contínuo e dinâmico de formação e desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e políticas dos profissionais de saúde. A formação continuada é essencial para atualização dos conhecimentos, práticas e tecnologias, visando a melhoria da qualidade da assistência em saúde prestada à população.

Gestão participativa: A PNEPS propõe uma gestão participativa, com a participação ativa dos profissionais de saúde e da comunidade nas decisões e ações relacionadas à saúde. A gestão participativa visa à melhoria da qualidade da assistência em saúde e ao fortalecimento da democracia participativa.

A implementação da PNEPS depende da articulação entre gestores, profissionais de saúde, instituições formadoras, entidades representativas dos trabalhadores e usuários do SUS. A PNEPS se baseia em diretrizes, objetivos e metas que devem ser aplicados em todos os níveis de gestão do SUS.

A PNEPS tem como principais desafios a articulação com outras políticas do SUS, a promoção da cultura da educação permanente em saúde, a superação de resistências institucionais, a formação de equipes multidisciplinares e interprofissionais, e a incorporação da gestão participativa na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Em síntese, a PNEPS é uma política estratégica para a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer o SUS e melhorar a qualidade da assistência prestada à população. A implementação da PNEPS requer um esforço conjunto e contínuo de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde.

A educação permanente é um processo de formação contínua que visa aprimorar as competências técnicas, científicas e éticas dos profissionais de saúde, visando a melhoria



da qualidade da assistência prestada à população. Uma proposta de educação permanente para os profissionais de saúde deve considerar as necessidades e demandas locais, bem como os desafios e oportunidades oferecidos pelo contexto socioeconômico e cultural.

A seguir, apresento uma proposta de educação permanente para os profissionais de saúde:

- **Identificação das necessidades de formação:** O primeiro passo é identificar as necessidades de formação dos profissionais de saúde, por meio de uma análise das demandas locais e das competências exigidas para o exercício das atividades. Essa identificação pode ser realizada por meio de pesquisas, entrevistas, grupos focais, entre outras estratégias.
- **Definição dos objetivos e conteúdos:** Com base nas necessidades identificadas, é possível definir os objetivos e conteúdos da formação continuada. Os objetivos devem ser claros, mensuráveis e alinhados com as políticas e diretrizes do SUS. Os conteúdos devem ser atualizados, relevantes e baseados em evidências científicas.
- **Seleção de metodologias:** A seleção das metodologias de ensino-aprendizagem é fundamental para o sucesso da formação continuada. As metodologias devem ser variadas, participativas e adequadas às características dos profissionais de saúde e dos conteúdos a serem abordados. Podem ser utilizadas palestras, debates, estudos de caso, simulações, entre outras estratégias.
- **Implementação do programa de formação:** A implementação do programa de formação continuada deve ser planejada e organizada de forma cuidadosa, levando em consideração as necessidades e disponibilidades dos profissionais de saúde. É importante que haja apoio institucional e recursos financeiros adequados para a realização das atividades de formação.
- **Avaliação do programa:** A avaliação do programa de formação continuada é fundamental para o seu aprimoramento e adequação às necessidades dos profissionais de saúde e da população. Devem ser avaliados os resultados alcançados, a satisfação dos profissionais de saúde, a efetividade das metodologias utilizadas e os impactos na qualidade da assistência prestada.



- Monitoramento e manutenção do programa: O programa de formação continuada deve ser monitorado e mantido ao longo do tempo, com atualizações e adaptações conforme as necessidades e demandas locais. É importante que haja um comprometimento institucional com a continuidade e a sustentabilidade do programa de formação continuada.

Essa é uma proposta básica de educação permanente para os profissionais de saúde, que pode ser adaptada de acordo com as especificidades e necessidades de cada contexto local. É fundamental que a formação continuada seja vista como um investimento na qualidade da assistência prestada e na valorização dos profissionais de saúde, visando a melhoria da saúde da população.

5. Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos e seu plano de manejo de resíduos sólidos

O PGRSS é um conjunto de procedimentos de gestão que objetiva o correto gerenciamento dos resíduos produzidos nas Unidades gerenciadas. A responsabilidade pela sua elaboração é dos geradores de resíduos, ou seja, do serviço. Deve seguir rigorosamente as legislações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA.

Os procedimentos contidos no PGRSS devem ser planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Este Plano deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos resíduos sólidos.

Na elaboração do PGRSS é fundamental realizar uma análise quali e quantitativa de cada resíduo gerado e organizar sua forma correta de manuseio, da geração até o seu descarte, seguindo a legislação de acordo com o tipo de resíduo gerado.

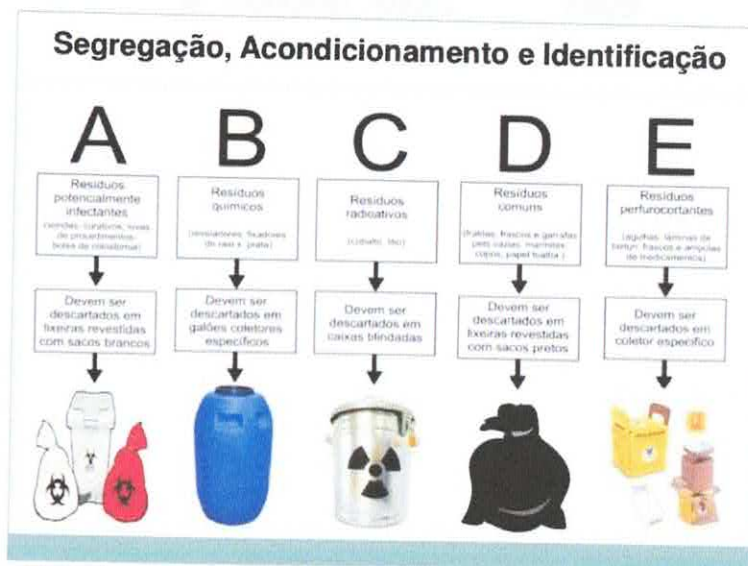


O PGRSS é específico, direcionado, integrado e continuado, não sendo apenas um documento passivo. Diante disto, o ISV irá revisar e atualizar PGRSS já existentes em unidades geridas pela OS, adequando-o à realidade da unidade e, para tanto, será montada uma Comissão de Controle e Descarte de Lixo - PGRSS com representantes da enfermagem, médico e da farmácia.

Ao iniciar os atendimentos, tendo em vista que as Unidades já estarão produzindo resíduos e que, portanto, necessita de segregação, acondicionamento e identificação específicos de modo a não colocar em risco a segurança dos profissionais, dos serviços e da comunidade, será adotado, até a conclusão da implantação do PGRSS, o fluxo unidirectional para os resíduos de saúde apresentado na Figura 10.

O PGRSS elaborado será submetido à avaliação da Vigilância Sanitária para aprovação e, em seguida, será implantado, com previsão de término da implantação até o segundo mês após a assinatura do contrato.

Fluxo Inicial para Resíduos de Saúde até o PGRSS



Fonte: <http://licenciadorambiental.com.br/plano-de-gerenciamento-de-residuos-de-servicos-de-saude-pgrss/>

Para o recolhimento dos resíduos produzidos o ISV contratará uma empresa especializada que atende todas as exigências sanitárias e da lei tanto para o recolhimento, como para o descarte.



Junto com o PGRSS, serão apresentados também o Plano de Controles de Pragas e Vetores – PCPV, contendo o cronograma de ações, o responsável técnico e a empresa responsável pelo serviço, esta atendendo todas as exigências sanitárias e da lei, e o Cronograma de Lavagem dos Tanques, com a empresa responsável pelo serviço e as ações a serem adotadas pelas Unidades para não suspender o atendimento.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 33
07.609.365/0001-67

7. Programa de Qualidade para a Unidade Básica de Saúde (UBS)

1. Alcance:

O programa de qualidade visa melhorar os processos e resultados da UBS, garantindo a prestação de serviços de saúde eficientes, seguros e de qualidade para a comunidade atendida. Ele abrangerá todas as áreas e atividades da UBS, incluindo atendimento ao paciente, gestão de recursos humanos, gestão de suprimentos, gestão financeira, entre outros.

2. Metodologia:

O programa será baseado na metodologia PDCA (Plan-Do-Check-Act), um ciclo de melhoria contínua composto pelas seguintes etapas:

Planejamento (Plan): Identificação de oportunidades de melhoria, estabelecimento de metas e planos de ação.

Execução (Do): Implementação das ações planejadas.

Verificação (Check): Monitoramento e avaliação dos resultados obtidos em relação às metas estabelecidas.

Ação (Act): Tomada de medidas corretivas e ajustes para garantir a melhoria contínua.

3. Plano Organizacional Específico:

Planejamento:

Realizar uma análise detalhada da situação atual da UBS, identificando pontos fortes, oportunidades de melhoria e desafios.

Estabelecer metas SMART (Específicas, Mensuráveis, Atingíveis, Relevantes e Temporais) para cada área de atuação.

Desenvolver planos de ação detalhados para alcançar as metas estabelecidas, atribuindo responsabilidades, prazos e recursos necessários.

Execução:

Implementar os planos de ação conforme o cronograma estabelecido, garantindo o envolvimento e o comprometimento de toda a equipe.

Realizar treinamentos e capacitações para os colaboradores, visando melhorar competências e habilidades necessárias para a execução das ações planejadas.

Verificação:

Monitorar regularmente o progresso das ações implementadas, utilizando os indicadores de desempenho previamente definidos.

Realizar avaliações periódicas para verificar se as metas estão sendo alcançadas e se as ações estão gerando os resultados esperados.

Ação:

Tomar medidas corretivas sempre que necessário, com base nas informações obtidas durante o processo de verificação.

Realizar ajustes nos planos de ação e nas metas, conforme a evolução do programa e as mudanças no ambiente externo.

4. Cronograma de Implantação:

O programa será implantado ao longo de um período de 12 meses, com as seguintes etapas:

Mês 1-2: Planejamento e análise situacional.

Mês 3-6: Implementação das ações prioritárias.

Mês 7-10: Monitoramento e avaliação dos resultados.

Mês 11-12: Ajustes finais e consolidação do programa.

5. Orçamento Previsto:

O orçamento previsto para o programa de qualidade incluirá os seguintes itens:

Recursos humanos: Capacitação da equipe, contratação de consultoria especializada, se necessário.



Recursos materiais: Despesas com materiais de escritório, equipamentos de medição e monitoramento, software de gestão de qualidade.

Outros custos: Despesas operacionais, como deslocamento e alimentação durante treinamentos e reuniões.

6. Monitoramento e Avaliação:

O programa será constantemente monitorado e avaliado para garantir sua eficácia e adequação aos objetivos estabelecidos. Serão realizadas reuniões periódicas para revisão do progresso, identificação de problemas e tomada de decisões para garantir o sucesso do programa.

Este programa de qualidade visa promover a melhoria contínua dos serviços de saúde prestados pela UBS, contribuindo para o bem-estar e a satisfação da comunidade atendida.

8. Proposta de implantação das comissões obrigatórias

Serão implantadas na UNIDADE 07 (sete) Comissões (Comissão de revisão de prontuário clínico, revisão de óbitos, ética médica e de enfermagem, CCIH, Comissão de farmácia e terapêutica, CIPA) que se reunirão de acordo com cronograma pré-estabelecido e/ou de acordo a necessidade. Segue abaixo a lista com as devidas comissões e especificações:

De acordo com as diretrizes estabelecidas no Edital, em conformidade com a legislação pertinente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e alinhadas com os padrões de qualidade do serviço, serão instituídas as seguintes Comissões:

1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA;
2. Comissão de Ética Médica;
3. Comissão de Ética de Enfermagem;
4. Comissão de Revisão de Prontuário;
5. Comissão de Análise de Óbitos;
6. Comissão de Farmácia e Terapêutica;

7. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Todas as Comissões estarão implantadas no primeiro semestre do contrato, iniciando pela implantação das Comissões de Revisão de Prontuários, de Análise de Óbitos e de Controle de Infecção hospitalar.

Cada Comissão será regida por regimento próprio cuja as minutas estão anexadas a esta proposta e se reportará às direção geral e Técnica.

As reuniões ocorrerão, preferencialmente, de forma mensal seguindo o calendário estipulado na implantação da comissão, e, quando necessário, serão solicitadas reuniões extraordinárias. As reuniões serão registradas através de Ata e os resultados dos trabalhos oriundos da comissão serão apresentados através de relatório.

- **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA**

Membros Componentes: formada por representantes do empregador e dos funcionários. A quantidade de membros da CIPA é determinada através do dimensionamento previsto na NR 5 (Norma Regulamentadora 5).

Finalidade: observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta comissão:

Identificação os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

Elaboração plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

Participação da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

Realização, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

Realização, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

Divulgação aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

Participação, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

Colaboração no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

Divulgação e promoção do cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

Participação, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

Requerer ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

Requerer à empresa as cópias das CAT emitidas;

Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

Participação, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

- **Comissão de Ética Médica**

Membros Componentes: será composta por 04 membros eleitos (titulares e suplentes) conforme determinação do CFM, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do Hospital, conforme previsto no Regimento Interno e inscritos na condição de médico em situação regular perante o Conselho de Medicina.

Finalidade: analisar os problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos no Hospital, bem como abrir discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

Frequência das Reuniões: Mensal (última sexta-feira do mês ou de acordo com a disponibilidade dos profissionais na última semana do mês)

São atividades anuais desta Comissão:

Orientação e fiscalização do desempenho ético da profissão médica dentro da instituição;

Atuação no controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Colaboração com o CRM divulgando resoluções, normas e pareceres;

Assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Indicador de acompanhamento: Nº de Relatórios das Atividades Desenvolvidas no Hospital encaminhados ao Conselho Regional de Medicina.

- **Comissão de Ética de Enfermagem**

Membros Componentes: 06 membros eleitos (titulares e suplentes) conforme determinação do COREN, devendo ser enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõem o quadro do Hospital e que estiverem com suas obrigações com o COREN devidamente regularizadas.

Finalidade: tem função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

Frequência das Reuniões: Mensal (última quarta-feira do mês)



São atividades anuais desta Comissão:

Fortalecer o componente ético na prática da enfermagem;

Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

Promover e participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN;

Realizar a necessária orientação à equipe de enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;

Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;

Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de enfermagem, sempre que necessário;

Fiscalizar o exercício ético da profissão;

Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;

Fiscalizar a qualidade do cuidado dispensado a clientela pelos profissionais da enfermagem;

Averiguar as denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;

Notificar ao COREN as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;

Zelar pelo bom andamento do exercício ético dos profissionais de enfermagem;

Solicitar assessoramento da Câmara Técnica de Ética do COREN sempre que necessário;

Encaminhar o relatório das atividades desenvolvidas, anualmente ao COREN.

Indicador de acompanhamento: Nº de Relatórios das Atividades Desenvolvidas na unidade encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem.





- **Comissão de Revisão de Prontuário**

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um enfermeiro, um médico, um farmacêutico, um técnico de enfermagem e um administrativo. Quando necessário, poderá ser convidado um representante do laboratório terceirizado.

Finalidade: revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar aos responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Realizar a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, tais como: Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

Avaliar o cumprimento da obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

Avaliar o cumprimento da obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, a prescrição médica consignando data e hora.

Analisar o tipo de Alta dada ao paciente.

Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

Assessorar as Coordenadorias Médica e de Enfermagem da Instituição em assuntos de sua competência;

Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente e desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Indicador de acompanhamento: Percentual de Prontuários Analisados.

- **Comissão de Análise de Óbitos**

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um enfermeiro, um médico, um assistente social, um técnico de enfermagem e um farmacêutico. Quando necessário, poderá ser convidado um representante do laboratório terceirizado.

Finalidade: analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Frequência das Reuniões: Mensal (primeiro sábado do mês) São atividades anuais desta Comissão:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

Zelar pelo sigilo ético das informações;

Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

Assessorar as Coordenadorias Técnica da Unidade em assuntos de sua competência

Realizar o diagnóstico da mortalidade infantil, seus componentes e os principais problemas relacionados;

Sensibilizar e envolver os profissionais da Unidade sobre a importância e a gravidade da mortalidade infantil e fetal;

Identificar os óbitos infantis como evento-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento dos meios da saúde;

Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais, para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção;

Implementar ações para humanização do parto e nascimento, conforme recomendações da OMS.

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente e desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Indicador de acompanhamento: Percentual de Óbitos Analisados.

- **Comissão de Farmácia e Terapêutica**

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um farmacêutico, um enfermeiro, um médico e um convidado.

Finalidade: supervisionar as políticas relacionadas com seleção, prescrição, uso racional e seguro de medicamentos, em um processo dinâmico participativo, multiprofissional e multidisciplinar, visando assegurar de modo terapêutico, eficaz e seguro a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde, mantendo um rol atualizado e dinâmico, estabelecendo procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a fármacos.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da padronização oficial por iniciativa própria ou por proposta dos médicos assistentes da Unidade;

Redigir boletim com alterações da listagem vigente, mencionando as modificações e inclusões;

Sugerir, dentro do âmbito de sua competência, providências e medidas que favoreçam a implantação e uso do receituário padronizado;

- Assessorar o departamento de farmácia nos assuntos referentes a medicamentos;
- Elaborar materiais de divulgação e informação sobre o uso racional de medicamentos;
- Desenvolver e validar protocolos terapêuticos;
- Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;
- Instituir uma subcomissão, de modo a implementar o funcionamento de um Serviço ou Centro de Informações sobre Medicamentos junto ao Serviço de Farmácia;
- Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas, seguindo os formulários e procedimentos da SESAU, para incentivar o uso seguro de medicamentos entre outros, junto com o Serviço de Farmácia
- Estabelecer normas para prescrição de medicamentos não padronizados.
- Indicador de acompanhamento: N° de Ações realizadas para estimular o uso racional de medicamentos.

- **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**

Membros Componentes: três profissionais sendo dois enfermeiros e um médico.

Finalidade: desenvolver e executar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), realizando ações de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Estabelecer as prioridades de atuação e das metas preventivas, baseadas nos dados encontrados, de acordo com a natureza;

Detectar os casos de infecção hospitalar através de vigilância epidemiológica;

Compilar, analisar e divulgar os dados encontrados;

Revisar, analisar e aplicar as recomendações existentes na literatura, aprovadas pelas organizações;



Promover a disseminação de conhecimento, com participação ativa nos programas educacionais dos profissionais de saúde nos assuntos pertinentes ao controle de infecção hospitalar;

Informar as autoridades competentes acerca das doenças de notificação compulsória;

Acompanhar, avaliar e autorizar o uso de antibióticos.

Indicador de acompanhamento: Consumo de álcool gel 70% nos dispenser da Unidade

9. Proposta de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um Diretoria Administrativa, Diretor Médico, Coordenador de Enfermagem, um farmacêutico e um representante do NEP.

Finalidade: estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da unidade.

Tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Promover ações para a gestão de riscos no âmbito das Unidades;

Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da Unidade;

Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

- Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente;
- Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente;
- Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- Indicador de acompanhamento: no mínimo 90% do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde implantado

10. Proposta de funcionamento serviço de acolhimento e classificação de risco

O processo de acolhimento e classificação de risco é uma estratégia utilizada na Atenção Primária à Saúde (APS) que busca garantir um atendimento humanizado e eficiente aos usuários que procuram os serviços de saúde. Essa abordagem tem como objetivo receber o paciente de forma acolhedora e identificar a sua necessidade de atendimento, classificando o seu risco de acordo com a gravidade do seu quadro clínico.

O acolhimento consiste em um conjunto de ações que visam estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente. Durante o processo de acolhimento, o profissional deve escutar atentamente o paciente, realizando uma escuta qualificada para identificar as suas necessidades e demandas. Esse momento é fundamental para a construção de um vínculo entre o paciente e o profissional, que pode contribuir para a melhoria do cuidado em saúde.

A classificação de risco é uma etapa fundamental do processo de acolhimento, que tem como objetivo identificar a gravidade do quadro clínico do paciente e estabelecer a ordem de atendimento. Nessa etapa, é realizada uma avaliação clínica rápida, baseada em sinais e sintomas apresentados pelo paciente, que pode ser classificado em quatro categorias de risco: vermelho, amarelo, verde e azul.

Os pacientes classificados na categoria vermelha apresentam quadros clínicos graves e devem ser atendidos com prioridade máxima. São exemplos de pacientes com classificação vermelha aqueles com dor torácica intensa, parada cardiorrespiratória, convulsões, entre outros. Já os pacientes classificados na categoria amarela apresentam um risco intermediário, mas ainda exigem atendimento prioritário. São exemplos de pacientes com classificação amarela aqueles com dor abdominal aguda, crises hipertensivas, entre outros. Os pacientes classificados na categoria verde apresentam um risco baixo e podem aguardar um tempo maior para serem atendidos. São exemplos de pacientes com classificação verde aqueles com tosse, febre baixa, entre outros. Por fim, os pacientes classificados na categoria azul apresentam um risco muito baixo e podem ser atendidos em consultas agendadas.

O processo de acolhimento e classificação de risco é uma ferramenta importante para o gerenciamento dos serviços de saúde na APS. Essa abordagem permite a identificação dos pacientes mais graves e garante que eles sejam atendidos com prioridade, reduzindo o tempo de espera e melhorando a qualidade do atendimento em saúde. Além disso, o processo de acolhimento contribui para a humanização do cuidado em saúde, estabelecendo uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário.

BENEFÍCIOS

Para as pacientes:

- Atendimento ágil para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente.
- Informação sobre o tempo de espera aos usuários e familiares.
- Melhoria da qualidade do atendimento.

Para os profissionais:

- Racionalização do processo de trabalho.
- Melhoria da eficácia e efetividade do serviço.
- Otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas.
- Melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde.
- Aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde, diminuição da ansiedade.

QUEM FAZ

O ACCR deve ser feito por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/ recepção e estagiários.

São consideradas habilidades importantes a capacidade de comunicação, boa interação com os demais profissionais da equipe, usuários e familiares, paciência, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, discrição, ética e solidariedade.

A QUEM SE DESTINA

A todos os pacientes atendidos na Unidade.

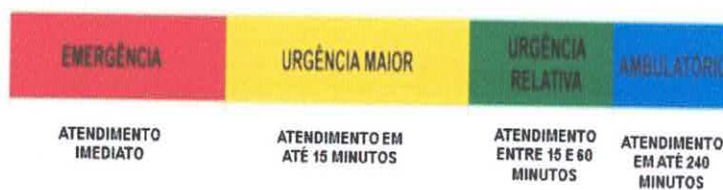
COMO SE APLICA

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar à unidade demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para preenchimento da ficha de atendimento.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado ao Acolhimento com Classificação de Risco onde serão aferidos os dados vitais pela equipe de enfermagem e será classificada o risco pelo enfermeiro (devidamente treinado para esta prática), apoiado pelo médico que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica a usuária em:



- **1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha)**

- Emergência Atender imediatamente encaminhar diretamente para atendimento médico.

- **2º Grupo – Prioridade I (Amarelo) –**

Urgência Atender em até 15 minutos e encaminhar para consulta médica priorizada. Reavaliar periodicamente.



• **3º Grupo – Prioridade II (Verde)**

Urgência Relativa

Atender entre 15 e 60 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização.

Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.

Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

• **4º Grupo – Prioridade III (Azul)**

- Não urgente

Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UBS). Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela equipe médica.

Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.

11. Proposta para implantação de protocolos

Procedimentos operacionais

Um Procedimento Operacional Padrão (POP) na área da saúde é um documento que descreve de forma clara e detalhada um conjunto de ações a serem realizadas em determinado processo ou procedimento, com o objetivo de garantir a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes.

Os POPs são elaborados com base em normas e diretrizes técnicas, regulamentações e legislações específicas, e devem ser seguidos rigorosamente pelos profissionais de saúde envolvidos na execução dos procedimentos. Eles podem ser

elaborados para diversas atividades dentro de um serviço de saúde, desde procedimentos simples, como a lavagem das mãos, até procedimentos mais complexos, como a realização de uma cirurgia.

Os POPs contêm informações importantes, como a descrição detalhada das atividades a serem realizadas, os equipamentos e materiais necessários, os cuidados específicos que devem ser tomados, as orientações sobre os riscos e as medidas de prevenção de acidentes e danos, além dos registros que devem ser feitos durante o procedimento.

A elaboração e a atualização dos POPs devem ser realizadas pelos profissionais de saúde responsáveis pela atividade, com o apoio da equipe técnica e da gestão do serviço de saúde. Eles devem ser revisados periodicamente para garantir que estejam atualizados e reflitam as melhores práticas e as mudanças nas normas e regulamentações.

A utilização dos POPs é uma prática essencial na área da saúde, pois garante a padronização dos procedimentos, a segurança dos pacientes, a efetividade dos tratamentos e a qualidade dos serviços prestados. Além disso, os POPs também são importantes instrumentos para a avaliação e melhoria contínua dos processos e procedimentos em saúde.

Cada POP deverá ser alocado em local de fácil acesso, com visibilidade e toda equipe deverá ser capacitado para utiliza-lo e dispor no período de avaliação as críticas para mudança no documento e validação de todo o processo de implantação e implementação.

A equipe que será nomeada para capacitação do POP e validação do mesmo deverá direcionar os conteúdos de atualização (todos com embasamento científico) para os contatos que forem disponibilizados a posteriores pelo Departamento de Atenção Básica.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 022 Data da Validação Data da Revisão

EXÉRESE DE CISTOS, LIPOMAS E NEVOS

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:n

Cisto sebáceo:

Decorre da oclusão do conduto de uma glândula sebácea, resultando em acúmulo de secreção (sebo). As áreas mais afetadas são: couro cabeludo, pescoço e face (Figura 3). Geralmente é assintomático, tem crescimento lento e atinge tamanhos variados. Apresenta-se como uma elevação local, pouco consistente, arredondada, ligada à pele por ducto excretor que se abre num orifício por onde se extrai, por meio de pressão, material amorfo, caseoso e fétido. Pode infectar, apresentando sinais flogísticos.

TRATAMENTO:

O tratamento do cisto não infectado é a exérese cirúrgica (com retirada da cápsula). Já o cisto infectado tem indicação de drenagem de abscesso simples, uma vez que a tentativa de retirar a cápsula pode propiciar propagação de infecção.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.

- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze. • Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).





- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção.

MÉTODO (TÉCNICA):

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente sobre o meio da lesão, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, de acordo com as linhas de força da pele.
5. Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente até identificar a cápsula do cisto.
6. Ressecção do cisto, sem romper a cápsula. Se a cápsula for rompida durante o procedimento, retira-se todo o material interno e segue-se a sua total remoção.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.
8. Hemostasia.
9. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura). Se o espaço morto residual for importante, considerar o uso de um dreno de Penrose.
10. Curativo com gaze.

NEVOS

Conceito:

São manchas cutâneas compostas por depósitos de pigmento melânico. São vários os subtipos: pigmentados; epidérmicos; dérmicos; hipodérmicos; hipocrômicos. Encontram-se espalhados



por todo o corpo. São lesões pré-cancerígenas em alguns casos e, por isso, a importância de sempre enviar o material para análise anatomopatológica (Figura 5).

Materiais necessários para a realização do procedimento:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze. • Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Fio de sutura nylon 2.0, 3.0, 4.0.
- Máscara e óculos para proteção

Técnica:

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
3. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro da lesão, na sua circunferência, com o cuidado de injetar no subcutâneo.
4. Faz-se incisão elíptica simples, sem margens ao redor da lesão.
5. Hemostasia.





6. Sutura da pele com pontos simples ou intradérmicos. O fio a ser utilizado depende do local do corpo que foi realizado o procedimento (ver capítulo de sutura).
7. Curativo.
8. Colocar a peça cirúrgica num frasco com formol. Identificá-la e encaminhá-la para análise anatomopatológica. Sempre descrever a lesão e os sintomas para auxiliar o patologista.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 023	Data da Validação	Data da Revisão
LAVAGEM AURICULAR - RETIRADA DE CERUME		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. O cerume impactado está presente em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos hígidos, 57% dos pacientes idosos e 37% das pessoas com retardo cognitivo. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica. A remoção de cerume é o procedimento mais comum de otorrinolaringologia realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) nos EUA e na Inglaterra. Estima-se que 4% dos pacientes da APS consultarão devido a essa condição naquele país. Há algumas técnicas que podem ser utilizadas para a remoção, dependendo da habilidade do profissional, da disponibilidade de instrumentos e da aceitabilidade do paciente.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

MÉTODO (TÉCNICA):

1. O otoscópio deve ser testado e o otocone, devidamente limpo, deve ser acoplado a ele. Prioriza-se um otocone com calibre intermediário.
2. O paciente deve estar preferencialmente sentado, em posição confortável.
3. Recomenda-se iniciar o exame no ouvido contralateral àquele afetado.
4. Realiza-se a inspeção e palpação cuidadosas do ouvido externo.



5. Com a mão não dominante do examinador, traciona-se a orelha pela hélice, no sentido posterior e superior, e a orelha deve ser mantida nessa posição até o final do exame. O objetivo da tração é a retificação do conduto auditivo externo (Figura 7).
6. Segura-se o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo. Sempre se deve apoiar levemente a região hipotenar da mão que segura o cabo do otoscópio na cabeça do paciente, para evitar trauma se houver movimentação brusca da cabeça.
7. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente, identificando alguns pontos anatômicos de acordo com a Figura 3. Recomenda-se identificar o cone de luz como referencial que sempre estará disposto na região anteroinferior da membrana timpânica.

Tratamento O tratamento é realizado, sobretudo, por meio da remoção mecânica do cerume impactado, principalmente pelas técnicas de irrigação com solução salina ou remoção manual.

Abordaremos a técnica de irrigação com solução salina pela disponibilidade, boa segurança e aceitabilidade, sendo possível de ser realizada na maioria dos centros de saúde do País. Para a remoção de cerume, são consideradas as seguintes indicações:

1. Otalgia.
2. Diminuição importante da audição.
3. Dificuldade de realizar otoscopia.
4. Desconforto auditivo.
5. Tinnitus (zumbido).
6. Tontura ou vertigem.
7. Tosse crônica.

Técnica - Irrigação com solução salina

1. Campo, toalha limpa ou compressa.
2. 1 otoscópio com otocone (calibre médio).
3. 1 seringa de 20 ml ou maior (pode-se usar seringa comum de plástico).
4. 1 cuba redonda.
5. 1 cuba rim.
6. 1 par de luvas de procedimento.



7. 1 tesoura.
8. 1 scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19).
9. 1 frasco estéril de solução salina isotônica a 0,9% (soro fisiológico) – sugere-se usar frascos de 100 ml. É possível a necessidade de uso de mais de um frasco.

Técnica de realização de remoção de cerume por irrigação

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
3. Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
4. Aquecer a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico), ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal (37°C), para evitar nistagmos e desconforto. Pode-se utilizar “banho- maria” ou aquecimento em micro-ondas.
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
6. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
7. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificá-la.
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.

PROCEDIMENTOS

9. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
10. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
11. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento.
12. Usar luva de procedimentos.
13. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.
14. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.





15. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.
16. Uma vez que esvazie a cuba redonda com o soro, deve-se completar novamente com o soro aquecido. Depois de completa de soro com cerume, esvaziá-la.
17. Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.
18. O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:
 - Se não houver mais cerume a ser removido;
 - Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume;
 - Desistência do paciente;
 - Dor ou outra intercorrência.

Cuidados com o procedimento

É fundamental realizar a otoscopia previamente e ao término do procedimento. Sempre realizar exame prévio cuidadoso, observando as contraindicações do procedimento.

Nunca insistir no procedimento na vigência e persistência de dor.

Não utilizar muita pressão durante a instilação do soro aquecido no ouvido do paciente.

Cuidado para não superaquecer o soro, nem tampouco utilizá-lo gelado. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

Contraindicações à realização do método de irrigação com solução salina São consideradas contraindicações para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:

1. Otite aguda.
2. História progressa ou atual de perfuração timpânica.
3. História de cirurgia otológica.
4. Paciente não cooperativo.

Quando encaminhar:

O paciente deverá ser encaminhado ao especialista se detectada patologia auricular de difícil resolução na Atenção Primária à Saúde, como perfuração de tímpano, tumoração ou infecção sem





sucesso no tratamento clínico, ou diante de história clínica que indique contraindicação à remoção mecânica do cerume.

Para o paciente em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar emolientes por alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso seja ineficaz, sugere-se o encaminhamento ao especialista.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 025	Data da Validação	Data da Revisão
LAVAGEM AURICULAR - RETIRADA DE CERUME		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Cerume é uma condição normal no canal auditivo externo e geralmente confere proteção contra otites agudas. O cerume impactado está presente em aproximadamente 10% das crianças, 5% dos adultos hígidos, 57% dos pacientes idosos e 37% das pessoas com retardo cognitivo. A presença dele é geralmente assintomática, mas, às vezes, pode causar complicações, como perda auditiva, dor ou tonturas. Também pode interferir no exame da membrana timpânica. A remoção de cerume é o procedimento mais comum de otorrinolaringologia realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) nos EUA e na Inglaterra. Estima-se que 4% dos pacientes da APS consultarão devido a essa condição naquele país. Há algumas técnicas que podem ser utilizadas para a remoção, dependendo da habilidade do profissional, da disponibilidade de instrumentos e da aceitabilidade do paciente.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

MÉTODO (TÉCNICA):

1. O otoscópio deve ser testado e o otocone, devidamente limpo, deve ser acoplado a ele. Prioriza-se um otocone com calibre intermediário.
2. O paciente deve estar preferencialmente sentado, em posição confortável.
3. Recomenda-se iniciar o exame no ouvido contralateral àquele afetado.
4. Realiza-se a inspeção e palpação cuidadosas do ouvido externo.





5. Com a mão não dominante do examinador, traciona-se a orelha pela hélice, no sentido posterior e superior, e a orelha deve ser mantida nessa posição até o final do exame. O objetivo da tração é a retificação do conduto auditivo externo (Figura 7).
6. Segura-se o otoscópio pelo cabo, com a cabeça voltada para baixo. Sempre se deve apoiar levemente a região hipotenar da mão que segura o cabo do otoscópio na cabeça do paciente, para evitar trauma se houver movimentação brusca da cabeça.
7. Deve-se procurar visualizar a membrana timpânica integralmente, identificando alguns pontos anatômicos de acordo com a Figura 3. Recomenda-se identificar o cone de luz como referencial que sempre estará disposto na região anteroinferior da membrana timpânica.

Tratamento O tratamento é realizado, sobretudo, por meio da remoção mecânica do cerume impactado, principalmente pelas técnicas de irrigação com solução salina ou remoção manual. Abordaremos a técnica de irrigação com solução salina pela disponibilidade, boa segurança e aceitabilidade, sendo possível de ser realizada na maioria dos centros de saúde do País. Para a remoção de cerume, são consideradas as seguintes indicações:

1. Otalgia.
2. Diminuição importante da audição.
3. Dificuldade de realizar otoscopia.
4. Desconforto auditivo.
5. Tinnitus (zumbido).
6. Tontura ou vertigem.
7. Tosse crônica.

Técnica - Irrigação com solução salina Campo, toalha limpa ou compressa.

1. 1 otoscópio com otocone (calibre médio).
2. 1 seringa de 20 ml ou maior (pode-se usar seringa comum de plástico).
3. 1 cuba redonda.
4. 1 cuba rim.
5. 1 par de luvas de procedimento.
6. 1 tesoura.





7. 1 scalp (butterfly) calibroso (pelo menos calibre 19).
8. 1 frasco estéril de solução salina isotônica a 0,9% (soro fisiológico) – sugere-se usar frascos de 100 ml. É possível a necessidade de uso de mais de um frasco.

Técnica de realização de remoção de cerume por irrigação

1. Indicar emolientes ou solução salina, sempre que possível, previamente ao procedimento.
2. Preparar o material seguindo a lista de equipamentos recomendados para o procedimento.
3. Cortar o scalp (butterfly) com aproximadamente 4 cm a partir da extremidade de acoplamento da seringa. Descartar a extremidade da agulha em local apropriado.
4. Aquecer a solução fisiológica isotônica a 0,9% (soro fisiológico), ainda com o frasco fechado, até a temperatura corporal (37°C), para evitar nistagmos e desconforto. Pode-se utilizar “banho- maria” ou aquecimento em micro-ondas.
5. Examinar cuidadosamente o canal do ouvido externo por meio da inspeção e palpação.
6. Realizar sempre a otoscopia antes do procedimento.
7. Despejar o soro aquecido na cuba redonda. Sempre assegurar que a temperatura do soro não está excessivamente alta, podendo pedir também ao paciente para verificá-la.
8. Aspirar com a seringa diretamente na cuba com o soro aquecido até completar a seringa.

PROCEDIMENTOS

9. Acoplar a seringa na extremidade não cortada do scalp.
10. Posicionar a toalha, campo cirúrgico ou compressa no ombro do paciente.
11. Sob leve pressão, posicionar a cuba rim, bem justaposta, à cabeça/pescoço do paciente na altura logo abaixo da orelha. Verificar se está bem justaposta para não molhar o paciente durante o procedimento.
12. Usar luva de procedimentos.
13. Introduzir a extremidade cortada do scalp com a concavidade voltada para frente e levemente para cima. Monitorar sempre sintoma de dor durante o procedimento.
14. Sob leve pressão, instilar o soro fisiológico, deixando escoá-lo na cuba rim.
15. Uma vez esvaziada a seringa, removê-la com o cateter (scalp), desacoplá-la e repetir as seis etapas anteriores quantas vezes forem necessárias.



16. Uma vez que esvazie a cuba redonda com o soro, deve-se completar novamente com o soro aquecido. Depois de completa de soro com cerume, esvaziá-la.
17. Verificar esporadicamente por meio da otoscopia se há mais cerume a ser removido.
18. O procedimento deve ser suspenso diante das seguintes situações:
 - Se não houver mais cerume a ser removido;
 - Insucesso após várias tentativas de remoção do cerume;
 - Desistência do paciente;
 - Dor ou outra intercorrência.

Cuidados com o procedimento

É fundamental realizar a otoscopia previamente e ao término do procedimento. Sempre realizar exame prévio cuidadoso, observando as contraindicações do procedimento.

Nunca insistir no procedimento na vigência e persistência de dor.

Não utilizar muita pressão durante a instilação do soro aquecido no ouvido do paciente.

Cuidado para não superaquecer o soro, nem tampouco utilizá-lo gelado. Verificar sempre a temperatura antes de instilar no ouvido.

Contraindicações à realização do método de irrigação com solução salina São consideradas contraindicações para a remoção do cerume por meio do método de irrigação com solução salina:

1. Otite aguda.
2. História pregressa ou atual de perfuração timpânica.
3. História de cirurgia otológica.
4. Paciente não cooperativo.

Quando encaminhar:

O paciente deverá ser encaminhado ao especialista se detectada patologia auricular de difícil resolução na Atenção Primária à Saúde, como perfuração de tímpano, tumoração ou infecção sem sucesso no tratamento clínico, ou diante de história clínica que indique contraindicação à remoção mecânica do cerume.





Para o paciente em que o procedimento de remoção do cerume não foi satisfatório, podem-se utilizar emolientes por alguns dias e tentar novamente a remoção. Caso seja ineficaz, sugere-se o encaminhamento ao especialista.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 026	Data da Validação	Data da Revisão
REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS		

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Quase todos os ferimentos causados por corpos estranhos têm o potencial de infecção e, devido ao pequeno orifício de entrada, devem-se considerar o bacilo do tétano e os organismos piogênicos comuns como os possíveis invasores. Assim, a profilaxia do tétano deve ser rotina no tratamento primário dos corpos estranhos nos tecidos moles. O segundo problema diz respeito à questão sobre remover ou não o corpo estranho.

Quando penetrado nos tecidos recentemente, ele é facilmente localizado e acessível. Nesses casos, no geral, tentase a remoção. Se, contudo, ele não determina quaisquer sintomas, é melhor deixá-lo permanecer. Esse julgamento é criterioso, e o paciente deve ser informado. Quando se decide remover o corpo estranho, deve-se localizá-lo no tecido. Isso pode não ser difícil se o objeto é palpável, ou se é relativamente grande e o orifício de entrada estiver nitidamente visível. Se for pequeno e se localizar profundamente na gordura ou no músculo, a retirada é difícil. Particularmente quando não se pode localizá-lo com precisão nos tecidos, com ausência de referência a algum ponto na superfície da pele, que é válido para pequenos objetos pontiagudos, tais como agulhas, que podem migrar pelo tecido, como resultado da pressão local ou dos próprios movimentos. Às vezes é necessário o uso de radiografias para determinar o local exato dos objetos. Para retirada do corpo estranho, na maioria das vezes faz-se bloqueio anestésico local, tomando o cuidado com o edema formado, para não haver distorções anatômicas. Geralmente amplia-se o orifício de entrada, se for visível. Caso já esteja cicatrizado, faz-se nova incisão no local. Abaixo serão listados alguns procedimentos para retirada de alguns dos mais comuns corpos estranhos encontrados no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde.

Tipos de corpos estranhos: Farpas de madeira e metálicas; Pedras, roupas; Vidro; Projéteis de arma de fogo.

Materiais necessários para o procedimento:



Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina. Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local. Campos estéreis.

Material para o procedimento: pinça hemostática curva, pinça anatômica, pinça dente de rato, porta-agulha, tesoura reta e tesoura curva.

Lâmina de bisturi nº 11. Fio de sutura nylon 3.0.

Soro fisiológico para irrigação. Gaze.

Dreno de Penrose.

Luva esterilizada.

Seringa de 5 ml.

Agulha 40 x 12 (rosa).

Agulha hipodérmica (de insulina). Máscara e óculos para proteção.

Técnica

1. Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.
2. Determine o local do corpo estranho.
3. O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril.
4. Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica. Introduzir o anestésico numa técnica de bloqueio de campo regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro do local do objeto. Cuidar com o edema que resulta, pois se podem perder os parâmetros da localização. Utiliza-se o orifício de entrada quando existente ou utiliza-se a cicatriz prévia como referência.
5. Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa.
6. Uma vez realizada a anestesia, faz-se incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a retirada do objeto, com auxílio das pinças.
7. Irrigar a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.



8. Se o ferimento permitir, e for necessário, pode-se confeccionar uma sutura com pontos simples como nylon 3.0.
9. 10. Curativo com gaze.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
Número do POP - 027	
Data da Validação	Data da Revisão

REMOÇÃO DE MOLUSCO CONTAGIOSO

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

O molusco contagioso é uma doença dermatológica causada pelo vírus do gênero Molluscipoxvirus, da família Poxviridae. Afeta crianças, principalmente as atópicas, pacientes imunossuprimidos e adultos sexualmente ativos. A transmissão ocorre por contato direto com pessoas infectadas, por meio de fômites ou autoinoculação. O período de incubação é variável, geralmente de três semanas a três meses. Na infância, o pico de incidência situa-se entre 3 e 10 anos e as pápulas localizam-se na face, tronco ou extremidades. Em adultos, a transmissão costuma ser sexual e as lesões, portanto, geralmente limitadas à região anogenital. A presença de lesões múltiplas na face, pescoço ou disseminadas em adultos sugere imunossupressão, devendo se atentar para infecção pelo HIV.

Usualmente as lesões são assintomáticas, mas podem apresentar eczema e prurido ao redor delas. A procura à Unidade Básica de Saúde costuma ser em função do incômodo estético.

TRATAMENTO

Em geral, nos indivíduos imunocompetentes, as lesões envolvem espontaneamente em um a dois anos, não se justificando tratamentos mais agressivos que possam deixar cicatrizes. Quando se opta pelo tratamento, pode ser realizada a remoção mecânica por meio da curetagem com posterior aplicação de tintura de iodo em cada lesão. Alternativas eficazes, porém não disponíveis na Unidade Básica de Saúde, é a realização de crioterapia e o uso tópico da cantaridina.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 65
07.609.365/0001-67



Deve-se alertar o paciente quanto à possibilidade do aparecimento de novas lesões, dado o curso natural da infecção, que pode durar vários meses e não desenvolver imunidade definitiva.
TÉCNICA

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção.

Aplica-se espessa camada do creme anestésico* com aproximadamente 2,5 g por 10 cm². A aplicação deve ser feita sob bandagem oclusiva, com tempo de contato mínimo de 60 minutos. Retira-se a bandagem e o creme anestésico e prepara-se a área afetada com um agente tópico disponível.

Procede-se à curetagem das lesões com uma agulha de calibre compatível com a lesão (geralmente usa-se a agulha 40 x 12). O médico deve observar se as lesões são muito grandes ou estão inflamadas, o que pode impedir o procedimento devido ao risco de infecção ou dor.

Após a curetagem, aplica-se álcool iodado em cada lesão. * Geralmente são utilizados cremes à base de lidocaína 25 mg isolada ou associada à prilocaína (25/25 mg/g). A mistura eutética de anestésicos locais parece ser especialmente útil em crianças e para procedimentos cirúrgicos superficiais.

Em crianças entre 3 e 12 meses de idade, a dose total não deverá exceder a 2 g, nem a área total de aplicação na pele deverá exceder a 16 centímetros quadrados, por um tempo máximo de quatro horas.

Não está recomendado para crianças menores de três meses de idade.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	
Número do POP - 028	
Data da Validação	Data da Revisão

TRATAMENTO DE FERIDAS SUPERFICIAIS

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:



Assistência aos casos de traumatismos superficiais nas Unidades Básicas de Saúde, orientando as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para limpeza da ferida, síntese, curativo e profilaxia do tétano das feridas consequentes de traumatismos. Entende-se por traumatismo as lesões sofridas por qualquer tecido dentro de sua integridade anatômica e vivência celular. A maioria dos traumatismos é de origem extrínseca, violenta e de natureza acidental ou intencional. Quando o agente vulnerante atinge a pele, o tecido celular subcutâneo ou mesmo as aponeuroses e os músculos, o traumatismo é chamado superficial. O atendimento a pacientes portadores de traumatismos superficiais constitui a maior parte do movimento de cirurgia ambulatorial dos hospitais que dispõem de serviço de emergência e, destes, grande parte poderia ser resolvida nos serviços de APS.

TRATAMENTO

O objetivo principal do tratamento nos traumatismos superficiais é restabelecer a integridade anatômica e funcional dos tecidos, sem se esquecer do aspecto estético, às vezes, de grande importância.

Nas feridas, o objetivo principal é o seu fechamento o mais breve possível. No entanto, antes de iniciar o tratamento, ela deve ser inspecionada com os cuidados de assepsia para evitar o aumento da contaminação.

Simultaneamente, deve-se colher dados sobre as circunstâncias em que ocorreu o traumatismo, o tipo de agente vulnerante, o tempo decorrido até a procura do tratamento, o estado de imunidade, a presença de moléstia crônica debilitante e de alergias em geral.

a. Fechamento primário:

É reservado para as feridas limpas, com pequeno risco de infecção. Nas feridas traumáticas, seu sucesso depende de limpeza rigorosa, desbridamento e hemostasia. O fechamento primário é contraindicado nas seguintes situações:

- Intervalo maior que 6-8 horas entre o traumatismo e o início do tratamento: esse critério, apesar de servir como orientação geral, é relativo. Assim, uma ferida limpa em jovem sadio pode ser fechada mesmo que tenha uma evolução mais longa. Ao contrário, uma ferida perfurante, suja, num indivíduo idoso, debilitado, não deve ser fechada, mesmo que abordada precocemente.
- Tecidos com suprimento sanguíneo inadequado.
- Impossibilidade técnica de aproximação das bordas da ferida em consequência de perda de pele e tecido celular subcutâneo.

- Ferida por mordedura. Em que pese o grande risco de infecções, deve-se fazer exceção nos casos de feridas extensas com necessidade de recomposição estética ou funcional.

b. Fechamento primário retardado: É reservado para feridas com maior risco de infecção, seja pelo alto grau de contaminação, continuação seja pelo longo tempo decorrido entre a lesão e a procura de tratamento. Nesses casos, após limpeza, desbridamento e hemostasia rigorosos, cobre-se a ferida com gaze esterilizada e faz-se inspeção diária em condições assépticas: se a ferida evoluir sem sinais de infecção até o terceiro ou quarto dia, procede-se ao fechamento normal.

Caso contrário, faz-se a opção pelo tratamento aberto.

c. Tratamento aberto: É utilizado quando há contraindicação para o fechamento primário ou primário retardado, ou quando esses dois falham. Sua maior indicação é nas feridas infectadas. Após colher material para bacterioscopia direta e cultura, a ferida é mantida aberta de modo a drenar espontaneamente, sendo apenas recoberta com gaze esterilizada umedecida em solução salina.

Se a infecção apresentar sinais de disseminação (linfangite, linfadenite, celulite), com ou sem sinais de toxemia, deve-se administrar antibióticos de largo espectro até que se obtenham maiores indícios quanto ao agente bacteriano responsável, por meio do exame direto, cultura antibiograma da secreção.

E, nesses casos, o paciente deve ser encaminhado para um pronto-socorro mais próximo, para a coleta de amostras e antibioticoterapia.

O fechamento desse tipo de ferida processa-se pela formação de tecido de granulação e o posterior epitelização. O resultado estético em geral não é bom.

d. Fechamento secundário: É reservado para feridas cujo tratamento aberto evolui bem. Na tentativa de abreviar a cura, faz-se a excisão de suas bordas e procede-se à sutura ou, quando esta não é possível, aplica-se sobre a ferida um enxerto cutâneo. Preparo da área traumatizada A área ao redor da ferida deve ser limpa com água e sabão ou soluções antissépticas não irritativas. O uso de antissépticos no leito das feridas não deve ser feito, não só pela citotoxicidade, contribuindo para o retardo na cicatrização, mas também por não consistir no mecanismo mais eficiente de reduzir a contagem bacteriana nas lesões. Os antissépticos devem ser utilizados somente para a limpeza da pele íntegra adjacente à ferida. A tricotomia somente é feita em áreas pilosas quando os pelos dificultam o tratamento adequado da ferida. Algumas regiões como



supercílios e cílios não devem ser raspadas porque o crescimento dos pelos pode ser irregular, retardado ou ausente. Anestesia

Nas lesões traumáticas superficiais, é utilizada a anestesia local, em suas várias modalidades (tópica, infiltração local, bloqueio de campo e bloqueio regional). Ela é aplicada após a limpeza da área traumatizada. Caso contrário, pode aumentar a contaminação dos tecidos, levando à infecção. Deve-se evitar também o uso de anestésicos associados a vasoconstritores, pois a isquemia local favorece o aparecimento de infecções.

Os nervos digitais podem ser bloqueados com a introdução da agulha à altura da base dos dedos, por meio de duas punções, dos dois lados do tendão extensor, entrando pela face posterior do dedo e dirigindo-se a agulha até o plano subcutâneo da face palmar.

A seguir, a agulha é direcionada mais profundamente até sentir a resistência óssea, para infiltração do periósteo. Não se deve utilizar anestésico com vasoconstritor pelo risco de isquemia do dedo. Esse tipo de bloqueio serve para anestesia do dedo e da unha. Limpeza da ferida. Uma vez anestesiada, a ferida deve receber limpeza rigorosa de seu leito, cujo objetivo é remover as fontes de contaminação como corpos estranhos, coágulos e bactérias.

A irrigação da ferida pode ser feita com soro fisiológico em leve pressão (seringa de plástico) para promover o desprendimento de bactérias e corpos estranhos aderidos aos tecidos. Para essa irrigação, é utilizada agulha de calibre 12 e seringa de 20 ml. Estudos recentes têm mostrado que esses cuidados são mais eficientes na profilaxia de infecções que o uso de antibióticos.

Hemostasia

A hemostasia é feita rotineiramente após a limpeza da ferida, exceto naqueles casos de sangramento intenso em que será feita de imediato. Deve-se ter o cuidado de pinçar somente o vaso que sangra, evitando ligaduras em massa que só servem para aumentar a área de necrose e contribuir no aparecimento de infecções. Para a ligadura de pequenos vasos, utiliza-se fio absorvível 4-0 ou 5-0.

É desaconselhável o uso de cautério em feridas traumáticas devido ao aumento da área de necrose.

Desbridamento

É muito importante que seja realizado o desbridamento nas feridas traumáticas, com o objetivo remover tecidos desvitalizados ou impregnados com substâncias estranhas cuja remoção é impossível com a limpeza da ferida. Além disso, diminui a carga bacteriana e facilita os mecanismos de defesa local do hospedeiro. Com o desbridamento, também se acertam as bordas da ferida, preparando-a para a síntese.



Síntese

Consiste na aproximação dos tecidos separados por traumatismo acidental ou cirúrgico. O objetivo é restabelecer a anatomia e a função alteradas pelo traumatismo. A síntese pode ser feita com sutura, fitas adesivas, adesivos sintéticos ou biológicos, imobilização, ou qualquer outro método que produza bom afrontamento das bordas da ferida.

A síntese da pele é feita preferencialmente por pontos separados, por serem seguros e permeáveis, o que constitui vantagem diante da maior possibilidade de infecção, e pode ser feita de diversas maneiras, cada uma com vantagens e desvantagens.

O ponto simples é o tipo mais usado e permite adequada aproximação das bordas de uma ferida. Detalhes importantes: a tensão para amarrar o ponto deverá ser o suficiente para aproximar borda com borda, suavemente, sem esmagar, pois pontos muito apertados impedem a boa circulação local e, conseqüentemente, a boa cicatrização, além de deixar marcas evidentes e definitivas dos fios; e a distância entre os pontos também deve ser observada, para que fique o mais distante um do outro para facilitar a circulação local, porém de tal maneira que não permaneçam áreas de bordas afastadas, sem contato íntimo. Também é importante destacar que, para um resultado ainda mais estético, o médico assistente deve considerar as linhas de força da pele, que consistem na orientação da menor tensão da superfície corporal.

A síntese das aponeuroses e dos músculos visa, sobretudo, a reconstituição funcional. Os fios utilizados são preferencialmente os sintéticos absorvíveis, em pontos separados, simples, em “X” ou em “U” horizontal (modalidades de pontos).

Os fios utilizados em sutura dividem-se em absorvíveis (após um tempo se desintegram, não deixando resquícios) e inabsorvíveis (permanecem por tempo indefinido em contato com os tecidos, possuindo, em geral, maior força tênsil residual); biológicos (origem animal) e sintéticos; mono e multifilamentares, entre outras características. Os fios mais utilizados em traumatismos superficiais são o nylon (inabsorvível) e o catégute (absorvível biológico).

Profilaxia do tétano

A profilaxia do tétano deve constituir medida de rotina no tratamento das feridas. Sabe-se que qualquer ferimento é potencialmente perigoso desde que entre em contato com o *Clostridium tétano*. No entanto, algumas feridas representam terreno mais propício à germinação dos esporos do tétano.

Estes, em condições favoráveis (anaerobiose), transformam-se na forma vegetativa e iniciam a produção de sua potente exotoxina. Atenção especial deve ser dada a indivíduos portadores de



feridas profundas, sede de corpos estranhos, com grande quantidade de tecido desvitalizado e que vieram tardiamente à procura de cuidados.

Medidas gerais

- Instituir o tratamento cirúrgico correto das feridas;
- Determinar para cada paciente a profilaxia adequada contra o tétano;
- Todo paciente deve receber imunização ativa com o toxoide tetânico, aplicado intramuscularmente no momento da lesão, exceto os que completaram a imunização nos últimos 12 meses e os que receberam dose de reforço nos últimos 12 meses;
- Considerar a necessidade de imunoglobulina tetânica homóloga, analisando as características da ferida e o estado prévio de imunização ativa e fornecer ao paciente cartão de registro das imunizações recebidas.

Retirada de pontos

Deve-se evitar a permanência exagerada dos pontos na pele.

Sugestão:

- 5 dias na face, pela facilidade de cicatrização.
- 10-12 dias em membros inferiores e regiões de articulações.
- 7 dias em outras regiões do corpo.

Para se retirar os pontos, deve-se utilizar uma pinça, tipo dente de rato, ou outra que pegue realmente os fios, e uma tesoura de ponta fina e bem afiada. Com a pinça, pega-se a extremidade do fio que é levantado ligeiramente, expondo o ponto de penetração na pele que será cortado exatamente nessa região com a tesoura de ponta fina. Se, durante a retirada deles, for notado algum sinal de deiscência, alguns pontos de ancoragem podem ser deixados, além de reforço de adesivo, e reavaliar em 2-3 dias para completar a retirada dos outros pontos.





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número do POP - 029

Data da Validação Data da Revisão

TRATAMENTO DE UNHA ENCRAVADA

EXECUTANTE: Médico

CONCEITO:

Um conhecimento básico sobre a anatomia da unha é útil no entendimento das doenças ungueais e seu tratamento cirúrgico. A unha é uma unidade anatômica composta por corpo, leito e matriz. O corpo é a parte dura, queratinizada, que é habitualmente convexa e situa-se na parte distal da falange. É a parte que “cresce” da unha e que causa a maior parte dos problemas sintomáticos. O corpo é firmemente aderido ao leito ungueal e, proximamente, existe a matriz 50 Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção a Saúde | Departamento de Atenção Básica que é responsável pela produção de queratina dura. Ocultando a raiz, há uma prega cutânea de queratina mole denominada eponíqueo (popularmente chamada de cutícula). Seguindo entre o eponíqueo e o corpo, há uma zona esbranquiçada em forma de meia lua chamada lúnula. Denomina-se unha encravada a situação em que a margem ungueal penetra a camada córnea vizinha com lesões das bordas laterais, podendo haver tecido de granulação ou infecção associado.

O quadro é geralmente acompanhado de dor intensa, inflamação e, às vezes, infecção com secreção purulenta. O dedo mais frequentemente afetado é o hálux. Não se deve esquecer que, apesar de rara, pode haver lesão maligna subungueal nos casos crônicos que não respondem ao tratamento.

Para os casos agudos ou decorrentes de trauma, o tratamento de primeira escolha é a simples remoção de um segmento de unha, que, certamente, aliviará a inflamação, mas o paciente deve estar ciente de que o processo pode retornar e deve aprender a mantê-la limpa, adequadamente aparada (corte reto) e hidratada, além do uso de sapatos confortáveis.

MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA O PROCEDIMENTO:

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.





- Material para o procedimento: tenta cânula, pinça anatômica, pinça dente de rato, porta agulha, tesoura reta.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Fio de sutura mono nylon 3.0.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Máscara e óculos para proteção.

TÉCNICA

Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.

Examine a unha que será tratada e o tecido de granulação circunscrito.

Realiza-se o bloqueio digital com lidocaína sem vasoconstritor, pois o procedimento é extremamente doloroso.

Procede-se à limpeza do dedo com sabão e água, degermação com povidine ou clorexidine.

Inicia-se o procedimento propriamente dito com a introdução de uma tentacânula, ou instrumental semelhante, a mais ou menos 3 mm da margem lateral, longitudinalmente até a

matriz. Descola-se o leito ungueal, provocando avulsão parcial do segmento que está encravado. Resseca-se esse segmento da unha com uma tesoura reta, ou lâmina de bisturi, até a base da unha, juntamente com a matriz.

Em seguida, corta-se em elipse o tecido de granulação e pode-se realizar a curetagem do leito. Se não houver infecção associada, pode-se retirar uma elipse de pele e tecido subcutâneo da borda com tecido de granulação, suturando-se após com nylon, propiciando cicatrização por primeira intenção.

Lavar o ferimento com soro fisiológico Curativo com gaze.





Existem outras técnicas cirúrgicas para tratamento de unha encravada, porém tão importantes quanto o procedimento são os cuidados pré e pós-operatórios com adequada orientação de higiene dos pés, corte e manutenção diária das unhas, principalmente dos pacientes idosos e diabéticos.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 038 Data da Validação Data da Revisão

PASSAGEM DE SONDA ENTERAL COM LOCALIZAÇÃO PRÉ- PILÓRICA (GÁSTRICA)

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Obter via de acesso para administração da nutrição com a sonda em posição pré-pilórica (gástrica).

APLICAÇÃO: Aos pacientes com prescrição médica de nutrição enteral (localização gástrica) no domicílio.

MATERIAIS: Bandeja, biombo, toalha, luvas de procedimento, papel higiênico, sonda enteral Nº12 ou 14 para gavagem e Nº16 ou 18 para sifonagem, esparadrapo, xilocaína gel, seringa de 20ml, estetoscópio, coletor sistema aberto (para sifonagem), máscara descartável.

AÇÕES:

1. Verificar na prescrição médica a indicação da sondagem;
2. Revisar o histórico do paciente para condições nasais que contra indiquem a passagem da sonda pelo nariz (nesse caso faz-se a passagem pela cavidade oral);
3. Avaliar o estado mental do paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente (mesmo inconsciente);
5. Realizar a higienização das mãos.
6. Avaliar as narinas verificando algum fator que contra indique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção);
7. Avaliar a capacidade do paciente para deglutição;
8. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
9. Separar o material necessário para o procedimento na bandeja;

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No 74
07.609.365/0001-67



10. Colocar a bandeja próxima ao paciente;
11. Assegurar a privacidade do paciente com biombos;
12. Colocar o paciente em posição sentada ou elevar o decúbito em 45°, colocando a toalha sobre o tórax.
13. Calçar as luvas de procedimento;
14. Verificar o uso de prótese dentária (devem ser retiradas com o consentimento do paciente);
15. Solicitar ao paciente que faça, ou fazer por ele a higiene das narinas com papel higiênico;
16. Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide, descer alguns centímetros conforme a estatura do paciente em marcar com um pedaço de esparadrapo o local;
17. Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
18. Solicitar ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax (Verificar se não há restrições no movimento do pescoço ou fazer por ele s/n);
19. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial, para trás e para baixo), solicitando ao paciente que faça o movimento de deglutição;
20. Voltar à cabeça para a posição ereta;
21. Continuar introduzindo a sonda até o ponto marcado na sonda;
22. Para certificar o posicionamento correto da sonda, utilizar os métodos abaixo:
 - a) Injetar 10ml de ar pela sonda e auscultar em região gástrica por meio de estetoscópio para certificar o posicionamento (som específico);
 - b) Conectar uma seringa de 20ml à extremidade da sonda e aspirar para confirmar o posicionamento correto da sonda no estômago (deve refluir resíduo gástrico);
 - c) Emergir a parte proximal da sonda e um copo com água e, se aparecer borbulhas, a sonda está nas vias aéreas (retirá-la imediatamente);
23. Observar dispneia, cianose ou dificuldade para falar (o posicionamento da sonda pode estar errado – retirá-la imediatamente);





24. Fixar a sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.
25. Em caso de sifonagem, adaptar um coletor sistema aberto na extremidade da sonda;
26. Posicionar o paciente de forma confortável;
27. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
28. Desprezar os resíduos;
29. Retirar a luva de procedimento;
30. Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades, onde a bandeja deverá ser lavada com água e sabão, secada com papel toalha e higienizada com álcool a 70%.
31. Realizar a higienização das mãos.
32. Checar o horário do posicionamento da sonda na prescrição médica, com a rubrica de quem instalou;
33. Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem, assim como suas possíveis intercorrências.
34. O procedimento para a passagem da sonda orogástrica é o mesmo descrito acima, apenas modificando o local de inserção do nariz pela boca, diminuindo o tamanho da sonda a ser inserida.

Cuidados Relacionados:

- Cianose, tosse e dispnéia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente);
- Trocar a fixação da sonda sempre que estiver solta ou suja;
- É privativo ao enfermeiro na equipe de enfermagem a instalação da sonda nasogástrica;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
--

Número POP - 039	Data da Validação	Data da Revisão
-------------------------	--------------------------	------------------------

ANTROPOMETRIA

EXECUTANTE: Profissional de Saúde que prestam assistência ao usuário.

OBJETIVO: fazer um levantamento das medidas de tamanho e proporções do corpo humano.

CONCEITO:



Consiste em fazer um levantamento das medidas de tamanho e proporções do corpo humano, as medidas antropométricas, tais como: peso, altura, circunferência da cintura e do quadril. O objetivo desta investigação é avaliar o padrão nutricional e estabelecer a prevalência de obesidade de população brasileira e os fatores associados.

MATERIAIS: Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, Balança antropométrica, Algodão, álcool a 70%, Fita métrica, Glicosímetro, Fitas de glicemia.

ORIENTAÇÕES

O profissional de saúde deverá realiza-lo antes de cada atendimento ao usuário (consulta médica, consulta de enfermagem, consulta do cirurgião dentista, vacinação, inalação, medicação, curativos, HIPERDIA, puericultura, etc.).

1. Realizar a lavagem das mãos antes e após os procedimentos de acordo com o Protocolo.
2. Orientar ao usuário sobre o procedimento.
3. Avaliar suas queixas.
4. Registrar no prontuário as informações adquiridas, conforme protocolo.
5. Encaminhar as fichas ou as anotações para as salas de atendimento;
6. Manter a sala organizada.

***Para unidades de saúde onde os auxiliares/técnicos de enfermagem realizam as medidas antropométricas, temperatura axilar, aferição de PA e Glicemia Capilar para toda a equipe, a equipe deverá se organizar para as ações que serão prescritos pelo Enfermeiro quando da implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Neste sentido, dependendo das demandas da equipe de enfermagem para a efetivação da SAE, os profissionais de saúde deverão realizar as medidas antropométricas, aferição de PA e Glicemia dos seus pacientes, assim como as demais medidas antropométricas.

Cabe ressaltar que, não é exclusividade da equipe de enfermagem realizar pré-triagem para os demais membros da equipe.

PESO

- Balança Infantil – mecânica ou eletrônica
- Balança de Adulto
- Aferir periodicamente as balanças
- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme.



- 1- INFANTIL < de 1 ano= prato da balança deve ser forrado com uma proteção (papel descartável ou fralda de pano) antes da calibragem, para evitar erros na pesagem.
- 2- Para balança mecânica->Destruar a balança; verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Não estando calibrada, gire lentamente o calibrador, observe a nivelção da agulha.
- 3- Assim que calibrada, trave a balança
- 4- Verifique o ambiente (observe correntes de ar) para pedir à mãe despir a criança (inclusive calçado). Em Adolescentes/Adultos/Pessoa Idosa, devem ter o menor peso possível de roupas e acessórios.
- 5- Destruar a balança, mover os cursores sobre a escala numérica: primeiro adéque o “peso” maior para os quilos, depois o menor para os gramas
- 6- Coloque a Criança deitada, ou sentada na balança (atentar para sua segurança)
- 7- Ajude os Adolescentes/Adultos/Pessoa Idosa a subir na balança (devidamente forrada -> os pés descalços).
- 8- Realizar a leitura.
- 9- Travar a balança, evitando desgaste da mola (para manter o bom funcionamento do aparelho).
- 10- Retirar a criança da balança ou, auxiliar a descida do Adolescentes/Adultos/Pessoa Idosa da balança.
- 11- Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
- 12- Anotar o peso no cartão da criança ou, prontuário (no caso de adolescente/adulto/Pessoa Idosa).
- 13- Comunique o peso para o cliente ou acompanhante. 14- Deixe a balança, pronta para a próxima pesagem.

Passo a passo por imagem:

ATENÇÃO: Em hipótese alguma a criança menor de dois anos poderá ser pesada em balança de adulto.

PERÍMETRO CEFÁLICO

- 1- Criança em decúbito dorsal





- 2- Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima
- 3- Não incluir pavilhão auricular.
- 4- Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior
- 5- Registrar a informação no prontuário e na carteira de vacinação (podendo ser utilizado gráficos).
- 6- Registrar o valor encontrado em caderneta de vacinação e no prontuário conforme protocolo.
- 7- Manter a sala organizada.

PERÍMETRO TORÁCICO

- 1- Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança.
- 2- Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos.
- 3- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax.
- 4- Realizar a leitura.
- 5- Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento e cartão da criança.
- 6- Registrar no prontuário conforme protocolo estabelecido.

CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL

- 1- Orientar o paciente quanto ao procedimento.
- 2- Orientar a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível.
- 3- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
- 4- Manter a fita métrica ajustando no mesmo nível em todas as partes.
- 5- Realizar a leitura.
- 6- Registrar em prontuário conforme protocolo estabelecido.

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

- 1- Solicitar a pessoa que fique em pé com os braços relaxados ao lado do corpo, os pés juntos e a região abdominal também relaxada e livre de roupas.



- 2- O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura
- 3- Localizar a última costela – Solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos
- 4- Localizar a crista ilíaca – apalpar o íliaco até encontrar a região mais elevada
- 5- Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido
- 6- Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita
- 7- Verificar se a fita está alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão
- 8- Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugurar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos
- 9- Realizar a leitura no final da expiração
- 10- Registrar o valor obtido no prontuário conforme protocolo.

MEDIDA DE ESTATURA

Crianças menores de 2 anos:

- 1- Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.
- 2- Manter, com a ajuda da mãe/responsável: a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro; os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.
- 3- Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.
- 4- Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
- 5- Retirar a criança.
- 6- Registrar em prontuário conforme protocolo estabelecido.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:



- 1- Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento.
- 2- Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- 3- Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede.
- 4- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- 5- Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel. 6- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
- 7- Registrar no prontuário conforme protocolo estabelecido.

TEMPERATURA AXILAR

- 1- Receba o cliente e explique o procedimento e lave as mãos
 - 2- Expor e secar a axila, proporcionar a privacidade do usuário.
 - 3- Coloque o bulbo do termômetro na axila, protegendo o termômetro entre as duas dobras da pele, fazer abdução do braço direito até um ângulo de 35°C
 - 4- Assegurar a colocação exata e realizar a adução
 - 5- O termômetro deve ficar firme no local por 3 minutos 6- Retirar o termômetro
 - 7- Realizar leitura
 - 8- Anotar no prontuário
 - 9- Comunique a temperatura ao cliente ou acompanhante 10- Encaminhar paciente para consulta ou procedimento.
- Temperatura axilar com termômetro digital
1. Colocar o cliente em decúbito dorsal ou sentada. sentir o pulso sobre os dedos. Esse será o nível estimado da PAS, neste momento insufla-se mais 20 a 30 mmHg;
 2. Coloque o campânula (o diafragma) do estetoscópio sobre a artéria braquial; 9- Observar o mostrador do manômetro;
 3. Trave a válvula de rosca da pera;



4. Desaperte lentamente a válvula de rosca da pera, (observe o ponto de velocidade (lento) que permita observar o movimento do ponteiro do manômetro);
5. Ao liberar a pressão do manguito, após um período de silêncio ocorrerá o som inicial, (primeiro som, seguido de batidas regulares ->é o pico da pressão arterial durante a contração sanguínea (sístole);
6. Seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Acompanhe o ponteiro e após 10 a 20 mm Hg do último som auscultado solte o ar rapidamente. Registre a última fração numérica (diástole);
7. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólicas, complementando com a posição do cliente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida;
8. Anote no prontuário e cartão de acompanhamento do programa da unidade (se o mesmo tiver);
9. Realize educação em saúde ou orientações;
10. O cliente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial;
11. Encaminhar paciente para consultas ou procedimentos.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
--

Número POP - 040	Data da Validação	Data da Revisão
-------------------------	--------------------------	------------------------

COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Rastreamento de avaliação ginecológica das mulheres em idade fértil

MATERIAIS: Espéculo (tamanho pequeno, médio e grande). Lâmina com uma extremidade fosca. Espátula de Ayre. Escova cervical. Par de luvas para procedimento. Formulário de requisição do exame. Lápis n.º. 2 (para identificação da lâmina). Máscara cirúrgica e óculos de proteção. Fixador apropriado. Recipiente para acondicionamento das lâminas. Lençol para cobrir a cliente. Avental. Foco de Luz.

AÇÕES:

Descrição do procedimento:

ANTES DE INICIAR A COLETA





- 1- Perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical.
- 2- Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis n.º 2, com as iniciais do nome da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde. Identificar o frasco que vai acondicionar a lâmina com o nome completo da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde.

COLETA

- 3- Crie um ambiente acolhedor respeitando a privacidade da mulher;
- 4- Orientar a mulher sobre o desenvolvimento do exame;
- 5- Solicite á cliente que esvazie a bexiga;
- 6- Preencher o formulário completo, com letra legível e sem rasura;
- 7- Colocar a mulher na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível;
- 8- Cubra-a com o lençol;
- 9- Posicionar o foco de luz;
- 10- Colocar as luvas descartáveis;
- 11- Inicie o exame, expondo somente a região a ser examinada:
 - Observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.
- 12- Colocar o espéculo, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada:
 - Escolha o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente. A dificuldade em localizar o colo pode estar na escolha errada do tamanho do espéculo. O espéculo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal), muito jovem, menopausa das e em mulheres muito magras. O espéculo de tamanho grande pode ser o indicado para as mulheres múltíparas e para as obesas. Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- 13- Introduza o espéculo, procedendo da seguinte forma:



- a) Não lubrifique o espécúlo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina.
- b) No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espécúlo com soro fisiológico ou solução salina.
- c) Introduzir o espécúlo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado fazendo uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécúlo fique na posição horizontal.
- d) Abrir lentamente e com delicadeza de maneira que o colo do útero fique exposto completamente.
- e) Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.
- f) Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

14- Coleta da Ectocérvice:

- a) Utilize a espátula de madeira tipo Ayre, do lado que apresenta reentrância.
- b) Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360.º, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.
- c) A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro.

15- Coleta Endocervical:

- a) Utilize a escova de coleta endocervical.
- b) Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360.º.
- c) Estenda o material retirado da endocérvice rolando a escova de cima para baixo, na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

16- Fixação do Material:





- a) A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera.
- b) Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20cm.
- c) Colocar a lâmina dentro do seu recipiente.
- 17- Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher.
- 18- Retirar o espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais.
- 19- Auxiliar a mulher a descer da mesa. 20- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- 21- Anotar o procedimento, a inspeção clínica e as intervenções no prontuário da cliente.
- 22- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho
- 23- Orientá-la quanto ao tempo que levará para a chegada do resultado do exame.
- 24- Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade básica de saúde

Orientações para a mulher antes da coleta do exame:

1 - Não estar menstruada. Preferencialmente, aguardar o 5º dia após o término de menstruação.

A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa.

2 - Não usar creme vaginal nem submeter-se a exames intravaginais (ultrassonografia) pôr 2 dias antes do exame.

3 - Não manter relações sexuais 48 horas antes da coleta. É impossível realizar análise de amostra que contenha grande quantidade de sangue ou esteja contaminada pôr creme vaginal, vaselina e outros.





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 041 Data da Validação Data da Revisão

COLETA DE TESTE DO PEZINHO (PKU)

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.

OBJETIVO: Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem

MATERIAIS: Luvas de procedimento. Álcool a 70%. Gaze ou algodão. Lanceta com ponta triangular. Cartão específico para a coleta.

ORIENTAÇÕES

- 1- Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame;
- 2- Preencher de todas as informações do cartão de coleta, preferencialmente anotar todos os dados com letra de forma;
- 3- Preencher livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família;
- 4- Lavar as mãos;
- 5- Solicitar à mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical;
- 6- Calçar as luvas de procedimento e sentar-se em cadeira de frente para a mãe ou pai; 7- Fazer a assepsia com álcool a 70% do local a ser puncionado e secar completamente.
- 8- Fazer uma leve compressão, seguida por uma descompressão no local puncionado para aumentar a circulação sanguínea e obter uma boa gota de sangue
- 9- Segurar o calcanhar com o indicador e o polegar expondo o calcanhar para punção, mantendo o pé firme, sem apertar demais;
- 10- Não fazer pressão excessiva que pode prejudicar a coleta, dificultando a saída do sangue;
- 11- Escolher o local onde será feita essa punção, de acordo com a figura;
- 12- Puncionar o calcanhar nas áreas riscadas do calcanhar, conforme figura acima.
- 13- Espere formar uma GRANDE GOTA de sangue antes de colocá-la no papel;
- 14- Encoste delicadamente o verso do primeiro círculo do papel filtro na gota de sangue formada;



15- Após preencher o primeiro círculo, repetir o procedimento com todos os outros círculos.

Uma a duas gotas é o suficiente para preencher todo o círculo;

16- Verificar imediatamente a qualidade da amostra coletada é necessário que o sangue tenha atravessado o papel filtro (os dois lados);

- Amostra insuficiente:

- Amostra saturada:

- Amostra Molhada

- Amostra Valida:

17- Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze.

18- Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante.

19- Colocar a amostra para a secagem por período de 1 hora.

20- Não expor as amostras ao sol, ar-condicionado ou ventilador.

21- Lavar as mãos.

22- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

23- Registrar o procedimento em planilha de produção.

24- Manter a sala em ordem.

APÓS A SECAGEM DA AMOSTRA

25- Colocar os cartões de coleta em um envelope e encaminhá-los para Central de Exames em até 24 horas após a secagem do material.

- As coletas realizadas na sexta-feira podem ser enviadas para Central de Exames na segunda-feira, desde que não fiquem expostas ao sol, ar-condicionado ou ventilador.

- Amostras com mais de 30 dias de coletadas ou insuficientes para a realização do exame, são canceladas e são solicitadas uma nova amostra.

SOLICITAÇÃO DO MATERIAL





26- Quando houver necessidade de material, como lanceta, papel filtro do pré-natal (1ª e 2ª fase), papel filtro do neonatal, relação nominal e envelope, a solicitação poderá ser feita junto com o envio de amostras no próprio envelope.

RECOLETA (SORO OU SANGUE)

27- Identificar corretamente o tubo de soro ou sangue total com o nome completo e data de nascimento da criança;

28- Coletar a amostra de sangue;

29- Deixar o tubo com sangue por uma hora em temperatura ambiente, para retração do coágulo.

30- Enviar junto com o tubo de soro ou sangue a via de reconvocação enviada pelo setor de Busca Ativa do IPED/APAE.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 042	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Avaliar sinais e sintomas referidos por pacientes a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas.

MATERIAIS:

AÇÕES:

- 1- Receber o paciente no consultório;
- 2- Orientar quanto ao procedimento, diminuindo sua ansiedade;
- 3- Lavar as mãos;
- 4- Calçar as luvas;
- 5- Solicitar ao paciente que retire a blusa e o sutiã se for mulher;
- 6- Posicionar o paciente sentado na maca;
- 7- Iniciar o exame clínico das mamas;





INSPEÇÃO ESTÁTICA:

- 8- Inspeccionar as mamas com o cliente sentado com os braços pendentes ao lado do corpo;
- 9- Observar a cor do tecido mamário, erupções cutâneas incomuns ou descamação, assimetria, evidência de pele d'orange ("pele em casca de laranja"), proeminência venosa, massas visíveis, retrações ou pequenas depressões.
- 10- Inspeccionar a aréola quanto ao tamanho, forma e simetria.
- 11- Observar alterações na orientação dos mamilos, desvio da direção em que os mamilos apontam; achatamento ou inversão; ou evidência de secreção mamilar como crostas em torno do mamilo.

INSPEÇÃO DINÂMICA:

- 12- Solicitar que ao paciente que eleve e abaixe os braços lentamente;
- 13- Solicitar que ao paciente que realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.

PALPAÇÃO AXILAS:

- 14- Palpar as cadeias ganglionares axilares a paciente deverá estar sentada, o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador.
- 15- Palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semifletida e com leve inclinação lateral.

PALPAÇÃO MAMAS:

- 16- Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça;
- 17- Cada área de tecido deve ser examinada aplicando-se três níveis de pressão em sequência: leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica.
- 18- Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda.
- 19- Palpar a região da aréola e da papila (mamilo) sem comprimi-las.

PALPAÇÃO MULHERES MASTECTOMIZADAS:





- 20- Palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica;
- 21- Observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos.
- 22- Na presença de nódulos descrever: o tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.

PESQUISA DE DESCARGA PAPILAR:

- 23- Aplicar compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila.
- 24- Descrever se a descarga é uni ou bilateral, uni ou multiductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.
- 25- Encerrar o exame e pedir para o paciente se vestir; 26- Retirar as luvas;
- 27- Lavar as mãos;
- 28- Anotar no prontuário as observações realizadas no exame. 29- Encaminhar para serviço especializado os casos alterados:
 - Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independente da idade.
 - Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa.
 - Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
 - Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.
 - Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.
 - Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
 - Homens com 50 anos ou mais com massa subareolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 043 Data da Validação Data da Revisão

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.

OBJETIVO: Organizar o fluxo de coleta de exames laboratoriais na unidade;

MATERIAIS: Tubos para coleta de exames, Escalpes, Seringas, Algodão, Garrote, Álcool 70%, Caixa de isopor ou poliuretano, Gelox, Braçadeira 1 p/ 15 coletas, Caixa de descarte para material perfurocortante, Fita adesiva, Etiquetas para identificação, Luvas de procedimentos, Impressos/caderno para registro, Grade para suporte dos tubos, Coletor

Universal, Coletor de urina pediátrico, Esparadrapo, Papel toalha, Sabão líquido.

ORIENTAÇÕES

- 1- Preparar a sala que será usada, no final do dia anterior ao da coleta, organizando e abastecendo de materiais necessários;
- 2- Receber o cliente, checando o preparo adequado para o exame, levantando o rol de exames a serem realizados juntamente com as solicitações do sisreg e orientando para os procedimentos;
- 3- Registrar os exames em impressos ou planilhas destinados para tal;
- 4- Receber materiais coletados (fezes, urina e escarro) identificando-os e armazenando nas caixas de isopor também identificadas;
- 5- Identificar os tubos para a coleta de exames (bioquímica, sorologia, hematologia e outros), relacionando a quantidade de exames/tubos conforme protocolo do laboratório de referência;
- 6- Colher o material segundo técnica específica;
- 7- Realizar as coletas domiciliares de acordo com a rotina estabelecida na Unidade de Saúde;
- 8- Conferir os tubos após a coleta e acondicioná-los em recipiente identificado e próprio para o transporte ao laboratório;
- 9- Realizar o descarte de material perfurocortante respeitando as normas de biossegurança; 10- Preencher notificação em caso de acidente biológico;





11- Checar o retorno dos resultados dos exames em caderno próprio de registro ou no site específico de cada laboratório; não esquecendo de anotar exames não realizados, realizados de forma indevida, etc.

11- Orientar sobre a data da retirada do resultado de exame.

12- Registrar no prontuário eletrônico o procedimento, conforme protocolo.

13- Realizar no expurgo, a lavagem diária das caixas de isopor utilizadas e deixá-las para secagem.

14- Manter a sala limpa e organizada.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 044	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

VACINAS – NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; e Enfermeiros

OBJETIVO: Orientar quanto a rotina da sala de vacinas

ORIENTAÇÃO GERAL:

Ficam estabelecidas normas para o funcionamento das salas de vacina no município, objetivando obter melhor qualidade nas ações de imunização e aumentar os índices de cobertura vacinal, nos seguintes termos:

1º - A sala de vacina deverá contar com profissional na categoria de técnico de enfermagem e enfermeiro, obrigatoriamente capacitado em sala de vacina e administração de BCG-ID (quando for o caso de oferta de BCG), com carga horária mínima de 40 hs cada;

2º - A área física utilizada deverá estar de acordo com as normas do Programa nacional de Imunização (PNI), descritas no regimento municipal;

3º - Os equipamentos e materiais de uso permanentes devem constar, de acordo com o estabelecido pelo PNI, descrito no regimento Municipal;

4º - As vacinas utilizadas nas salas de vacina da rede pública deverão ser fornecidas pelo PNI do Ministério da Saúde, distribuídas pela Secretaria de Estado de Saúde às Gerências Regionais de Saúde e destas ao Município. É de responsabilidade do Município a distribuição para as salas de



vacinas. Não é permitido em sala de vacinas da rede pública o acondicionamento ou utilização de imunobiológicos doados e/ou fornecidos por outras instituições, bem como outros materiais ou insumos, que não constem na lista de imunobiológicos, materiais e equipamentos básicos da sala de vacina;

É de responsabilidade da equipe da sala de vacina a manutenção do estoque de imunobiológicos necessário para o atendimento da população;

As vacinas utilizadas nas salas de vacinas privadas deverão estar obrigatoriamente, registradas na ANVISA.

5º - As vacinas deverão ser conservadas e aplicadas de acordo com as normas técnicas estabelecidas pelo PNI, descritas neste regimento. Toda alteração de temperatura de geladeira não coincidente com as normas estabelecidas deverá ser comunicada, imediatamente, via telefone e e-mail, ao Núcleo Municipal de Imunização.

6º - É de inteira responsabilidade do enfermeiro da equipe estabelecer um fluxo de informação na unidade para evitar perdas de vacina por alterações de temperatura;

7º - As vacinas sob suspeita deverão ser mantidas entre 2º e 8º C, até o momento de seu envio ao Núcleo de Imunização.

8º - Todas as vacinas deverão ser disponibilizadas, diariamente, em todo o período de funcionamento da unidade;

9º - Qualquer cliente que procure um serviço de saúde que possui sala de vacina, durante o seu horário de funcionamento, deverá ser atendido, independente de seu local de residência, garantindo assim seu direito ao acesso ao serviço de imunização, evitando perda da oportunidade de encontro com o indivíduo, garantindo o controle de doenças imunopreveníveis;

10º - É obrigatório manter uma segunda via do comprovante vacinal, onde deve constar: data da aplicação, nome do laboratório produtor da vacina, número do lote, sítio de aplicação da vacina discriminando lateralidade, nome do vacinador e estabelecimento de saúde;

11º - Todos os indivíduos vacinados deverão estar inseridos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI);

12º - O controle de temperatura da geladeira da sala de vacina é de responsabilidade da equipe de enfermagem do setor e deverá ser anotada em impresso próprio, afixado na geladeira, diariamente, no mínimo, duas vezes ao dia;



13º - O degelo do refrigerador deverá ser realizado quinzenalmente ou quando houver placa de gelo na parede, prejudicando a manutenção da temperatura interna;

14º - A sala de vacinação deverá realizar, mensalmente, a busca de faltosos, tanto para adulto quanto para crianças;

15º - Mensalmente, conforme fluxo e data, preestabelecidos, o responsável pela sala de vacina deverá encaminhar ao Núcleo de Imunização as informações a respeito das doses aplicadas, controle de temperatura, utilização de imunobiológicos, exportação do SI-PNI, Fichas de notificação antirrábica, resumo de antirrábica e solicitação mensal de imunobiológicos.

16º - Todas as rotinas e técnicas de atendimento em sala de vacina encontram-se descritas no Regimento Municipal e no Manual de Normas e procedimentos de vacinação do PNI (2014). É de responsabilidade da equipe a leitura dos mesmos e de informes técnicos de alterações repassados pela instância municipal;

17º É de inteira responsabilidade do enfermeiro, a supervisão direta da equipe de vacinadores e das informações geradas pelo atendimento em vacina;

18º A decisão do fechamento da sala de vacina só poderá ser tomada juntamente com a Gerência de Imunização e o Departamento da Atenção Básica;

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

ENFERMEIRO

- 1- Exercer todas as atividades vacinação respeitando as normas técnicas vigentes
- 2- Atualizar, supervisionar e treinar em serviço a equipe que atua na sala de vacina
- 3- Consolidar os dados de doses de vacinas aplicadas
- 4- Preencher o Boletim Mensal de Doses Aplicadas
- 5- Fazer controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinas, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios
- 6- Notificar e investigar os Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) e os procedimentos inadequados pós imunização
- 7- Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV





- 8- Calcular e avaliar cobertura vacinal e taxa de abandono de sua área de abrangência
- 9- Avaliar as anotações do controle de temperatura dos equipamentos de refrigeração e notificar se ocorrer alterações de temperatura
- 10- Controle e previsão de imunobiológicos destinados à demanda de vacinação, tanto na rotina, como em campanhas e situações de bloqueios.
- 11- Avaliar sistematicamente as estratégias desenvolvidas.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

- 1- Manter e fazer manter a ordem e higienização do ambiente
- 2- Conhecer as normas de imunização, documentos técnicos sobre as vacinas aplicadas no calendário de vacinação e legislações específicas
- 3- Realizar as atividades de vacinação (rotina, campanhas, intensificação e bloqueios)
- 4- Avaliar as contra indicações e situações de adiamento às aplicações de vacinas
- 5- Prestar assistência com segurança
- 6- Utilizar os imunobiológicos de acordo com indicação preconizada pelo Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde.
- 7- Anotar procedimentos realizados e registrar na ficha registro as vacinas administradas.
- 8- Manter os imunobiológicos em temperatura adequada (+2° a +8° C)
- 9- Notificar os responsáveis pelas alterações de temperatura ocorridas no equipamento de refrigeração
- 10- Manusear os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento
- 11- Realizar limpeza dos equipamentos de refrigeração conforme necessidade: Geladeira doméstica, a camada de gelo no congelador. Não pode ultrapassar 1 cm
- 12- Operar os equipamentos corretamente e mantê-los em bom estado de funcionamento
- 13- Solicitar as vacinas indicadas para as crianças após o EAPV
- 14- Registrar e desprezar de forma adequada os imunobiológicos inutilizados
- 15- Fazer o controle e busca dos faltosos
- 16- Realizar, manter e orientar princípios de biossegurança





ESPAÇO FÍSICO

A Sala de Vacina deve ser de uso exclusivo para atividade de imunizações ter os seguintes requisitos:

- 1- Fácil acesso ao público
- 2- Planta física adequada
- 3- Ventilação e iluminação adequadas, evitando incidência de luz solar direta
- 4- Paredes e piso laváveis
- 5- Pia com torneira
- 6- Tomada para cada equipamento elétrico

MATERIAL PERMANENTE

- 1- Câmara para conservação de imunobiológicos
- 2- Bancada ou mesa para o preparo dos imunobiológicos
- 3- Bandejas de aço inoxidável de vários tamanhos
- 4- Mesa tipo escrivaninha com gavetas
- 4- Cadeiras (3 no mínimo)
- 6- Fichário ou arquivo
- 5- Armário com porta para armazenar material de consumo
- 8- Saboneteira para sabonete líquido
- 6- Suporte para papel toalha
- 7- Lixeira com tampa acionada por pedal
- 8- Suporte para caixa de descarte de material perfurocortante

MATERIAL DE APOIO E CONSUMO

- 1- Imunobiológicos
- 2- Bandeja plástica perfurada
- 3- Termômetro de máxima e mínima digital
- 4- Termômetro clínico digital
- 5- Algodão hidrófilo
- 6- Recipiente para algodão com tampa
- 7- Álcool a 70%;
- 8- Almotolia para álcool a 70%; ou pronta com álcool a 70% para utilização
- 9- Caixa térmica
- 10- Gelo reutilizável





- 11- Seringas descartáveis (1ml, 3ml e 5 ml)
- 12- Agulhas descartáveis para uso intradérmico, subcutâneo, intramuscular e diluição
- 13- Sabonete líquido
- 14- Papel toalha
- 15- Saco plástico para lixo
- 16- Material de escritório (lápiz, caneta, borracha, almofada para carimbo e outros)
- 17- Carimbo com a identificação da Unidade de Saúde
- 18- Carimbo para registro de vacina com CNES
- 19- Carteira de vacinas e cartão espelho

MATERIAL PARA ATIVIDADE DE VACINAÇÃO EXTRA MUROS

- 1- Imunobiológicos
- 2- Caixa térmica
- 3- Gelo reutilizável
- 4- Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
- 5- Algodão hidrófilo em recipiente com tampa
- 6- Almotolia com álcool a 70%
- 7- Seringas descartáveis
- 8- Agulhas descartáveis
- 9- Campo oleado
- 10- Caixa própria para descarte de material perfurocortante
- 11- Dispensador portátil com álcool gel
- 12- Material de escritório
- 13- Fita adesiva
- 14- Saco plástico para lixo hospitalar e comum
- 15- Impressos próprios para estratégia de vacinação





MATERIAL NECESSÁRIO EM CASO DE FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA

- 1- Caixa térmica
- 2- Termômetro cabo extensor e/ou caixa térmica com termômetro digital acoplado
- 3- Gelo reutilizável
- 4- Fita adesiva

IMPRESSOS E MANUAIS

- 1- Caderneta de Saúde da Criança (menino/ menina) e Caderneta de Vacinação do Adulto
- 2- Ficha de Registro de Vacinas
- 3- Mapa de Registro de Doses Aplicadas de Vacinas
- 4- Boletim mensal de doses aplicadas
- 5- Mapa para Registro Diário de temperatura
- 6- Mapa de movimento de imunobiológicos
- 7- Boletim mensal de movimento de imunobiológicos
- 8- Ficha de investigação de EAPV
- 9- Ficha de investigação de Procedimento Inadequado
- 10- Ficha de notificação de alteração de temperatura
- 11- Mapas e boletins específicos para estratégias de Campanhas de Vacinação
- 12- Norma Técnica do Programa de Imunização
- 13- Manual de Procedimentos para Vacinação
- 14- Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
- 15- Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação
- 16- Documento Técnico Rede de Frio
- 17- Informes Técnicos

INÍCIO DO TRABALHO DIÁRIO

1- Antes de iniciar as atividades diárias a equipe deve:

- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, as temperaturas máxima, mínima e do momento da Câmara de Conservação de Vacinas
- Realizar higienização das superfícies e bancadas de trabalho
- Verificar o estoque, prazo de validade dos imunobiológicos dispondo-os de maneira que, os que estiverem com o prazo de validade mais próximo do vencimento fiquem logo na frente para serem utilizados

- Retirar do compartimento de estoque a quantidade de vacinas e respectivos diluentes e acondicioná-los no compartimento de uso diário para que sejam utilizados durante a jornada de trabalho
- Fazer anotação no Mapa, à medida que os imunobiológicos forem sendo utilizados.

ATENDIMENTO A CLIENTELA

- 1º ATENDIMENTO - Verificar se o cliente está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno (pois, o mesmo pode já possuir a caderneta de vacinação)
- 1º ATENDIMENTO - Para primeira vez, fornecer (se não tiver) documento de registro de vacinação (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinação do Adulto)
- RETORNO - Verificar no arquivo a Ficha de Registro de Vacinas ou na Caderneta de vacinação.
- JUNTO AO CLIENTE - Obter informações a respeito do estado de saúde do cliente a ser vacinado, evitando falsas contraindicações. Orientar a importância da vacinação, esquema vacinal, retornos e possíveis eventos adversos.
- ANOTAÇÕES:
 - Fazer o registro do lote, validade e vacina a ser administrada
 - Mapa de Registro de Doses – aplicadas de vacinas (controle interno para alimentar o sistema)
 - Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacina Adulto, carimbando e datando
 - Alimentar o Sistema do Programa de Imunização – SIS PNI
 - Agendar retorno
- ADMINISTRAÇÃO DO IMUNOBIOLÓGICO
 - Verificar qual vacina será administrada de acordo com o Calendário Vacinal vigente
 - Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado
 - Lavar as mãos com água e sabonete líquido
 - Examinar o produto observando aspecto da solução, estado da embalagem, prazo de validade, número do lote, dose e via de administração preconizada
 - Preparar e administrar a vacina



- Observar a ocorrência de possíveis reações imediatas
- Desprezar o material descartável na caixa de material perfurocortante
- Reforçar as orientações
- Rubricar o documento de registro (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinas Adulto),
- Conferir o agendamento do retorno
- Anotar no prontuário conforme protocolo.
- Lavar as mãos com água e sabonete líquido

ENCERRAMENTO DO TRABALHO DIÁRIO AO FINAL DO DIA

- Desprezar os frascos de vacina que ultrapassaram o prazo para uso estabelecido após a abertura do frasco.
- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, a temperatura máxima, mínima e do momento da Câmara de Conservação de Vacinas
- Guardar no compartimento de estoque as vacinas que ainda podem ser utilizadas
- Guardar todo material
- Avaliar estoque das vacinas e se necessário fazer solicitação de grade de complementação.

HIGIENIZAÇÃO AMBIENTE DA SALA DE VACINA

- Equipe de Enfermagem- Higienização diária e sempre que necessário, de bancadas e superfícies com água e sabão e desinfecção com álcool a 70%.
- Serviço de Higiene- Utilizar técnica estabelecida pela empresa contratada, sendo que a periodicidade deverá ser: Limpeza Concorrente – diária e quantas vezes ao dia forem necessárias; Limpeza terminal – semanal.
- Utilizar acondicionamento necessário.
- O processo de vacinação não será cancelado por conta da higienização terminal na sala de vacinas.





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 045 Data da Validação Data da Revisão

INALAÇÃO

EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem

OBJETIVO: Orientar os profissionais acerca dos procedimentos a serem realizados, contribuindo na padronização dos procedimentos.

MATERIAL:

Kit de inalação (mascara, copo, extensão);

Régua de ar comprimido ou torpedo de oxigênio com fluxometro ou inalador portátil; Soro fisiológico;

Medicações conforme a prescrição.

ORIENTAÇÕES

1. Acolher o usuário com sua prescrição ou receita médica;
2. Acomodá-lo em local adequado para realização do procedimento;
3. Separar e montar o kit de inalação conforme a faixa etária do usuário (pediátrico ou adulto)
4. Checar a validade dos medicamentos e soro fisiológico para uso na inalação;
5. Preparar a medicação de acordo com a dosagem prescrita no copo do kit e montar o circuito conectando-o ao fluxômetro;
6. Orientar o usuário à permanecer com a máscara junto a face, mantendo a respiração eupneica durante todo o procedimento, assim como postura adequada mantendo vias aéreas permeáveis;
7. Ligar o fluxômetro e observar possíveis alterações e/ou queixas do usuário durante realização do procedimento. Solicitar presença do enfermeiro ou médico em caso de possíveis alterações com o usuário;
8. Ao Termina da inalação, desligar o fluxômetro, observando o estado geral do paciente e possíveis queixas;



9. Anotar no verso na própria receita com letra legível a data e horário da realização do procedimento, nome e número de registro do conselho de quem atendeu;
10. Proceder ao registro do atendimento no prontuário, seja físico ou eletrônico no caso do prontuário físico anotar com letra legível a data, horário, descrição do procedimento, nome e número de registro do conselho;
11. Desconectar o circuito para a desinfecção dos materiais
12. Realizar limpeza com álcool a 70% na régua e nos bicos de saída de O₂
13. Proceder a limpeza e desinfecção dos materiais conforme descrito no POP xx

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 046	Data da Validação	Data da Revisão

FERIDA

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

OBJETIVO: Padronizar o cuidado com feridas abertas e permitir um ambiente favorável para a cicatrização e reparação adequada.

APLICAÇÃO: aos pacientes com feridas abertas com exposição de tecidos e cicatrização por segunda intenção como as lesões por pressão, úlceras de pernas (venosa, arterial, neuropáticas).

MATERIAIS: Pacote de curativo estéril; Luvas de procedimento ou estéril depende da técnica a ser utilizada; Gazes estéreis; Esparadrapo ou Micropore; Soro fisiológico a 0,9%; Agulha 40x12; Acrescentar se necessário: lâmina de bisturi nº 23 com cabo, tesoura estéril reta pequena, Bacia ou cuba estéril, Ataduras de crepe, Chumaço de algodão estéril ou compressa estéril, Luvas estéreis e de procedimento.

AÇÕES:

- 1- Lavar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada (Protocolo Para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde – Ministério da Saúde / ANVISA / FIOCRUZ).
- 2- Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
- 3- Explicar ao cliente o que será realizado;
- 4- Garantir a privacidade do cliente;





- 5- Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- 6- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- 7- Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
- 8- Abrir a embalagem do SF a 0,9%, previamente aquecido e colocá-la próximo ao campo estéril;
- 9- Perfurar a parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
- 10- Calçar as luvas;
- 11- Umedecer o micropore ou esparadrapo com SF a 0,9% ou solução oleosa (glicerina, óleo de girassol) para facilitar a retirada da cobertura secundária;
- 12- Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou a luva de procedimento, observando o aspecto do curativo anterior;
- 13- Descarte o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico branco leitoso;
- 14- Descarte a luva de procedimento utilizada na remoção do curativo anterior;
- 15- Calçar novas luvas estéril ou de procedimentos em caso de pinças estéreis;
- 16- Realizar a limpeza da ferida considerando o tecido existente
 - **TECIDO DE GRANULAÇÃO** em quase 100% da ferida: - irrigue a lesão com soro fisiológico morno, em toda a sua extensão.
 - **TECIDO DESVITALIZADO** : necrose liquefativa / esfacelo (tecido de coloração amarelada, liquefeito ou mais seco) ou necrose coagulativa / escara (tecido mais firme, algumas vezes rígido, de coloração que varia entre o marrom, passando pelo cinza ao preto). Irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis.
 - **PRESENÇA DE INFECÇÃO** - irrigue a lesão ou limpe a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica (e antisséptico, se houver indicação). Posteriormente, remover todo o anti-séptico com solução fisiológica.
- 17- Secar a pele apenas ao redor da ferida, garantindo que as bordas da mesma fiquem secas.
- 18- Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica e posteriormente limpe a ferida operatória. (Certifique em não tocar na face da gaze que limpará a



ferida e alternar as faces da gaze enquanto se faz a limpeza. Após o uso de cada face da gaze, deve descartá-la e utilizar uma nova);

- 19- Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão; considerando a prescrição de enfermagem e ou médica.
- 20- Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;
- 21- Retirar as luvas;
- 22- Lavar as mãos;
- 23- Anotar no prontuário conforme protocolo considerando: tipo de ferida, aspecto, presença de exsudato, tamanho, local, e procedimento realizado, data, horário e profissional que realizou.
- 24- Orientar retorno do cliente, se necessário.

Orientações:

- A irrigação deve ser realizada com uma distância de aproximadamente 10cm entre o frasco de soro e o local irrigado.
 - Em caso de feridas muito exsudativas o curativo deverá ter indicação de duas vezes ao dia.
 - Se a ferida apresentar túneis, espaço morto, a irrigação deverá ser realizada nesses locais com o uso de uma seringa acoplada em um cateter (sonda de aspiração ou uretral).
 - O uso de produtos tópicos debridantes deverá ser orientado e prescrito pelo enfermeiro e ou médico.
- 25- O debridamento instrumental, quando necessário, deve se realizado pelo enfermeiro e ou médico. Lavar as mãos;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 047	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

RETIRADA DE PONTOS

EXECUTANTE: Equipe de enfermagem, médico e odontólogo





MATERIAIS:

Tesoura de Íris, Gazes (estéril),

Pinça Kelly ou anatômica (pacote de retirada de pontos), Luvas de Procedimento,

Soro Fisiológico 0,9%.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 048	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

CURATIVO EM COTO UMBILICAL

EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

OBJETIVO: Prevenir infecções e promover desidratação, mumificação e queda do coto umbilical.

MATERIAIS: 01 par de luvas, álcool 70%, 01 pacote de gaze e 01 pacote de cotonete.

AÇÕES:

- 1- Receber o cliente na sala de procedimento;
- 2- Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento; 3- Lavar as mãos;
- 4- Calçar as luvas;
- 5- Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool a 70%
- 6- Proteger o coto com uma gaze sem fixar, cobrir com a fralda, solicitar à mãe que vista a criança;
- 7- Orientar a mãe a realizar as trocas das fraldas normalmente e após o banho realizar a higienização do coto com álcool a 70%, sempre observando se o mesmo mantém-se seco;
- 8- Reavaliar diariamente até cicatrização total;
- 9- Lavar as mãos;
- 10- Anotar conforme protocolo;
- 11- Manter a sala em ordem.





PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP - 049

Data da Validação

Data da Revisão

SONDAGEM VESICAL

EXECUTANTE: Enfermeiros e Médicos

OBJETIVO: Orientar os profissionais ao procedimento.

MATERIAIS: Luvas de procedimento e Luvas estéreis, Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo cuba rim, cuba redonda, bolas de algodão ou gaze, Sonda vesical (Polivinil ou demora, dependendo do caso) número 10 a18 - Avaliar: sexo, idade, peso e altura, Bolsa coletora sistema fechado (sondagem de demora), Frasco coletor de urina (se necessário), Pinça Peanou similar, Seringa de 20ml para assepsia, Seringa de 10 ml (sondagem de demora); Agulha 30x8 (sondagem de demora), Frasco de solução antisséptica e Soro Fisiológico, Água destilada (sondagem de demora), Geleia anestésica, Esparadrapo / micropore (sondagem de demora), Saco plástico de lixo (branco), Lençol descartável, Biombo.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO FEMININO:

- 1- Preparar o material
- 2- Explicar o procedimento e sua finalidade a paciente
- 3- Encaminhar a paciente para higiene íntima ou fazê-la, se necessário
- 4- Preservar a privacidade da paciente com o biombo
- 5- Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com o lençol
- 6- Lavar as mãos
- 7- Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo entre as pernas da paciente
- 8- Colocar na cuba redonda as bolas de algodão embebidas no antisséptico e as bolas de algodão embebido com soro fisiológico
- 9- Colocar o lubrificante na gaze
- 10- Abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim 11- Calçar a luva com técnica asséptica
- 12- Lubrificar a sonda e aproximar a cuba rim





- 13- Afastar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda e com a mão direita fazer a antissepsia
- 14- No períneo usando as bolas de algodão embebido na solução antisséptico e a pinça Pean (sentido púbis/anus na sequência: grandes lábios, pequenos lábios e vestíbulo).
- 15- Usar a bola de algodão uma vez e desprezá-la
- 16- Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo aos mesmos princípios descritos acima
- 17- Afastar com a mão direita a cuba redonda e a pinça
- 18- Continuar a manter exposto o vestíbulo com a mão esquerda e, com a mão direita, introduzir a sonda lubrificada (mais ou menos 10 cm), colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada
- 19- Fazer o registro no prontuário do paciente e no mapa de produção
- 20- Deixar a unidade e o material em ordem e proceder à limpeza concorrente caso haja contaminação de superfícies

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO MASCULINO

- 1- Preparar o material
- 2- Explicar o procedimento e sua finalidade a paciente
- 3- Encaminhar a paciente para higiene íntima ou fazê-la, se necessário
- 4- Preservar a privacidade da paciente com o biombo
- 5- Lavar as mãos
- 6- Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo entre as pernas da paciente
- 7- Colocar o paciente em decúbito dorsal e com as pernas afastadas
- 8- Colocar o lubrificante na gaze
- 9- Abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim
- 10- Após enluvar as mãos, colocar 8 ml de geleia anestésica na seringa com o auxílio de outra pessoa
- 11- Segurar o pênis com uma gaze (com a mão esquerda) mantendo-o perpendicular ao abdome



- 12- Afastar o prepúcio com o polegar e o indicador da mão esquerda
- 13- Com a pinça montada fazer a antissepsia do meato uretral para a periferia (trocar as luvas se usar material descartável)
- 14- Injetar a geleia anestésica na uretra com a seringa e pressionar a glândula por 2 ou 3 minutos a fim de evitar o refluxo da geleia
- 15- Introduzir a sonda até a sua extremidade (18 a 20 cm), com movimentos circulares, com o pênis elevado perpendicularmente e baixar o pênis lentamente para facilitar a passagem na uretra bulbar
- 16- Recobrir a glândula com o prepúcio, a fim de evitar edema da mesma
- 17- Fixar a sonda na coxa ou na região hipogástrica (profilaxia de fistulas uretrais)
- 18- Fazer o registro no prontuário do paciente e no mapa de produção
- 19- Deixar a unidade e o material em ordem e proceder à limpeza concorrente caso haja contaminação de superfícies

ATENÇÃO

- Na sondagem de alívio: Retirar a sonda (terminada a drenagem) e o campo fenestrado e controlar o volume urinário e colher uma amostra se necessário
- Na sondagem de demora: Insuflar o balão com água destilada e puxar a sonda até sentir a ancoragem do balão no trigono vesical. Conectar a sonda na extensão do sistema coletor e retirar as luvas e fixar a sonda com uma tira de esparadrapo/micropore na coxa da paciente. (Sistema fechado conectado).

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
--

Número POP - 051 Data da Validação Data da Revisão

TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA

EXECUTANTE: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros.

OBJETIVO: Orientar os profissionais acerca do procedimento da troca de bolsa de ostomia a fim de prevenir a formação de lesão da pele ao redor do estoma, permitir a limpeza e o conforto ao paciente.



MATERIAIS: Luvas de procedimento, máscara descartável, Bolsa indicada ao paciente, Placa, Compressas de gaze não estéril, sabonete, água morna ou Soro Fisiológico 0,9%, comadre, caneta, tesoura.

AÇÕES:

- 1- Receber o paciente com atenção.
- 2- Promova a privacidade do paciente colocando o biombo e/ou fechando a porta do quarto.
- 3- Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade.
- 4- Lavar as mãos.
- 5- Coloque a máscara e calce as luvas de procedimento.
- 6- Esvazie a bolsa, se houver fezes, em comadre.
- 7- Remova a bolsa coletora, descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior.
Ampare a pele com gaze umedecida com água morna e descole suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo.
- 8- Descarte o material em lixeira de saco branco; guardar o clamp para reutilização.
- 9- Limpe o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele.
- 10- Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.
- 11- Apare os pelos em pele próxima ao estoma utilizando tesoura ou tricotomizador, se necessário.
- 12- Seque toda a área da pele ao redor do estoma.
- 13- Meça o estoma com escala de medição de estoma, régua ou faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno.
- 14- Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva
- 15- Caso sistema coletor de 1 peça, afaste a parte plástica da bolsa da placa adesiva, evitando o recorte acidental do plástico quando recortar a placa.
- 16- Recorte a placa adesiva de acordo com o desenho do molde.



- 17- Retire o papel que protege a barreira.
 - 18- Caso sistema coletor de 1 peça:
 - Ajuste a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver.
 - A parte drenável da bolsa deve estar voltada para os pés (em pacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados).
 - 19- Caso sistema coletor de 2 peças:
 - Ajuste a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver.
 - Encaixe a bolsa sobre o flange da placa, segurando a pela pestana com a abertura voltada para os pés (em pacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados).
 - Faça pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. No flange flutuante colocar os dedos sob esta e os polegares sobre o aro da bolsa para finalizar o encaixe da bolsa na placa.
 - 20- Faça pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderir à pele.
 - 21- Retire o papel que protege o adesivo microporoso, se houver, e faça leve pressão sobre este, para melhor aderir à pele.
 - 22- Feche a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha.
 - 23- Retire as luvas de procedimento e a máscara.
 - 24- Deixe o paciente confortável.
 - 25- Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada.
 - 26- Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo, descartando-os adequadamente.
- PGRSS.
- 1- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e aplique álcool 70%.
 - 2- Higienize as mãos.
 - 3- Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado registrando o aspecto do estoma, pele ao redor e do efluente drenado no espaço de anotação de enfermagem na prescrição de enfermagem.



Orientações:

- A troca de bolsa de ostomia deverá ser realizada distante dos horários das refeições.
- Durante a higienização, garanta a remoção de todo o resíduo de sabonete na pele evitando as dermatites.
- Não utilize antissépticos ou solventes na pele ao redor do estoma.
- Não utilize lâmina de barbear tipo gilette para remoção de pelos, pois isso poderá favorecer a formação de foliculite.
- Seque bem a pele próxima ao estoma, afim de favorecer uma boa aderência em pele e evitar a maceração.
- O recorte da placa não deve ultrapassar 3 mm entre o estoma e a placa adesiva da bolsa coletora evitando, assim, o contato de fezes na pele.

Utilizar a barreira protetora de pele em usada em presença de lesão de pele exsudativa ao redor do estoma (dermatites) para permitir adesão do dispositivo coletor.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Número POP – 052	Data da Validação	Data da Revisão
------------------	-------------------	-----------------

MANOBRA DE RCP – ADULTO E INFANTIL

EXECUTANTE: Profissionais de saúde de nível superior e médio devidamente capacitados

OBJETIVOS:

Qualificar a massagem cardíaca;

Comprimir o tórax na frequência e profundidade adequadas; Permitir o retorno do tórax a cada compressão;

Minimizar interrupções nas compressões e evitar ventilação excessiva

ORIENTAÇÕES:

Suporte Básico de Vida (BLS): Novas Diretrizes 2015 Suporte Básico de Vida – Diretrizes 2015

RCP de Alta Qualidade





- Apoiar-se sobre o tórax entre compressões;
- Interromper as compressões por mais de 10 segundos;
- Aplicar ventilação excessiva (ou seja, uma quantidade excessiva de respirações ou respirações com força excessiva);

Suporte Básico de Vida em Pediatria

As recomendações seguem as bases do que foi recomendado para adultos, com uma grande ênfase em se conseguir uma RCP de alta qualidade.

Os destaques das novas diretrizes em pediatria são:

O algoritmo foi modificado para que o socorrista ative o Serviço Médico de Emergência (SAMU 192) sem sair do lado da vítima (usando celular). Essa deve ser a primeira atitude em uma PCR presenciada, para só depois iniciar a RCP. Se a PCR não tiver sido

- Presenciada, deve-se aplicar 2 minutos de RCP, para só depois pedir ajuda e providenciar um DEA;
- Foi confirmada a sequência de atendimento C – A – B (circulation – airway – breathing) para RCP em pediatria para dar ênfase na massagem cardíaca inicialmente;
- Houve modificação nas compressões torácicas, que agora devem ser feitas em uma frequência de 100 a 120 /min (assim como em adultos);
- Recomenda-se que profundidade da compressão torácica em uma criança seja de 5cm e em bebês (exceto recém-nascidos) seja de 4cm. Para adolescentes seguir a mesma recomendação de RCP em adultos;
- Para crianças a RCP deve ser feita com massagem cardíaca e ventilações, diferentemente nos adultos, onde não há essa ênfase. A proporção é de 30:2 (compressões: ventilação) se houver apenas 1 socorrista. Caso haja dois ou mais socorristas, a proporção passa a ser de 15:2 (massagem: ventilação);
- A nova recomendação é para utilizar o DEA assim que ele estiver disponível, o que significa interromper as compressões torácicas para que o DEA verifique o ritmo e dê o choque se necessário.

Suporte Básico de Vida para Adultos – Profissional de Saúde





Para identificar a PCR, o profissional treinado pode checar a respiração e o pulso ao mesmo tempo para minimizar o tempo para o início das compressões torácicas;

Identificada a PCR e estando sozinho, usar o celular para acionar o Serviço Médico de Emergência e obter um DEA antes de iniciar a RCP. Não estando sozinho, pedir para alguém fazer isso enquanto se inicia a RCP;

A nova recomendação é para utilizar o DEA assim que ele estiver disponível, o que significa interromper as compressões torácicas e desfibrilar o paciente;

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP – 054	Data da Validação	Data da Revisão

TESTE DE GLICEMIA CAPILAR

EXECUTANTE: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e farmacêuticos

OBJETIVO: Medir a glicemia capilar para acompanhar os níveis de glicemia no sangue avaliando a eficiência da dieta, da medicação oral, da administração de insulina e em situações de urgência

MATERIAIS:

- Álcool 70%
- Algodão
- Lancetas.
- Glicosímetro
- Tiras reativas

ORIENTAÇÕES:

- Antes de começar a utilizar o aparelho é necessário inserir a bateria no compartimento localizado na parte superior do lado de trás do aparelho.
- Pressione o compartimento da bateria e remova a tampa. Coloque a bateria a qual deve ser inserida com o sinal negativo para cima e tampe o compartimento.



COMO UTILIZAR O APARELHO

- Passo 1º – Colocando a Tira Teste

Insira a tira para ligar o medidor. Quando usar o sistema pela primeira vez, ou antes de usar um novo frasco de tiras de teste, você precisa calibrá-lo, este processo pode ser feito facilmente pela inserção da tira de teste no aparelho. É muito importante verificar se o código que aparecerá no visor é o mesmo do frasco de tiras.

Obs.: Apenas realizar testes, quando os códigos estiverem corretos, para assegurar resultados precisos.

- Passo 2º – Cadastro da Tira Teste no Aparelho

Procedimento:

- A tira teste deve ser empurrada de maneira delicada no aparelho até ouvir um bip.
- Insira o código da fita, o qual deve ser feito rapidamente antes de o aparelho pedir para que o sangue seja colocado (através do desenho da tira teste).
- Na primeira vez que se cadastra o aparelho o número 1 aparecerá no visor o qual deverá ser adequado a numeração com a tira teste através das teclas M e C. O botão M aumenta a numeração enquanto o C diminui.
- O Código que aparecer no visor deve ser o mesmo que aparece nos frascos das tiras.

Passo 3º - Teste

- Antes do teste as mãos e o local da coleta devem ser lavados com água morna e sabão.
- Enxague e seque bem.
- Insira novamente a tira teste no aparelho sempre conferindo se o código que aparece no visor é o mesmo do aparelho.
- Realizar a assepsia com álcool 70%
- Para a obtenção da amostra de sangue pode ser usado um lancetador ou lanceta Posicionar o lancetador firmemente no local a ser puncionado
- Empurre de maneira delicada a tira de teste até ouvir um bip.
- A tira teste deve ser colocada com o código de barras voltado para cima e esse inserido no orifício do aparelho.



- Quando o aparelho mostrar o desenho da tira teste a amostra de sangue deve ser colocada na ponta da tira.
- Deve-se aguardar um bip, pois isso mostrará que a quantidade de sangue foi suficiente para o teste.
- O resultado do teste aparecerá em 5 segundos.

Mensagens Importantes que aparecem no visor

- HI -Se o resultado for acima de 600mg/dl
- Lo -Se o resultado for abaixo de 10mg/dl
- Er 1 -A tira já foi usada. Insira uma nova tira
- Er 2 -Se o teste foi realizado antes d a desenho da tira teste parecer, nesse caso repita a operação com uma nova tira. Aguarde até que o símbolo apareça antes da aplicação da amostra de sangue.
- Er 3-Temperatura fora do limite recomendado. Leve o sistema para onde a temperatura esteja dentro da faixa de operação (10 - 40°) e repita o teste após 30 minutos.
- Er 4- A amostra de sangue não foi suficiente. Repita o teste com uma nova tira de teste e amostra de sangue adequado.
- Bateria piscando no visor do aparelho assim que se coloca a tira teste: Bateria está fraca, e precisa ser trocada.

Cuidados:

- As tiras testes não devem ser reutilizadas
- Não guarde as tiras usadas no frasco que ainda contenha tiras de teste novas.
- Não expor o aparelho á luz solar direta, calor ou umidade excessiva.
- Não pulverize o medidor de glicose, nem mergulhe em água.
- Manuseie com cuidado para que não seja derrubado no chão ou receba pancada
- O aparelho deve ser mantido longe de campos magnéticos, tais como celulares e forno micro-ondas.
- Não dobre, nem movimente a tira de teste antes ou durante a aplicação e nem durante o processo de medição.





- Sempre que abri um novo frasco de tiras antes de começar a usar o aparelho confirme o código do aparelho. Os números de código do visor e no frasco devem ser o mesmo. Caso isso não aconteça os resultados do teste estarão incorretos

Obs.: A variação do nível de glicose no sangue para um adulto normal, não diabéticos em jejum é entre 70-99 mg/dl. Duas horas após as refeições para adultos não diabéticos é entre 100-139mg/dl.

O jejum é definido por uma não ingestão calórica por pelo menos oito horas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP - 58	Data da Validação	Data da Revisão

ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISTA

CONCEITO: A abordagem e o tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental com a finalidade de informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação de fumar fornecendo orientações para que possa lidar com síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso.

OBJETIVO:

As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência à nicotina. O tratamento objetiva, portanto, a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais.

MATERIAL/MÉTODO: Os métodos para os quais existem evidências científicas suficientes para comprovar sua eficácia na cessação de fumar são: a abordagem cognitivo- comportamental e alguns medicamentos.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular, em escolas e demais espaços públicos;





- b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;
- c) realizar a avaliação clínica inicial;
- d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário, de tratamento medicamentoso;
- e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;
- f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME;
- g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo;
- h) pode-se acionar o Programa Telessaúde ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada;

Apoio diagnóstico e terapêutico:

- a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e
- b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente;

ABORDAGEM DOS USUÁRIOS/PACIENTES

I. Abordagem breve/mínima (PAAP): consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; “triagens”, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo.





2. Abordagem básica (PAAPA): consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.

Componentes das duas primeiras abordagens PERGUNTAR E AVALIAR (PA)

As perguntas sugeridas como suficientes para avaliar o fumante quanto à sua dependência de nicotina, e seu grau de motivação para deixar de fumar, são:

1. Você fuma? Há quanto tempo? (diferencia a experimentação do uso regular; por exemplo, se o fumante diz fumar 5 cigarros por dia e ter começado a fumar há 15 dias, de acordo com a OMS ele ainda não é um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação).
2. Quantos cigarros fuma por dia? (pacientes que fumam 20 ou mais cigarros por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
3. Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro? (pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar).
4. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? (permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar). Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando?
5. Já tentou parar? Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6.
6. O que aconteceu? (permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, para que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa).

Fases motivacionais:

1. Pré-contemplação – não está pensando em parar de fumar.
2. Contemplação – pensando em parar de fumar algum dia na vida.
3. Preparação – pensando em marcar uma data de parada, porém, ainda não tem uma data definida.



4. Pronto para ação – quer parar nas próximas 4 semanas.
5. Manutenção – parou de fumar.
6. Recaída – parou de fumar, mas recaiu.

ACONSELHAR E PREPARAR

A partir das respostas às perguntas acima, recomenda-se aconselhar o fumante a parar de fumar, adaptando as mensagens ao perfil do fumante levando em consideração sexo, idade, existência de doenças associadas ao tabagismo, etc. A conduta deve estar de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar, ou não, no momento da consulta. Os fumantes que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias, devem ser estimulados a pensar sobre o assunto e serem abordados no próximo contato.

É importante que o profissional se mostre disposto a apoiá-los nesse processo. Já para aqueles interessados em parar de fumar, a etapa seguinte é prepará-los para isso. Nessa etapa da preparação para a cessação, o profissional de saúde deve sugerir que o fumante marque uma data, deve explicar os sintomas da abstinência e sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar (tomar água, chupar balas, mascar chicletes, gengibre, etc), e para quebrar os estímulos associados ao fumar (restringir o uso de café 15 e bebida alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o fumar, aprender a lidar com situações de estresse, etc). Esse preparo deve levar em consideração as experiências individuais do paciente e do próprio profissional que o está atendendo.

ACOMPANHAR

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência onde os riscos de recaída são maiores. Sugerem-se retorno para acompanhamento em pelo menos 3 momentos durante os seis meses subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, nos 1º, 3º e 6º meses.

Abordagem específica/intensiva - Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. Essa abordagem se diferencia das anteriores no que se refere a duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal.





Abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaíram após uma abordagem básica/mínima: Esses fumantes devem ser abordados sem críticas, analisando-se as circunstâncias de recaída, retornando ao processo da abordagem cognitivo- comportamental (PAAPA), e estimulando-o a tentar novamente. Caso o profissional julgue necessário, poderá encaminhá-lo para a abordagem específica/intensiva. Para reforçar a abordagem, o profissional de saúde pode fornecer material educativo, específico para o fumante.

Abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar:

Vários podem ser os motivos pelos quais alguns fumantes não demonstram desejo de parar de fumar: 1. Falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo. 2. Falta de recursos financeiros. 3. Crenças e receios relacionados ao processo de cessação. 4. Insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas. 5. Não desejam realmente. Qualquer que seja a razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação através de intervenções motivacionais, que podem ser sistematicamente feitas por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina.

Abordagem do não-fumante

A todo não-fumante deve ser perguntado se convive com fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho. Em caso afirmativo, ele deve ser esclarecido sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Se possível, devem receber material esclarecendo sobre tabagismo passivo. Esta abordagem pode ser feita com crianças a partir de 5 anos de idade, adequando a informação e a linguagem à faixa etária.

Critérios para utilização da farmacoterapia: Para prescrição de apoio medicamentoso, sugerimos critérios de acordo com o grau de dependência física da nicotina: 1. fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; 2. fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; 3. fumantes com escore do teste de Fagerström (veja na Parte II), igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; 4. fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito devido a sintomas da síndrome de abstinência; 5. não haver contra-indicações clínicas.

Critérios para seleção do medicamento: Em geral, a monoterapia é suficiente para a maioria dos pacientes. A escolha entre uma das formas de terapia de reposição de nicotina (adesivo e goma de mascar) e bupropiona dependerá da avaliação individual do paciente pelo profissional. Não

havendo contra-indicações clínicas, podem ser escolhidos os medicamentos acima, de acordo com a posologia e facilidade de administração.

Critérios para Inclusão na Abordagem Cognitivo-Comportamental:

A abordagem cognitivo comportamental deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, cadastrada para realizar a abordagem e tratamento do fumante. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou auto-manejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (Ministério da Saúde, 2001)

Critérios para Inclusão no Tratamento Medicamentoso:

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, serão os que, além de participarem (obrigatoriamente) da abordagem cognitivo-comportamental, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber (Ministério da Saúde, 2001):

O programa do Ministério da Saúde para abordagem e tratamento do tabagismo propõe que somente seja tratado com medicamentos antitabágicos o paciente que aceitou se submeter à abordagem cognitivocomportamental, desenvolvendo habilidades para a prevenção da recaída.

Tratamento:

Consulta de avaliação clínica do paciente: Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso, existência de co- morbididades psiquiátricas, e colher sua história clínica. Todo paciente que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado em consultas individuais subseqüentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente, endereço e telefone;
- Identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento e pela prescrição do medicamento, se houver;



- Histórico;
- Avaliação inicial e classificação da dependência à nicotina como muito baixa/baixa/média/elevada/muito elevada e sua respectiva inclusão em um dos escores do teste de Fagerström - de acordo com o Protocolo estabelecido;
- Indicação do tratamento proposto, especificando, se for o caso, qual apoio medicamentoso foi indicado, por quanto tempo, previsão de necessidade mensal, quantidades fornecidas por mês e que dosagem (número de tabletes da goma de mascar, adesivos, comprimidos) e informação quanto ao retorno das unidades eventualmente não utilizadas;
- Dados de evolução;
- Resultado obtido.

Obs.: A utilização dos medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo- comportamental, e nunca isoladamente (Fiore, 2000, Ministério da Saúde, 2001).

O uso de medicamentos tem um papel bem definido no processo de cessação do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista.

TESTE DE FAGERSTRÖM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc? Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc? Sim (1)

Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1) Outros (0)





4. Quantos cigarros você fuma por dia? Quantos cigarros você fuma por dia? Menos de 10 (0) De 11 a 20 (1) De 21 a 30 (2) Mais de 31 (3)
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? Sim (1) Não (0)
6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? Sim (1) Não (0)

Grau de Dependência:

0 - 2 pontos = muito baixo 3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 - 7 pontos = elevado

8 - 10 pontos = muito elevado

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
Número POP – 059	Data da Validação	Data da Revisão

SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

CONCEITO:

A visita domiciliar é um dos mais importantes instrumentos da prática da Medicina de Família.

O dilema passou a ser: quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar famílias de maior risco sem perder a qualidade da atenção às famílias de menor risco? Ou, por outro lado, ao realizar cobertura de todas – ou a maioria das – famílias, estaríamos desprivilegiando as mais necessitadas? É princípio fundamental do SUS a equidade, o que na prática significa tratar desigualmente os desiguais. E, com isto, há que se determinar uma maneira de diferenciar tais famílias.

No intuito de estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção à população adscrita, elaborou-se a Escala de Risco das Famílias, baseada em sentinelas para avaliação de situações de risco, procurando-se classificar, dentre elas, quais seriam as que demandam maior atenção.

EXECUTANTE: Todos os profissionais de saúde.

OBJETIVO:

Estabelecer prioridades na visita;





Descrever o grau de risco das famílias;

Focar suas atividades no diagnóstico situacional da família e da comunidade;

ORIENTAÇÕES:

1. A ficha de cadastro individual do e-SUS:

É preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas permitem à ESF reconhecer indicadores demográficos, socioeconômicos e nosológicos referidos nas pessoas da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico. O preenchimento do cadastro individual do e-SUS resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. Sua utilização representa a incorporação de um instrumento básico cotidiano no planejamento das ações e na pesquisa.

2. Sentinelas para avaliação de situações de risco:

Elegem-se informações da Ficha de cadastramento individual no e-SUS como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar, como explicitado na Tabela 01.

ACOES VOLTADAS PARA A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Como Organização Social de Saúde, reconhecemos a importância vital de implementar ações estratégicas que promovam o recrutamento e seleção adequados, a educação permanente e a segurança do trabalho dos colaboradores nas unidades básicas de saúde. Nesta proposta técnica, descreveremos detalhadamente essas ações, destacando sua relevância para o bom funcionamento e a qualidade dos serviços prestados por essas unidades.

Recrutamento e Seleção

No âmbito do recrutamento e seleção, é fundamental adotarmos um processo criterioso que identifique profissionais alinhados com os valores e objetivos da Organização Social de Saúde. Isso implica na definição clara de perfis de cargos, na utilização de múltiplos canais de recrutamento e na aplicação de técnicas eficazes de entrevista e avaliação de desempenho.



Educação Permanente

A educação permanente é essencial para mantermos os profissionais atualizados e capacitados para enfrentar os desafios do cotidiano nas unidades básicas de saúde. Nesse sentido, propomos a implementação de programas de capacitação contínua, abrangendo temas relevantes como protocolos clínicos, humanização do atendimento e gestão de crises.

Segurança do Trabalho

A segurança do trabalho é uma prioridade absoluta para garantir o bem-estar e a integridade física dos colaboradores. Propomos, portanto, a adoção de medidas preventivas como avaliações periódicas de riscos ambientais, campanhas de conscientização e fornecimento de equipamentos de proteção individual adequados.

Conclusão

Como representantes da Organização Social de Saúde comprometidos com a excelência na gestão de recursos humanos, enfatizamos a importância dessas ações para assegurar o funcionamento eficaz e seguro dessas instituições. Estamos à disposição para implementar e monitorar essas medidas, visando sempre a melhoria contínua dos serviços prestados e o bem-estar dos colaboradores.

GESTÃO DE PESSOAS	Recrutamento, seleção, contratação e recomposição dos profissionais da UNIDADE	No ato da assinatura do contrato, sendo o processo seletivo realizado em até 180 dias	Coordenadoria administrativa	Contínuo
	Elaboração do programa de educação permanente	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa, técnica e núcleo de educação permanente	Único
	Realização de capacitações estratégicas para a estruturação da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Mensal
	Avaliação de desempenho individual dos profissionais da UNIDADE	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa	Trimestral
	Implantação do programa de controle médico de saúde ocupacional - PCMSO	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa	Contínuo
	Celebração de parcerias com instituições de ensino dos municípios de abrangência	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Implantação e implementação do programa de humanização da UNIDADE	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Aplicação de pesquisa de satisfação do colaborador	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral	Semestral
	Implantação e implementação do programa de prevenção de riscos ambientais	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo



12. Proposta sistêmica de manutenção predial e ambiental

1. Levantamento e Inspeção Inicial:

Realizar um levantamento completo das condições prediais e ambientais da UBS, identificando áreas que necessitam de manutenção, reparos ou melhorias.

2. Categorização das Necessidades:

Classificar as necessidades de manutenção e reparos de acordo com sua urgência e impacto na segurança e funcionalidade das instalações da UBS.

3. Desenvolvimento do Plano de Manutenção:

Elaborar um plano detalhado de manutenção predial e ambiental, incluindo atividades preventivas e corretivas, assim como a alocação de recursos necessários para sua execução.

4. Implementação do Sistema de Registro e Monitoramento:

Estabelecer um sistema informatizado para registro e acompanhamento das atividades de manutenção, permitindo o controle eficiente das intervenções realizadas e a programação de novas ações conforme necessidade.

5. Treinamento da Equipe e Conscientização Ambiental:

Capacitar a equipe responsável pela manutenção predial e ambiental, fornecendo treinamentos sobre boas práticas de conservação e uso sustentável dos recursos, bem como sobre procedimentos de segurança no trabalho.

6. Parcerias e Contratos de Manutenção Externa:

Estabelecer parcerias com empresas especializadas em serviços de manutenção predial, elétrica, hidráulica, entre outros, para intervenções mais complexas e especializadas. Firmar contratos de manutenção preventiva e corretiva para garantir o suporte técnico adequado.





7. Cronograma de Manutenção Predial e Ambiental:

Atividades	Periodicidade
Inspeção geral das instalações	Semestral
Limpeza e desinfecção dos ambientes	Semanal
Manutenção preventiva de sistemas elétricos	Anual
Manutenção preventiva de sistemas hidráulicos	Semestral
Pintura e reparos em paredes e estruturas	Bienal
Manutenção de sistemas de climatização	Trimestral
Substituição de lâmpadas e reparos em sistemas de iluminação	Conforme necessidade
Manutenção de sistemas de ventilação e exaustão	Anual
Controle de pragas e vetores	Trimestral
Avaliação da qualidade do ar interno	Anual

Este cronograma pode ser ajustado de acordo com as necessidades específicas da UBS e as condições locais, garantindo a manutenção regular e adequada das instalações prediais e ambientais.

8. Avaliação de Desempenho:

Realizar avaliações periódicas do desempenho do programa de manutenção predial e ambiental, utilizando indicadores de eficiência, satisfação dos usuários e conformidade com normas e regulamentos aplicáveis.

Esta proposta sistêmica de manutenção predial e ambiental visa garantir a segurança, funcionalidade e conforto das instalações da UBS, promovendo um ambiente adequado para a prestação de serviços de saúde à comunidade atendida.

13. Proposta sistêmica de manutenção dos equipamentos

As áreas físicas, instalações, mobiliários, equipamentos e afins das Unidades gerenciadas pelo ISV serão mantidos estado de conservação e higiene adequados.

1. Levantamento e Inventário:

Realizar um levantamento completo de todos os equipamentos presentes na UBS, incluindo informações detalhadas sobre cada um, como marca, modelo, número de série, data de aquisição, histórico de manutenção, entre outros.

2. Categorização dos Equipamentos:





Classificar os equipamentos de acordo com sua criticidade e frequência de uso, priorizando aqueles essenciais para o funcionamento diário da UBS e para a segurança dos pacientes e profissionais de saúde.

3. Plano de Manutenção Preventiva:

Desenvolver um plano de manutenção preventiva para todos os equipamentos, estabelecendo periodicidade e procedimentos específicos para inspeção, limpeza, lubrificação e calibração, conforme recomendações dos fabricantes e normas técnicas aplicáveis.

4. Registro e Monitoramento:

Implementar um sistema informatizado para registro e monitoramento das atividades de manutenção, permitindo o acompanhamento do histórico de manutenção de cada equipamento, agendamento de intervenções preventivas e geração de relatórios de desempenho.

5. Treinamento da Equipe:

Capacitar a equipe técnica responsável pela manutenção dos equipamentos, fornecendo treinamentos periódicos sobre procedimentos de manutenção preventiva, identificação de falhas e solução de problemas, garantindo a competência necessária para realizar as atividades com eficiência.

6. Parcerias e Contratos de Manutenção:

Estabelecer parcerias com empresas especializadas em manutenção de equipamentos médico-hospitalares para serviços mais complexos e especializados. Firmar contratos de manutenção preventiva e corretiva com essas empresas, garantindo um suporte técnico adequado e ágil quando necessário.

7. Reposição e Atualização Tecnológica:

Monitorar o estado de obsolescência dos equipamentos e planejar a substituição ou atualização daqueles que se tornarem obsoletos ou inadequados para atender às necessidades da UBS. Estabelecer um fluxo de aprovação e aquisição de novos equipamentos de acordo com as políticas e orçamento da UBS.



8. Avaliação de Desempenho:

Realizar avaliações periódicas do desempenho do programa de manutenção de equipamentos, utilizando indicadores de eficiência, eficácia e custo-benefício. Utilizar os resultados dessas avaliações para promover ajustes e melhorias contínuas no sistema de manutenção.

Essa proposta sistêmica de manutenção dos equipamentos da UBS visa garantir o funcionamento adequado e seguro dos equipamentos médico-hospitalares, contribuindo para a qualidade e eficiência dos serviços de saúde prestados à comunidade atendida.

Atividades	Periodicidade
Levantamento e inventário dos equipamentos	Única (inicial)
Categorização dos equipamentos	Única (inicial)
Desenvolvimento do plano de manutenção preventiva	Única (inicial)
Implementação do sistema de registro e monitoramento	Única (inicial)
Treinamento da equipe técnica	Semestral
Parcerias e contratos de manutenção	Anual
Inspeção e manutenção preventiva dos equipamentos	Mensal
Limpeza e lubrificação dos equipamentos	Mensal
Calibração dos equipamentos	Semestral
Avaliação do estado de obsolescência dos equipamentos	Anual
Substituição ou atualização dos equipamentos obsoletos	Conforme necessidade

Este cronograma pode ser ajustado de acordo com as necessidades específicas da UBS e das recomendações dos fabricantes dos equipamentos. É importante manter uma periodicidade adequada para as atividades de manutenção preventiva, garantindo a segurança e o bom funcionamento dos equipamentos ao longo do tempo.



POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

1. Fundamentos e Conceitos de Política de Segurança da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

Para a implementação de controles de segurança faz-se necessária a criação de um processo de gestão da segurança da informação. Este processo deve considerar o incentivo à definição de políticas de segurança, cujos escopos devem abarcar o gerenciamento de riscos baseado em análise quantitativa e qualitativa, como análises de custo benefício e programas de conscientização.

A gestão da segurança da informação inicia-se com a definição de políticas, procedimentos, guias e padrões. As políticas podem ser consideradas como o mais alto nível de documentação da segurança da informação, enquanto nos níveis mais baixos podemos encontrar os padrões, procedimentos e guias. Isto não quer dizer que as políticas sejam mais importantes que os guias, procedimentos e padrões.

O primeiro documento a ser definido deve conter o comprometimento da alta administração, deixando clara a importância da segurança da informação e dos recursos computacionais para a missão institucional. É uma declaração que fundamenta a segurança da informação na totalidade da instituição. Deve conter ainda a autorização para a definição dos padrões, procedimentos e guias de mais baixo nível.

As políticas de alerta não são mandatórias, mas são fortemente incentivadas, normalmente incluindo as consequências da não conformidade com as mesmas. A política informativa é aquela que existe simplesmente para informar aos usuários de um determinado ambiente. Não implica necessariamente em requisitos específicos, e seu público alvo pode ser determinados setores somente ou até mesmo parceiros externos. Possuindo caráter genérico, pode ser distribuída para parceiros externos, como fornecedores, por exemplo, que acessam a rede do local, sem que isso acarrete o comprometimento da informação interna.

Os regulamentos de segurança são políticos que uma instituição deve implementar em conformidade com legislação em vigor, garantindo aderência a padrões e procedimentos básicos de setores específicos.

Os padrões especificam o uso uniforme de determinadas tecnologias. Normalmente são mandatórios e implementados através de toda a instituição, a fim de proporcionar maiores benefícios.

Os fundamentos ou princípios são semelhantes aos padrões, com pequena diferença. Uma vez que um conjunto consistente de fundamentos seja definido, a arquitetura de segurança de uma instituição pode ser planejada e os padrões podem ser definidos. Os fundamentos devem levar em conta as diferenças entre as plataformas existentes, para garantir que a segurança seja implementada uniformemente em toda a instituição. Quando adotados, são mandatórios. Os guias são similares aos padrões, embora mais flexíveis, se referindo a metodologias para os sistemas de segurança, contendo apenas ações recomendadas e são mandatórias. Consideram a natureza distinta de cada sistema de informação.

Podem ser usados para especificar a maneira pela qual os padrões devem ser desenvolvidos, como quando indicam a conformidade com certos princípios da segurança da informação.



Os procedimentos contêm os passos detalhados que devem ser seguidos para a execução de tarefas específicas. São ações detalhadas que as partes interessadas pertinentes e não pertinentes devem seguir. São considerados como inseridos no mais baixo nível em uma cadeia de políticas.

O seu propósito é fornecer os passos detalhados para a implementação das políticas, padrões e guias. Também podem ser chamados de práticas. As responsabilidades devem estar relacionadas com o perfil de cada envolvido no processo, como nos exemplos listados a seguir:

- a. Gerentes de mais alto nível: Estão envolvidos com toda a responsabilidade da segurança da informação. Podem delegar a função de segurança, mas são vistos como o principal ponto quando são consideradas as responsabilizações por eventos relacionados com a segurança;
- b. Profissionais de segurança dos sistemas de informação: Recebem da gerência de mais alto nível a responsabilidade pela implementação e manutenção da segurança. Estão sob sua responsabilidade o projeto, a implementação, o gerenciamento e a revisão das políticas, padrões, guias e procedimentos;
- c. Possuidores de dados: São responsáveis pela classificação da informação. Podem também ser responsabilizados pela exatidão e integridade das informações;
- d. Usuários: Devem aderir às determinações definidas pelos profissionais de segurança da informação;
- e. Auditor de sistemas de informação: São responsáveis pelo fornecimento de relatórios para gerência superior sobre a eficácia dos controles de segurança, consolidados através de auditorias independentes e periódicas. Também analisam se as políticas, padrões, guias e procedimentos são eficazes e estão em conformidade com os objetivos de segurança definidos para a instituição.

2. Recomendações Gerais da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

2.1. Recomendações para o uso aceitável dos recursos de TI

O uso correto e responsável dos recursos de TI deve ser aplicado a todos os usuários da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, inclusive as partes interessadas pertinentes, que utilizam esses recursos e a infraestrutura disponível.

Somente atividades lícitas, éticas e administrativamente admitidas devem ser realizadas, pelo usuário, no âmbito da infraestrutura de TI, ficando os transgressores sujeitos à Lei Penal, Civil e Administrativa, na medida da conduta, dolosa ou culposa, que praticarem.

Os sistemas de TI deverão ser utilizados sem violação dos direitos de propriedade intelectual de qualquer pessoa ou da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, como marcas e patentes, nome comercial, segredo empresarial, domínio na Internet, desenho industrial ou qualquer outro material, que não tenha autorização expressa do autor ou proprietário dos direitos, relativos à obra artística, científica ou literária.

As informações da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA devem ser utilizadas apenas para os propósitos definidos na sua missão institucional.

2.2. Recomendações para o uso seguro dos recursos de TI

O envolvimento do usuário é importante no processo da segurança dos recursos de TI, pois é na adequada utilização destes recursos, como instrumento de trabalho, que se inicia a formação de uma sólida cultura de segurança da informação. Desta forma, recomenda-se aos usuários a adoção das seguintes práticas:

- a. Manter registro das cópias de segurança;
- b. Guardar as cópias de segurança em local seguro e distinto daquele onde se encontra a informação original;
- c. Utilizar um método de senhas que garante a segurança do usuário;
- d. Alterar periodicamente suas senhas;
- e. Utilizar um método de segurança que garanta o atendimento com o Art. 46 e Art. 47, de acessos não autorizados;
- f. Certificar a procedência do site e a utilização de conexões seguras ao realizar transações via web;
- g. Certificar que o endereço apresentado no navegador corresponde ao site que realmente se quer acessar, antes de realizar qualquer ação ou transação;
- h. Digitar no navegador o endereço desejado e não utilizar links como recurso para acessar um outro endereço destino;
- i. Não abrir arquivos ou executar programas anexados a e-mails, sem antes verificá-los com um antivírus;
- j. Não utilizar o formato executável em arquivos compactados, pois estes tipos são propícios à propagação de vírus.

2.3. Recomendações sobre atividades permitidas

- a. Utilizar programas de computador licenciados para uso da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA;
- b. A instalação de programas e sistemas homologados é atribuição da administração de sistemas e TI;
- c. Criar, transmitir, distribuir, disponibilizar e armazenar documentos, desde que respeite às leis e regulamentações, notadamente àqueles referentes aos crimes informáticos, ética, decência, pornografia envolvendo crianças, honra e imagem de pessoas ou empresas, vida privada e intimidade.

2.4. Recomendações sobre atividades não permitidas

- a. Introduzir códigos maliciosos nos sistemas de TI;
- b. Revelar códigos de identificação, autenticação e autorização de uso pessoal (conta, senhas, chaves privadas etc.) ou permitir o uso por terceiros de recursos autorizados por intermédio desses códigos;
- c. Divulgar ou comercializar produtos, itens ou serviços a partir de qualquer recurso dos sistemas de TI;
- d. Tentar interferir sem autorização em um serviço, sobrecarregá-lo ou, ainda, desativá-lo, inclusive aderir ou cooperar com ataques de negação de serviços internos ou externos;

- e. Alterar registro de evento dos sistemas de TI;
- f. Modificar cabeçalho de qualquer protocolo de comunicação de dados;
- g. Obter acesso não autorizado, ou acessar indevidamente dados, sistemas ou redes, incluindo qualquer tentativa de investigar, examinar ou testar vulnerabilidades nos sistemas de TI;
- h. Monitorar ou interceptar o tráfego de dados nos sistemas de TI, sem a autorização de autoridade competente;
- i. Violar medida de segurança ou de autenticação, sem autorização de autoridade competente;
- j. Fornece informações a terceiros, sobre usuários ou serviços disponibilizados nos sistemas de TI, exceto os de natureza pública ou mediante autorização de autoridade competente;
- k. Fornecer dados classificados de acordo com a legislação vigente, sem autorização de autoridade competente;
- l. Armazenamento ou uso de jogos em computador ou sistema informacional;
- m. Uso de recurso informacional da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA para fins pessoais, incluindo entre estes o comércio, venda de produtos ou engajamento em atividades comerciais de qualquer natureza;
- n. Uso de aplicativos não homologados nos recursos informacionais;

3. **Recomendações Específicas da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA**

3.1. **Recomendações para controle de acesso à:**

- a. O acesso a informações rotuladas como públicas e uso interno não é restringido com controles de acesso que discriminam o usuário. Por outro lado, o acesso às informações confidenciais ou restritas serão permitidas apenas quando uma necessidade de trabalho tiver sido identificada e tal acesso aprovado pela unidade responsável. Da mesma forma, o acesso a alguns equipamentos de hardware e/ou software especiais (como equipamentos de diagnóstico de rede chamados "sniffers") deve ser restrito a profissionais competentes, com uso registrado e baseado nas necessidades do local.
- b. Recursos automáticos: Será dado a todos os usuários, automaticamente, o acesso aos serviços básicos como correio eletrônico, aplicações de produtividade e browser WEB. Estas facilidades básicas irão variar de acordo com os cargos. Todos os outros recursos dos sistemas serão providos via perfis de trabalho ou por uma solicitação especial feita ao proprietário da informação envolvida. A existência de acessos privilegiados, não significa por si só, que um indivíduo esteja autorizado a usar esses privilégios.
- c. Solicitação de acesso: As solicitações para novas identificações de usuários e alterações de privilégios devem ser feitas por escrito e aprovadas pela chefia imediata do usuário antes que um administrador de sistema realize tal solicitação. Os usuários devem declarar, claramente, porque são necessárias alterações em seus privilégios e a relação de tais alterações com as atividades exercidas;
- d. O processo de aprovação do acesso deve ser iniciado pelo superior do usuário e os privilégios garantidos continuarão em efeito até que o usuário mude suas atividades ou deixe-as. Se um desses dois eventos

ocorrer, o superior hierárquico tem que notificar imediatamente a unidade responsável. Todos aqueles que não são usuários diretos (contratados, consultores, temporários, etc.) têm que se submeter a um processo semelhante através de seus gerentes de projetos. Os privilégios destas pessoas deverão ser imediatamente revogados quando da finalização do projeto. O mesmo deverá ser observado no desligamento antecipado, considerando ainda a responsabilização pelas atividades e atos cometidos durante a sua permanência no local.

- e. Os privilégios para todos os usuários dos serviços da rede deverão ser revistos a cada seis meses.
- f. Termo de Responsabilização e Sigilo: Todos os usuários que desejam usar os sistemas devem assinar este termo antes de acessar as dependências do local. Nos casos em que o usuário já possua a identificação e acesso ao local, mas que ainda não tenha assinado tal termo, a assinatura do termo deve ser obtida em caráter de urgência. A assinatura deste termo indica que o usuário em questão entende e concorda com as políticas, padrões, normas e procedimentos da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA relacionados ao ambiente de TI (incluindo as instruções contidas neste documento), bem como as implicações legais decorrentes do não cumprimento do disposto.
- g. Senha de Acesso: As senhas de acesso são controles de segurança essenciais para os sistemas de segurança do ambiente de TI. Para garantir que os sistemas de segurança façam a parte do trabalho para o qual eles foram desenvolvidos, os usuários devem escolher senhas que sejam difíceis de serem deduzidas.
- h. Proibição de Senhas de Acesso Cíclicas: Os usuários dos recursos de TI devem utilizar sempre novas senhas e o histórico das senhas já utilizadas deve ser mantido pelo banco de dados. Os usuários podem escolher senhas de fácil memorização, mas que sejam ao mesmo tempo difíceis de serem descobertas por outras pessoas.
- i. Encadear várias palavras formando o que é conhecido como “frases de acesso”. Combinar números e pontuação em uma palavra regular.
- j. Criar acrônimos a partir de palavras de música, um poema ou outra sequência de palavras conhecidas.
- k. Em caso de suspeita de exposição indevida do ambiente de TI, todas as senhas de acesso devem ser imediatamente alteradas.
- l. Os usuários devem possuir orientação sobre a manutenção sigilosa das suas senhas de acesso e as responsabilidades envolvidas com o mal uso das mesmas. Independente das circunstâncias, as senhas de acesso não devem ser compartilhadas ou reveladas para outras pessoas que não o usuário autorizado, ficando o proprietário da senha responsável legal por qualquer prática indevida cometida.
- m. Em caso de comprometimento comprovado da segurança do ambiente de TI por algum evento não previsto, todas as senhas de acesso deverão ser modificadas. Nestes eventos uma versão segura do sistema operacional assim como dos softwares de segurança deverá ser baixada novamente. Da mesma forma, sob uma dessas circunstâncias, todas as alterações recentes de usuários e privilégios do sistema devem ser revisadas a fim de detectar modificações não autorizadas de dados.
- n. Todos os usuários têm que ser corretamente identificados antes de estarem aptos a utilizar qualquer atividade em computador ou recursos do ambiente de TI.

- o. Quaisquer computadores que tenham comunicação remota em tempo real com os sistemas de TI, devem se submeter ao mecanismo de controle de acesso definido pela unidade competente, levando-se sempre em consideração os privilégios necessários ao acesso a cada tipo de informação.
- p. Os computadores com informações sensíveis e/ou classificadas deverão, obrigatoriamente, ser desligados ou bloqueados na ausência do usuário.
- q. Quando os equipamentos ou contas de usuário não estiverem em uso deverão ser imediatamente bloqueados ou desligados.

4. Recomendação para a Utilização do Correio Eletrônico Corporativo da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

Deve ser vedado o acesso não autorizado às caixas postais de terceiros e as tentativas de acesso deverão ser registradas em log, inclusive acessos feitos indevidamente por administradores de sistemas;

Deve ser vedado o envio de informações críticas para pessoas ou organizações não autorizadas observando quando for o caso, orientações para o tratamento de informações classificadas;

Deve ser vedado o envio de material obsceno, ilegal ou não ético, envio de propaganda, mensagem do tipo corrente e de entretenimento, relacionadas com nacionalidade, raça, orientação sexual, religiosa, convicção política ou qualquer outro assunto que possa vir a difamar o usuário como cidadão e que não tenha relação com o serviço a que o usuário é destinado no ambiente do TI.

Deve ser vedado o envio de mensagens simultâneas aos usuários da rede, exceto por intermédio da administração desta;

É necessário o registro por parte do usuário, enquanto funcionário, nas listas de discussão em que se encontra inserido, para fins de controle e possível cancelamento quando houver necessidade;

É recomendada a utilização de Assinatura Digital, para o envio de mensagens internas via Correio Eletrônico Corporativo quando do trâmite de informações classificadas, seguindo sempre a legislação vigente que trata deste assunto.

5. Recomendação para a Utilização de Aplicações Corporativas e Software de Terceiros da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

Deve ser vedado aos usuários que fazem uso de sistemas de informação o acesso não autorizado a qualquer outro sistema que não possua permissão de uso, assim como a danificação, a alteração a interrupção da operação de qualquer sistema do ambiente de TI. Da mesma maneira deve ser vedado aos usuários a obtenção indevida de senhas de acesso, chaves criptográficas ou qualquer outro mecanismo de controle de acesso que possa possibilitar o acesso não autorizado a recursos informacionais;

A classificação ou reclassificação da informação deve seguir as orientações da legislação vigente;

Deve ser vedado aos usuários o acesso, modificação, a remoção ou a cópia de arquivos que pertençam a outro usuário sem a permissão expressa do mesmo;

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA deve reservar o direito de revogar os privilégios de usuário de qualquer sistema e a qualquer momento. Não sendo permitidas condutas que

interfiram com a operação normal e adequada dos sistemas de informação e que adversamente afetam a capacidade de outras pessoas utilizarem esses sistemas de informação, bem como condutas que sejam prejudiciais e ofensivas;

Deve ser vedada aos usuários a execução de testes ou tentativas de comprometimento de controles interno, este tipo de prática somente pode ser permitido a usuários técnicos, em situações nas quais esteja ocorrendo monitoramento e análise de riscos, com a autorização da unidade competente;

Deve ser exigido a assinatura de termo de confidencialidade antes que seja fornecido o acesso aos sistemas relacionados com a cadeia de privilégios do usuário.

As configurações e atribuição de parâmetros em todos os computadores conectados à rede devem estar de acordo com as políticas e normas de gerenciamento internas.

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA quanto ao desligamento do usuário, seus arquivos armazenados em estação de trabalho ou em qualquer servidor de rede, também, seus documentos em papel devem ser imediatamente revisados pela chefia imediata para determinar quem tornará curador das informações relacionadas, assim como nos casos devidos, identificar o método mais adequado para a eliminação das mesmas, levando-se em conta as orientações sobre a eliminação de informações classificadas contidas na legislação vigente. Todas as atividades dos usuários que podem afetar os sistemas de informação da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA devem ser possíveis de reconstituição a partir dos logs de maneira a evitar ou dissuadir o comportamento incorreto. Estes procedimentos devem contar inclusive com mecanismos de responsabilização claros e amplamente divulgados nos meios de comunicação internos.

A divulgação das regras e orientações de segurança aplicadas aos usuários finais deverão ser objeto de campanhas internas permanentes, seminários de conscientização e quaisquer outros meios de maneira a criar uma cultura de segurança da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA.

Deve ser vedada a utilização de software da Internet ou de qualquer outro sistema externo. Esta proibição é necessária porque tal software pode conter vírus, worms, Cavalos de Tróia e outros podem comprometer o ambiente de TI. Caso haja uma legítima necessidade de obtenção de aplicações de terceiros o fato deve ser comunicado à unidade competente para que a mesma estabeleça os procedimentos de segurança necessários. Deve ser vedada a utilização de dispositivos de armazenamento de origem externa, nas estações de trabalho ou nos servidores de rede antes de serem submetidos a um software antivírus. Todos os softwares e arquivos transferidos de fontes que não sejam próprias, via Internet (ou qualquer outra rede Pública) devem ser examinados com o software de detecção de vírus. Este exame deve acontecer antes que o arquivo seja executado ou aberto por um outro programa, como por exemplo, por um processador de texto e também, antes e depois que o material tenha sido descompactado.

O usuário do ambiente de TI da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA não deve executar ou desenvolver qualquer tipo de programa ou processo externo às suas atividades.

Os usuários não devem desenvolver, gerar, compilar, copiar, coletar, propagar, executar ou tentar introduzir qualquer código projetado para se auto replicar, danificar ou de outra maneira obstruir o acesso ou afetar o desempenho de qualquer computador, rede ou sistema de TI. Deve ser vedado aos usuários e visitantes fumar, comer ou beber próximo aos equipamentos de TI.

6. **Recomendação para a Manipulação das Informações da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA**

A palavra “usuário” será utilizada para designar todos utilizadores do ambiente de TI, independente do cargo ocupado;

Instruções claras e bem divulgadas sobre normas existentes sobre a manipulação de informações;

Todos os usuários têm que observar as exigências para manipulação da informação, baseadas no tipo de informação considerada e que será definida pelo seu proprietário (ou responsável) seguindo as orientações encontradas no documento de Política de Segurança. Os proprietários podem atribuir controles adicionais para maior restrição de acesso ou para ampliar a proteção a suas informações.

A divulgação de informações CONFIDENCIAIS ou RESTRITA, para qualquer pessoa (usuário ou não do ambiente de TI) da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, é proibida, a menos que este acesso tenha sido previamente autorizado pelo proprietário da informação. Todas as pessoas que não forem usuários diretos, devem assinar um termo de confidencialidade antes de terem acesso a esses tipos de informação. Os curadores dessas informações devem verificar a existência deste termo, devidamente assinado, antes de divulgá-las para pessoas que não pertençam ao quadro funcional. O acesso a este tipo de informação deve ser sempre devidamente registrado.

A reprodução da informação CONFIDENCIAL e/ou RESTRITA, incluindo a impressão de cópias adicionais, não é permitida a menos que seja explicitamente autorizada por seu proprietário. Da mesma forma, trechos, resumos, traduções ou qualquer material derivado de informações sensíveis ou resguardadas por direitos autorais, não poderão ser feitos a menos que o proprietário da informação tenha aprovado previamente.

O transporte físico das informações CONFIDENCIAIS e/ou RESTRITAS requer a observação no disposto em legislação relacionada.

Quando as informações são CONFIDENCIAIS e/ou RESTRITAS não forem mais necessárias e quando exigências legais ou regulatórias para sua retenção não se aplicarem mais, elas deverão ser destruídas de acordo com os métodos aprovados. É proibida a eliminação em latas de lixo ou em depósitos de papel que serão encaminhados para reciclagem. A informação sensível em forma de papel deve ser eliminada com o uso de picotador de papel. A informação sensível armazenada em disquetes, fitas magnéticas ou outras mídias magnéticas computacionais deve ser destruída via reformatação ou apagando-se a informação caso a mídia seja reutilizada por outros sistemas do da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA. A simples “remoção” de uma informação sensível armazenada em uma mídia magnética não é suficiente porque a informação pode ser definitivamente destruída com cortadores ou colocada em um recipiente especialmente destinado a armazenagem de informação sensível que será destruída.

7. **Responsabilidade da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA**

É de competência de cada unidade e responsabilidade para assinatura de seus usuários, objetivando a declaração de conhecimento de suas normas de segurança. As transgressões a tais normas deverão ser apuradas em conformidade com a legislação aplicável.

Anexo I

Glossário de Termos Técnicos

A

Ambiente do Site - Infraestrutura computacional, de rede e lógica, que compõe a base para o provimento do serviço Web.

Arquitetura de Rede - É uma definição de alto nível do comportamento e das conexões entre nós em uma rede, suficiente para possibilitar a avaliação das propriedades da rede.

Atacante - Indivíduo responsável pela realização de um ataque. **Ataque** - Ação que constitui uma tentativa deliberada e não autorizada para acessar/manipular informações, ou tornar um sistema não confiável, ou indisponível, violando assim a política de segurança. Um ataque bem-sucedido que resulte no acesso ou manipulação de informações, de forma não autorizada, é chamado de invasão.

Ataque de Negação de Serviço - Ataque que consiste em impedir o acesso autorizado a recursos de um sistema, seja através de uma grande sobrecarga no processamento de dados de um sistema computacional, da saturação de um ponto de acesso através de um grande tráfego de dados para uma rede, ou da indisponibilização de um ou mais serviços desse sistema.

Atividade Maliciosa - Qualquer atividade que infrinja a política de segurança de uma instituição ou que atente contra a segurança de um sistema computacional.

Autenticação - Procedimento utilizado na identificação de usuários, dispositivos ou processos, e que é pré-requisito para o acesso aos recursos de um sistema.

Autorização - É o direito ou permissão de acesso a um recurso de um sistema.

B

Backdoor - Programa que permite a um invasor retornar a um computador comprometido. Normalmente este programa é colocado de forma a não ser notado.

C

Capacidade de Sobrevivência (Survivability) - É a capacidade de um sistema de cumprir a sua missão, no momento certo, na presença de ataques, falhas ou incidentes.

Cavalo de Tróia - É um Programa que além de executar funções para as quais foi aparentemente projetado, também executa outras funções normalmente maliciosas e sem o conhecimento do usuário.

Cenário de Uso - É uma instância do uso de um sistema, tanto o uso legítimo como o uso em uma invasão. O organismo utilizador, normalmente caracterizada por um processo ou programa de computador, que requisita e utiliza recursos/informações e interage com um serviço fornecido por um sistema computacional, como por exemplo um servidor Web (ver Servidor Web, Serviço Web).



Código Malicioso - Programa, ou parte de um programa de computador, projetado especificamente para atentar contra a segurança de um sistema computacional, normalmente através de exploração de alguma vulnerabilidade desse sistema.

Comprometimento de segurança - É uma violação de segurança na qual os recursos do sistema são expostos, ou potencialmente expostos, a um acesso não autorizado.

Confiança - Atributo de um sistema de informação que provê a base para ter a confiança de que o sistema opera de forma a cumprir a política de segurança.

Confiança (Assurance) - Medida de confiança garantida pela arquitetura ou pelas características de segurança implementadas em um sistema de informação automatizado.

Confidencialidade - É o requisito que diz que uma informação não é disponibilizada ou revelada para partes não autorizadas.

Contato Técnico de Segurança - Pessoa ou equipe a ser acionada em caso de incidente de segurança envolvendo um sítio governamental, com atribuições eminentemente técnicas sobre a questão.

Correção de Segurança - Software que têm por finalidade corrigir os problemas de segurança referentes a vulnerabilidades conhecidas. Também chamado de patch, hot fix ou service pack.

Criptografia - É a disciplina que trata dos princípios, meios e métodos para a transformação de dados, tornando-os ininteligíveis, de forma a possibilitar a detecção de modificações no conteúdo da informação e/ou prevenir seu uso não autorizado.

Controle de Acesso - Mecanismo utilizado para proteger os recursos de um sistema de acesso não autorizado. Deve permitir, de acordo com uma política de segurança, o acesso somente às entidades autorizadas, como usuários, processos, programas ou outros sistemas.

D

Desfiguração de Site - Ataque que consiste em desfigurar, ou seja, substituir ou alterar o conteúdo de uma ou mais páginas Web em um site. A desfiguração normalmente é consequência da exploração bem-sucedida de uma vulnerabilidade no servidor Web que hospeda as páginas do sítio.

Detecção de Intrusão - Consiste no monitoramento e análise de eventos em sistemas computacionais, com o propósito de detectar e prover alertas sobre tentativas de acesso não autorizado a recursos destes sistemas.

Direito de Acesso - É a permissão dada a uma pessoa para acessar e manipular informações presentes em um sistema.

Disponibilidade - É o requisito que diz que os recursos de um sistema estarão disponíveis para acesso, por pessoas autorizadas, sempre que venham a ser solicitados.

Firewall - Um sistema, constituído pela combinação de software e hardware, que intermedia o acesso a uma rede, permitindo ou proibindo certos tipos de acesso, de acordo com uma política de segurança pré-estabelecida.

Firewall Pessoal - Um sistema utilizado para proteger um único computador contra acessos não autorizados. Constitui um tipo específico de firewall.

I

Incidente de Segurança - Um incidente de segurança é caracterizado por qualquer evento adverso, confirmado ou sob suspeita, relacionado à segurança de sistemas computacionais ou de redes de computadores. Tentativas de obter acesso não autorizado a sistemas ou dados, ataques de negação de serviço, uso ou acesso não autorizado a um sistema e desrespeito à política de segurança ou à política de uso aceitável de uma instituição são exemplos de incidentes de segurança.

Informação de Autenticação - Informação apresentada e utilizada para confirmar a identidade de alguém, como usuários, processos, programas ou sistemas.

Integridade - É o requisito que diz que uma informação não é modificada ou destruída de maneira não autorizada ou acidental.

Intrusão - Ver Invasão. Intruso - Ver Invasor.

Invasão - Evento ou combinação de eventos que constituem um incidente de segurança em que um invasor ou um código malicioso obtém acesso a um sistema, ou a recursos de um sistema, de forma não autorizada.

Invasor - Indivíduo responsável pela realização de uma invasão.

Irretratabilidade - Garantia de que o emissor de uma mensagem não irá negar posteriormente a sua autoria ou participação em uma transação. É controlada pela existência de uma assinatura digital que somente o emissor pode gerar.

M

Mecanismo de Controle de Acesso (Access Control Mechanism) - São mecanismos de hardware ou software, procedimentos operacionais ou gerenciais usados para detectar e prevenir os sistemas computacionais contra acessos não autorizados.

Modelo de Uso (Usage Model) - É a definição de todos os cenários de utilização possíveis de um ambiente de sistemas, incluindo o uso legítimo e aquele possível de ser explorado por um intruso.

Mecanismos de Controle de Acesso - São mecanismos de hardware ou software, ou procedimentos operacionais ou gerenciais, usados para proteger os sistemas computacionais contra acessos não autorizados.

Modo seguro - É o conjunto que envolve configurações, procedimentos e diretrizes de segurança recomendados por entidades notoriamente reconhecidas na área de segurança da informação.

N

Negação de Serviço - É o ataque à segurança feito a partir da saturação de um ponto de acesso de forma que este não disponha de banda passante para o atendimento dos seus usuários legítimos.

O

Órgãos Conveniados - São aquelas entidades que não fazem parte das estruturas organizacionais da Administração Pública Federal (APF), e, mediante convênio, utilizam os serviços oferecidos por meio dos

Sistemas de TI destas. Órgão Proprietário do Sítio Governamental - Entidade governamental proprietária do domínio onde se encontram armazenadas as informações e serviços prestados.

P

Plug-in - Módulo constituído por um dispositivo de hardware ou software, que adiciona uma característica, funcionalidade ou serviço específico a um sistema.

Política de Segurança - Atribui direitos e responsabilidades aos indivíduos que lidam com os recursos computacionais de uma instituição e com as informações neles armazenados. Define as atribuições de cada indivíduo em relação à segurança dos recursos com os quais trabalha. Qualquer evento que resulte no descumprimento da política de segurança é considerado um incidente de segurança.

Política de Uso Aceitável - Documento que define como os recursos computacionais de uma instituição podem ser utilizados. Também define os direitos e responsabilidades dos usuários destes recursos.

R

Recursos da Infraestrutura de TI - Os recursos da infraestrutura de TI incluem equipamentos, utilitários, aplicativos, sistemas operacionais, mídias de armazenamento, contas em servidores, contas de correio eletrônico, navegação na Internet e intranet, serviço de transferências de dados, terminal virtual, comunicação interativa e sistemas de gestão.

Rede Sem Perímetro - É uma rede caracterizada por tipologia e funcionalidade que não podem ser determinadas, assim como pela ausência de controle centralizado.

Registro de Evento - Conjunto de informações armazenadas e que estão relacionadas aos eventos ocorridos em um determinado contexto, como serviços Web, autenticação de usuários, etc.

Requisitos de Sobrevivência de Serviços - É a definição dos serviços essenciais assim como das funcionalidades relacionadas com a resistência, reconhecimento, recuperação e adaptação, e evolução que são suficientes para satisfazer os requisitos necessários à garantia da sobrevivência do sistema.

S

Script - Um script consiste em uma lista de comandos que podem ser executados sem a interação do usuário. Normalmente é escrito em uma linguagem de programação simples, que facilita o seu desenvolvimento. É bastante utilizado, por exemplo, em serviços Web, para a realização de buscas, processamento e fornecimento de informações em páginas Web.

Serviços de Adaptação e Evolução - São funções que melhoram continuamente a capacidade do sistema de fornecer os serviços essenciais, melhorando sua resistência, capacidade de reconhecimento e recuperação.

Serviços Subsidiários - São serviços adicionais à emissão dos certificados que suportam a assinatura digital e outros serviços relacionados ao comércio eletrônico como criptografia de dados. Como exemplo deste tipo de serviços pode-se citar serviços de diretoria e serviços de geração de pares de chaves. O serviço de diretório possibilita que os usuários recuperem certificados e outras informações sobre pessoas, como nomes distintos e endereços de e-mail. Serviços de geração de pares de chaves fornecem aos usuários pares



de chaves pública/privada de alta qualidade apropriadas para um algoritmo criptográfico particular. As chaves privadas são seguramente destruídas após a sua geração de forma a evitar potenciais comprometimentos.



INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 143
[Handwritten Signature]
07.609.365/0001-67



Anexo II

Referências de Legislação 3.2 Decreto Nº 8.183, de 11 de abril de 1991 dispõe sobre a organização e o funcionamento do Conselho de Defesa Nacional. 3.3 Decreto Nº 1.048, de 21 de janeiro de 1994 dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do SISP 3.4 Decreto 3505, de 14 de julho de 2000 atualiza o código penal e dá outras providências 3.6 Decreto 4553 Define procedimentos para a classificação de informações sensíveis.





Anexo III

Exemplo de Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, _____, Portador do documento de identidade nº _____, comprometo-me a manter sigilo sobre dados, processos, informações, documentos e materiais que eu venha a ter acesso ou conhecimento no âmbito da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, em razão das atividades profissionais a serem realizadas e ciente do que preceituam a Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), no seu art. 229, inciso I; o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), nos arts. 153, 154, 314, 325 e 327; o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código do Processo Penal), no art. 207; a Lei nº 5.689, de 11 de janeiro de 1973 (Código de Processo Civil), nos arts. 116, 117, 132 e 243; a Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (Lei de Arquivos), nos arts. 4, 6, 23 e 25; a Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000 (Alteração do Código Penal); e o Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002 (Salvaguarda de dados, informações, Documentos e materiais sigilosos).

E por estar de acordo com o presente Termo, assino-o na presença das testemunhas abaixo mencionadas.

Colaborador

Diretoria





**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTENCIA À
MATERNIDADE E A INFANCIA DE LAVRAS DA
MANGABEIRA – CE**

CNPJ 07609 365/0001-67

BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA
MANGABEIRA – CEARA

Presidente: Mirialdo Linhares Garcia,

Primeiro Secretário: Júlia Maria Linhares de Sá Torres

Primeiro Tesoureiro: João Vieira da Silva

Vice-Presidente: Gustavo Belchior Linhares

Segundo Secretário: Maria Sizenita Venâncio Gonçalves

Segundo Tesoureiro: Ieda Torquato Lobo Vieira

Data da Revisão: 01/11/2023

Versão: 1.0





SUMÁRIO

Apresentação

Principais Referências Normativas

Gestão da Integridade na EBSEH

Premissas do Programa

a. Comprometimento da Alta Administração

b. Independência, estrutura e autoridade da área responsável pelo Programa de Integridade

c. Instâncias com responsabilidades pelo Programa de Integridade

Riscos de Integridade

Elementos da Integridade

a. Código de Ética e Conduta do ISV

b. Prevenção

c. Comportamentos esperados dos colaboradores

d. Amplitude deste programa

e. Registros e controles contábeis confiáveis e íntegros

f. Atendimento aos requisitos de transparência nas contratações

g. Prevenção de fraudes e ilícitos

h. Atuação dos agentes públicos na gestão dos contratos administrativos

i. Troca de brindes e materiais institucionais a parceiros

j. Incorporação de unidades hospitalares

Canal de denúncias

Capacitação e Comunicação Social

a. Capacitação

b. Comunicação Social

Monitoramento

a. Aplicação de medidas disciplinares em caso de violação deste Programa

b. Detecção e interrupção de irregularidades ou infrações e remediação

dos danos gerados

c. Monitoramento

Anexo (Plano de Integridade)

Definições





APRESENTAÇÃO

Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, constituída sob forma de Associação, sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado, localizada na ROD BR 230, S/N, Bairro Virgílio de Aguiar Gurgel, CEP 63.300-000, sede e foro no município de Lavras da Mangabeira, Estado de Ceará.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará adotará o nome fantasia de Instituto São Vicente.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, tem por finalidade:

I - prestar serviços médicos hospitalar e ambulatorial, com atendimento em pequena, média e alta complexidade;

II - realizar exames laboratoriais, de imagem e eletrocardiograma;

III - realizar a gestão e operação de unidades e serviços voltados para a promoção de saúde, assistência social e áreas afins, públicos ou privados.

Atuando no segmento dos serviços não exclusivos no qual o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas na oferta de serviços estes que envolvem direitos humanos fundamentais, como no caso específico a saúde, O Instituto São Vicente, tem plena noção da sua responsabilidade tanto perante a gestão pública quanto à sociedade.

O Instituto São Vicente é uma Organização Social, planejada e efetivada em consonância com as diretrizes da Lei Federal no 9.637, de 15 de maio de 1998, leis estaduais e municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades, sendo composta por uma equipe administrativa, assistencial e multidisciplinar qualificada em prestação de serviços de Gestão e tecnologia nas áreas da saúde, Educação e Projetos Sociais.

Observa-se que a integridade pública é composta por estruturas institucionais que contribuem para a realização dos objetivos desejados pela sociedade. Nesse contexto, a predominância da transparência desempenha um papel fundamental no interesse público, fortalecendo a confiança dos cidadãos em suas instituições.

Na prática, esse sentimento se reflete no escrutínio de todos os aspectos das ações dos gestores, incluindo decisões, planos, orçamentos, despesas, contratos, transferências e metas. Isso



permite determinar se a organização está cumprindo sua missão. A ampla fiscalização é o ceme dessa questão, e a integridade é a garantia desse processo.

Com a efetiva implementação deste programa, a instituição reforça seu compromisso com a sua missão institucional e convoca todos os colaboradores a adotar comportamentos íntegros e éticos como parte integrante de seu DNA organizacional. Essa iniciativa destaca o papel da instituição como um modelo de conduta exemplar para a sociedade à qual ela se dedica. Além disso, é importante ressaltar que, ao seguir esses princípios de integridade e ética, a instituição não apenas serve como referência, mas também contribui para o fortalecimento de laços de confiança com seus stakeholders, promovendo um ambiente de respeito e responsabilidade em todas as suas operações.

O programa não só estabelece diretrizes claras, mas também fornece os recursos e o suporte necessários para que todos os colaboradores possam desempenhar um papel ativo na promoção desses valores em todas as interações da organização com a sociedade.

O Instituto São Vicente é uma Organização Social que atua nas áreas da saúde, educação e projetos sociais. Com o objetivo de promover uma cultura de integridade e compliance em toda a sua organização, o Instituto São Vicente estabelece o presente Programa de Integridade e Compliance.

Este Programa tem como objetivo:

Garantir que o Instituto São Vicente opere de forma ética e em conformidade com as leis, normas e regulamentos aplicáveis;

Proteger os interesses da organização, de seus colaboradores, parceiros e beneficiários;

Prevenir e combater a corrupção, fraudes e outras irregularidades.

Princípios

O Programa de Integridade e Compliance do Instituto São Vicente é baseado nos seguintes princípios:

Transparência: Todas as atividades do Instituto São Vicente devem ser realizadas de forma transparente, com acesso público às informações relevantes.

Responsabilidade: Todos os colaboradores do Instituto São Vicente são responsáveis por agir de forma ética e em conformidade com as leis, normas e regulamentos aplicáveis.

Equidade: Todas as pessoas devem ser tratadas de forma justa e imparcial, independentemente de sua posição ou cargo.

Responsabilidade social: O Instituto São Vicente deve atuar de forma responsável com a sociedade e o meio ambiente.

Áreas de aplicação





O Programa de Integridade e Compliance do Instituto São Vicente aplica-se a todas as atividades da organização, incluindo:

Operações administrativas: O Instituto São Vicente deve adotar políticas e procedimentos que garantam a integridade e conformidade de suas operações administrativas, como compras, contratações, finanças e contabilidade.

Atividades operacionais: O Instituto São Vicente deve adotar políticas e procedimentos que garantam a integridade e conformidade de suas atividades operacionais, como prestação de serviços de saúde, educação e projetos sociais.

Relações externas: O Instituto São Vicente deve adotar políticas e procedimentos que garantam a integridade e conformidade de suas relações externas, como com fornecedores, parceiros e beneficiários.

Mecanismos de controle

O Instituto São Vicente implementará os seguintes mecanismos de controle para garantir a eficácia do Programa de Integridade e Compliance:

Código de Conduta: O Instituto São Vicente adotará um Código de Conduta que estabeleça os princípios e valores que devem orientar o comportamento de todos os colaboradores.

Treinamento: O Instituto São Vicente oferecerá treinamentos periódicos a todos os colaboradores sobre os princípios e valores do Programa de Integridade e Compliance.

Canal de denúncia: O Instituto São Vicente disponibilizará um canal de denúncia anônimo para que os colaboradores possam relatar irregularidades.

Investigação e apuração: O Instituto São Vicente investigará e apurará todas as denúncias recebidas, tomando as medidas cabíveis.

Comitê de Integridade e Compliance

O Instituto São Vicente criará um Comitê de Integridade e Compliance responsável por supervisionar a implementação e o funcionamento do Programa de Integridade e Compliance. O Comitê será composto por representantes da alta administração da organização, bem como por colaboradores de diferentes áreas.

Responsabilidades

As responsabilidades pelo cumprimento do Programa de Integridade e Compliance são as seguintes:

Alta administração: A alta administração do Instituto São Vicente é responsável por garantir o apoio e a liderança do Programa de Integridade e Compliance.

Colaboradores: Todos os colaboradores do Instituto São Vicente são responsáveis por cumprir os princípios e valores do Programa de Integridade e Compliance.

Comitê de Integridade e Compliance: O Comitê de Integridade e Compliance é responsável por supervisionar a implementação e o funcionamento do Programa de Integridade e Compliance.





PRINCIPAIS REFERÊNCIAS NORMATIVAS

O Programa de Integridade do Instituto São Vicente se baseia em um arcabouço de legislações do ambiente externo e normativas internas que estabelecem as diretrizes para a conduta ética de todos os envolvidos, sejam dirigentes, colaboradores, parceiros ou terceiros da instituição. Essas orientações éticas orientam as interações e ações da organização em consonância com os mais elevados padrões de integridade.

O programa concentra-se na promoção de exemplos éticos e, simultaneamente, na prevenção e combate a atos de fraude e corrupção. Anualmente, a eficácia do programa é avaliada através dos canais de monitoramento designados, garantindo que as práticas e políticas de integridade estejam sendo adequadamente implementadas e ajustadas conforme necessário. Além disso, a avaliação contínua do programa contribui para a constante melhoria das práticas da instituição, reforçando seu compromisso com a integridade e a ética em todas as esferas de atuação. Abaixo, seguem os principais instrumentos que mobilizam o sistema de integridade corporativo:

- 1) Código de Ética e Conduta;
- 2) Regulamento de Seleção de Pessoal;
- 3) Regulamento de compras e aquisições;
- 4) Ouvidoria





GESTÃO DA INTEGRIDADE NO INSTITUTO SÃO VICENTE - ISV

A cultura da integridade permeia integralmente a estrutura de governança e gestão do Instituto São Vicente (ISV). O objetivo primordial é assegurar que todos os colaboradores compreendam plenamente suas responsabilidades e desfrutem do apoio incondicional da Alta Administração ao executarem suas funções.

O Programa de Integridade do ISV aborda essa temática por meio de um conjunto de elementos fundamentais, incluindo:

Liderança: Definindo claramente o comprometimento da alta liderança com a integridade e a ética, estabelecendo um exemplo inspirador para todos os colaboradores.

Padrões de Conduta: Estabelecendo diretrizes e normas rígidas que delineiam os princípios éticos pelos quais todos os envolvidos devem se orientar em suas atividades.

Correção: Enfatizando a importância da retidão e da conformidade estrita com leis e regulamentos em todas as ações da organização.

Denúncias: Oferecendo canais seguros e confidenciais para denúncias de irregularidades, garantindo um ambiente onde as preocupações possam ser expressas sem medo de retaliação.

Capacitação: Proporcionando treinamento contínuo para que os colaboradores compreendam plenamente os princípios éticos e as políticas de integridade da instituição.

Comunicação: Garantindo que a mensagem de integridade seja disseminada amplamente e de maneira compreensível para todos os públicos envolvidos.

Monitoramento: Estabelecendo processos de acompanhamento para avaliar a eficácia das práticas de integridade e tomar medidas corretivas quando necessário.

Riscos e Controle Interno: Identificando e gerenciando proativamente os riscos relacionados à integridade e mantendo controles internos eficazes para prevenir e detectar irregularidades.

A gestão da ética é um dos pilares fundamentais deste programa e inclui ferramentas reconhecidas, como detecção, investigação e a aplicação de sanções que variam de ações disciplinares a processos criminais, conforme a gravidade das infrações.

Este documento apresenta o Programa de Integridade de forma transparente e acessível, não apenas para os colaboradores, mas também para a sociedade em geral e os órgãos de controle. O ISV tem o firme propósito de servir como um modelo de integridade e ética, representando um





exemplo a ser seguido pela sociedade. Nossa equipe acredita firmemente que a integridade é um valor transcendental que vai além das questões governamentais e serve ao bem-estar do Estado e da comunidade como um todo.

05 PILARES DA POLÍTICA DE INTEGRIDADE

Compromisso da Alta Administração

O compromisso da alta administração é o alicerce de uma política de integridade eficaz. Isso envolve a liderança da organização demonstrando, por meio de palavras e ações, seu comprometimento inabalável com a integridade e a ética. Eles estabelecem um exemplo claro para todos os colaboradores, parceiros e partes interessadas.

A alta administração deve:

- Comunicar e reforçar consistentemente os valores e princípios éticos da organização.
- Definir as expectativas de comportamento ético e conformidade com leis e regulamentos.
- Apoiar a implementação de políticas de integridade e tomar medidas corretivas em caso de violações.
- Participar ativamente de iniciativas de integridade e promover um ambiente onde a ética seja priorizada.

Código de Ética e Conduta

O Código de Ética e Conduta é um documento essencial que estabelece os princípios éticos pelos quais todos os envolvidos na organização devem se guiar. Ele descreve as diretrizes e normas que definem o comportamento esperado e os valores da organização.

As premissas do Código de Ética e Conduta inclui:

- Estabelecer regras claras e compreensíveis que abordem situações éticas comuns.
- Proporcionar orientações sobre como os colaboradores devem agir em situações éticas complexas.
- Definir consequências para o não cumprimento das normas éticas.
- Ser amplamente comunicado e facilmente acessível a todos os envolvidos.

Gestão de Riscos e Controles Internos

A gestão de riscos e controles internos é fundamental para identificar, avaliar e mitigar riscos relacionados à integridade.

A forma de atuação envolve:

- Identificar possíveis riscos éticos e de conformidade em todas as áreas da organização.





- Implementar controles internos eficazes para prevenir e detectar violações éticas.
- Realizar avaliações regulares de riscos para manter os controles atualizados.
- Desenvolver planos de contingência para gerenciar crises éticas ou violações.

Capacitação e Treinamento

A capacitação e treinamento são vitais para garantir que todos compreendam plenamente os princípios éticos da organização e como aplicá-los em situações práticas.

A forma de trabalho de capacitação e treinamento inclui:

- Fornecer treinamento regular sobre integridade e ética para todos os colaboradores.
- Abordar tópicos como o Código de Ética, políticas de integridade e práticas de conduta.
- Assegurar que os colaboradores estejam cientes das implicações legais e éticas de suas ações.
- Oferecer oportunidades para tirar dúvidas e buscar orientações sobre situações éticas.

Canais de Denúncia e Investigação

Os canais de denúncia e investigação são mecanismos críticos para identificar e lidar com violações éticas. Tendo como objetivos:

- Estabelecer canais seguros e confidenciais para relatar preocupações éticas.
- Garantir que as denúncias sejam tratadas de maneira imparcial e justa.
- Realizar investigações completas em resposta a denúncias de violações éticas.
- Tomar medidas corretivas apropriadas, incluindo a aplicação de sanções, quando necessário.

Cada um desses elementos desempenha um papel vital na promoção de uma cultura de integridade e ética dentro da organização, protegendo-a de riscos éticos e fortalecendo a confiança dos colaboradores, parceiros e partes interessadas. Eles devem trabalhar em conjunto de maneira coordenada para garantir a eficácia da política de integridade.

Revisão e atualização

O Programa de Integridade e Compliance do Instituto São Vicente será revisado periodicamente para garantir sua adequação às necessidades da organização.

O Instituto São Vicente está comprometido com a promoção de uma cultura de integridade e compliance em toda a sua organização. O presente Programa estabelece os princípios, diretrizes e mecanismos de controle necessários para alcançar esse objetivo.



REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 1º. Para o cumprimento do conjunto de diretrizes e princípios previstos no Estatuto Social e demais documentos da entidade, ficam estabelecidos as seguintes regras de organização e funcionamento, aplicáveis ao conjunto de associados:

Art. 2º. São instâncias consultivas e deliberativas do ISV:

- I. A Assembleia Geral;
- II. A Diretoria;
- III. O conselho fiscal;
- IV. O conselho de administração;

§1º As instâncias deliberativas são a Assembleia Geral e a Diretoria ;

§2º As instâncias de caráter consultivo são o Conselho Fiscal, o Conselho de Administração.

Art. 3º. A Assembleia Geral será coordenada pelo Diretor Presidente ou, na ausência deste, pelo Diretor Vice-Presidente ou, estando também ausente, pelo Diretor Financeiro.

Art. 4º. Os trabalhos na Assembleia Geral obedecerão à seguinte ordem:

- I. Aprovação e discussão da Pauta do dia;
- II. Eleição e destituição dos membros da Diretoria e do Conselho Fiscal;
- III. Aprovação dos planos e planejamento do ISV;
- IV. Aprovação de alteração e reforma do Estatuto Social;
- V. Aprovação de alteração do Regimento Interno;
- VI. Revisão ou anuência, conforme o caso, das deliberações da Diretoria ;
- VII. Fixação do valor das contribuições habituais a serem pagas pelos associados



mantenedores;

VIII. Deliberação sobre assuntos não previstos no Estatuto Social ou qualquer outro assunto de relevância para o ISV que lhe seja submetido;

§1º As decisões serão tomadas pela maioria simples dos membros presentes, salvo nos casos em que haja previsão diversa no Estatuto;

§2º As votações poderão ser simbólicas ou nominais, abertas ou secretas, a critério dos presentes em cada reunião, devendo ser consignado em ata a forma de votação adotada, bem como o resultado de cada deliberação;

§3º Sob responsabilidade do Secretário, deverá ser lavrada e registrada em livro próprio a Ata de cada Assembleia Geral, assinada pelos integrantes da mesa, nos termos do Estatuto Social;

§4º As matérias constantes da pauta poderão ser transferidas para a próxima reunião ordinária, quando terão preferência para discussão e votação;

§5º Poderão ser incluídas na pauta do dia, matérias consideradas de urgência pela Plenária;

§6º As questões de ordem terão preferência sobre quaisquer outras, não podendo o Presidente negar a palavra ao associado que a solicitar para esse fim;

§7º O associado que assim desejar, poderá requerer ao Presidente que conste em ata seu pronunciamento, bem como seu voto, quando este for diverso da deliberação dos membros presentes.

Art. 5º. Para o exercício de suas competências estatutárias, a Assembleia Geral poderá:

I. Requisitar informações a qualquer Associado ou membro da Diretoria, Conselho de Administração e Conselho Fiscal;

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO DE
PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:59:14 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67



- II. Determinar a continuidade, suspensão ou a conclusão de estudos ou atividades de interesse da entidade;
- III. Analisar recursos e pedidos de reconsideração;
- IV. Solicitar a petição de demandas perante os órgãos públicos ou privados;

Art. 6º A Diretoria , sempre que reunida, deliberará sobre questões previamente estabelecidas.

Art. 7º. O Conselho Fiscal e o Conselho de Administração reunir-se-ão, ordinária ou extraordinariamente, conforme determinação do Estatuto ou a critério de seus integrantes, e suas atividades poderão ser registradas em livro próprio.

Art. 8º. Para o exercício de suas funções o Conselho Fiscal poderá:

- I. Requerer a qualquer tempo à apresentação dos relatórios, balancetes, extratos e ou contratos bancários e demais documentos financeiros necessários à elaboração de seu relatório de análise das contas;
- II. Requerer a participação do Diretor Presidente, do Diretor Administrativo Financeiro ou de qualquer outro integrante da diretoria para obter esclarecimentos acerca de omissões, obscuridades ou contradições dos documentos financeiros da associação.

Dos Associados

Art. 09. Os Associados, além de se submeterem a este regimento deverão ter ciência de seus direitos e deveres conforme Estatuto.

Art. 10. São considerados associados ausentes os associados Integrantes que em 6 (seis) meses consecutivos ou 9 (nove) meses alternados em um período de 2 (dois) anos, por vontade própria, deixaram de participar da vida ativa da Associação, assim compreendendo, de forma global ou isolada as seguintes situações:

- I. não participação nas reuniões da Assembleia Geral;
- II. Outras situações reconhecidas por decisão de maioria absoluta dos Órgãos deliberativos do ISV.

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO
DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:58:28 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 157

07609.365/0001-67

Parágrafo único – Fica o associado Integrante com residência e domicílio fora da sede do Instituto, em um raio de 100 km (cem quilômetros), desobrigado das demais condições estabelecidas neste artigo, devendo, todavia, pelo menos 1 (uma) vez por ano manter contato com a Associação através de participação de 1 (uma) de suas reuniões e de 1 (uma) visita a sede.

Art. 11. São considerados dependentes dos associados aqueles reconhecidos pela legislação vigente ou, em caso excepcional, os admitidos pelos Órgãos Deliberativos.

Parágrafo único – São deveres dos dependentes, no que for cabível, todos os deveres da categoria do associado do qual é dependente.

CAPÍTULO II DOS COLABORADORES

Art. 12. O quadro de colaboradores do ISV deverá ser composto de pessoas jurídicas e profissionais especializados, contratados para a execução de suas diferentes atividades técnicas e administrativas, em número compatível com a necessidade dos trabalhos, desde que os encargos decorrentes não prejudiquem o seu equilíbrio financeiro.

§1º Nas contratações de colaboradores realizadas pelo ISV, a Diretoria observará critérios de transparência, impessoalidade, igualdade e publicidade;

§2º É de responsabilidade dos colaboradores zelar pelo cumprimento da legislação, do Estatuto, deste Regimento Interno e das demais normas oriundas dos órgãos deliberativos do ISV.

Do processo de seleção

Art. 13. O processo de seleção de colaboradores deve ser requisitado por meio de adequado dimensionamento das necessidades do ISV, encaminhado à Diretoria, a qual compete deliberar sobre a contratação.

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO DE
PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:57:49 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ - CNPJ 07609 365/0001-67



Art. 15. Quando se tratar de pessoas jurídicas, compete ainda demonstrar o atendimento aos seguintes critérios, sem prejuízo dos demais que porventura sejam exigidos pela legislação vigente, Estatuto social e demais normas internas do ISV:

- I. Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);
- II. Registro na Junta Comercial, quando exigido pela legislação;
- III. Possuir capacidade econômica compatível com a sua execução.

Art 15. Quando se tratar de profissionais colaboradores pessoas físicas, compete demonstrar o critério de especialização na área de atuação por meio de certificação que comprove o grau (graduação e/ou pós-graduação) exigido para o exercício das atividades, sem prejuízo dos demais critérios que porventura sejam exigidos pelo Estatuto social e pela legislação vigente, sendo os contratados nesta modalidade regidos pelas normas da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Parágrafo único – Excluem-se dos critérios acima os membros da Diretoria, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal, uma vez que são cargos eletivos providos na forma do Estatuto Social e por este regido, não incidindo sobre esses quaisquer das hipóteses de contratação tratadas anteriormente.

CAPÍTULO III

DOS PROCEDIMENTOS DISCIPLINARES

Art. 16. Na hipótese de descumprimento das obrigações sociais, administrativas ou éticas definidas no Estatuto Social e no Código de Ética do ISV, bem como na legislação vigente, por decisão da Assembleia Geral ou da Diretoria, serão iniciados procedimentos disciplinares com o objetivo de apurar o fato determinado e aplicar a sanção adequada aos respectivos associados e/ou colaboradores.

Art. 17. Nos casos envolvendo associados, os procedimentos disciplinares serão conduzidos por comissões criadas especificadamente para apurar a ocorrência de qualquer das infrações mencionadas no Estatuto Social e no Código de Ética do ISV, bem



como na legislação vigente, devendo, ao final, ser remetido relatório devidamente motivado e fundamentado à Assembleia Geral para que sejam tomadas as providências cabíveis.

Parágrafo único – Nos casos envolvendo colaboradores, o procedimento disciplinar será conduzido pela Diretoria, com o objetivo de apurar o fato determinado e aplicar a penalidade adequada, de acordo com as infrações e penalidades previstas no Estatuto Social, no Código de Ética do ISV, bem como na legislação vigente.

Art. 18. Os atos praticados por Associado e/ou Colaborador que sejam considerados infrações apresentam penalidades com a seguinte classificação:

- I. Advertência, podendo ser verbal ou escrita, aplicando-se nos casos de descumprimento das normas internas, desrespeito ao estatuto, ao código de ética, ao regimento interno e à legislação vigente;
- II. Suspensão, aplicando-se nos casos de reincidência de infração já punida com advertência;
- III. Exclusão ou Desligamento, aplicando-se às infrações consideradas graves, nos casos de descumprimento das normas internas, do estatuto, do código de ética, do regimento interno e da legislação vigente incluindo-se a reincidência em suspensão e a tentativa ou participação em conluio para lesar os interesses do ISV.

Parágrafo único – As penalidades serão aplicadas pela Assembleia Geral no caso de associados ou pela Diretoria no caso de colaboradores da Instituição, sendo em ambas as situações observados o direito ao contraditório e ampla defesa.

Art. 19. Após a abertura de procedimento disciplinar, deverá ocorrer comunicação escrita ao associado envolvido, onde conste a infração que lhe é atribuída, o prazo – nunca inferior a 03 dias - e o local onde deverá apresentar sua defesa;

§1º A recusa ao recebimento, a não apresentação de defesa, a apresentação de defesa genérica ou relativa a fato diverso do contido na comunicação, implica em confissão e nos efeitos da revelia;



§2º As decisões serão materializadas em pareceres, que poderão determinar a aplicação ou não da sanção, sua natureza, bem como o prazo de sua vigência.

§3º As sanções de advertência e suspensão poderão ser aplicadas liminarmente pelo Presidente, cabendo recurso de sua decisão - cujo efeito será meramente devolutivo - à diretoria ou à primeira assembleia geral subsequente.

§4º A sanção de exclusão poderá ser aplicada pela diretoria, cabendo recurso de sua decisão - cujo efeito será meramente devolutivo - à primeira assembleia geral subsequente.

Do processo eleitoral

Art. 20. A Eleição para a diretoria será convocada pelo Diretor Presidente ou seu substituto legal, nos termos do Estatuto, antes do término do mandato da diretoria;

Art. 21. A convocação será realizada através de edital e afixada na sede da entidade e nos pontos onde haja afluência de associados.

Art. 22. Concluída a apuração ou processo de votação, a critério da Assembleia Geral poderá dar posse à nova Diretoria.

Art. 23. Concluído o processo eleitoral, os resultados deverão ser registrados no livro da Entidade ou em Atas para subsequente registro.

Disposições gerais

Art. 24. Compete privativamente ao Conselho de Administração aprovar o regimento interno, bem como suas posteriores aprovações, sendo esta condição suficiente e necessária para que se possa remeter à aprovação da assembleia geral, nos termos do Estatuto do ISV.

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO
DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:54:16 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67





Art. 25. Os casos omissos, controversos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento, serão solucionados por deliberação da diretoria, em qualquer de suas reuniões, por maioria dos membros presentes, ad referendum da primeira Assembleia Geral subsequente.

ASSOCIACAO DE
PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma
digital por ASSOCIACAO
DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25
14:45:45 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ - CNPJ 07609 365/0001-67





REGULAMENTO DE AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA
CNPJ: 07.609.365/0001-67

Art. 1º. Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observados pelo ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA doravante denominado ISV, para a realização de compras e contratações de quaisquer bens ou serviços destinados ao regular atendimento das necessidades organizacionais e operacionais da entidade na execução dos seus objetivos institucionais, inclusive na execução de Contratos de Gestão firmados com o Poder Público, regidas pelos princípios da moralidade, probidade, economicidade, impessoalidade, isonomia, bem como pela busca permanente da qualidade, boa-fé, isonomia, publicidade, dinamicidade, motivação das decisões, julgamento objetivo das propostas, vinculação ao instrumento convocatório e prevalência do interesse público.

Parágrafo único - O presente regulamento é de aplicação obrigatória quando as compras, contratações de obras e serviços decorrerem dos recursos públicos repassados por meio de contratos de gestão, em conformidade com a Lei Federal 9.637/98;

Art. 2º. O Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro do ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA tem como finalidade cuidar de toda e qualquer aquisição de bens, produtos ou serviços destinados, direta ou indiretamente, a serem empregados na prestação dos serviços, nos contratos e convênios celebrados com o Instituto.

Parágrafo único. Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios, materiais permanentes e outros, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas com a finalidade de suprir as necessidades do Instituto para desenvolvimento de suas atividades.


Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais deste Regulamento:


- I. Garantir a impessoalidade na seleção da melhor proposta;
- II. Fornecer regras objetivas para escolha e contratação;
- III. Promover a transparência na gestão da Organização Social;
- IV. Buscar a eficiência, celeridade e economicidade;

Art. 4º. Nos procedimentos descritos neste regulamento serão observados, dentre outros princípios, ficará igualmente vinculado ao instrumento convocatório e prevalência do interesse público.

Art. 5º. É garantido, em qualquer caso deste Regulamento, o direito de revogar o procedimento de

 Instituto Sao Vicente@gmail.com

 Telefone: (088) 3536 – 1280

 BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67





escolha, ou recusar-se em proceder na contratação com o vencedor, quando

este, em contrato anterior com a Administração Pública ou com a própria Organização Social, se enquadrarem nas hipóteses abaixo:

- I. Demonstrou falha ou má-qualidade na prestação do serviço;
- II. Incapacidade técnica devidamente comprovada;
- I. Estiver em período de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública;
- II. Sofreu penalidade de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;

Parágrafo único. O disposto no caput não gera qualquer direito de indenização ao fornecedor excluído, devendo ser fundamentado pelo responsável do Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro, em relatório que será parte integrante do procedimento.

Art. 6º - Para efeito deste regulamento, considera-se:

I. Obra: toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação realizada por execução direta ou indireta;

II. Serviço: a prestação de atividade de qualquer natureza por pessoas físicas e/ou jurídicas, necessárias ao funcionamento da Organização Social e das obrigações assumidas no Contrato de Gestão;

Compra: toda aquisição remunerada de bens e materiais de consumo para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

III. Fornecedor: não somente o fabricante do material, mas também seus representantes, grupo de compras, e distribuidores autorizados.

Art. 7º. O procedimento interno para aquisição de bens e contratação de obras ou serviços será iniciado com a abertura de TERMO FORMALIZADO e numerado, pelo Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro, contendo:

I. Solicitação com a indicação de seu objeto;

II. Autorização da despesa pelo responsável;

III. Relatório do Setor de Compras;

IV. **Parágrafo único.** Em todas as modalidades previstas nesse Regulamento, a empresa vencedora deve comprovar sua regularidade jurídico-fiscal para prestação do objeto contratado.

V. **Art. 8º.** Para efeito de monitoramento e condução do processo de compra de bens e serviços deve estar minimamente com as seguintes especificações:





- I. Solicitação de Compras:** deve ser realizado pelo Requisitante, previamente definido pelo gestor local do projeto; contendo a devida justificativa da necessidade da aquisição, bem como as especificações dos produtos e/ou serviços a serem adquiridos.
- II. Mapa de Cotação:** deve ser realizado pelo setor de compras, que após efetuado a cotação, será homologado pelo Diretoria Administrativa Financeira;
- III. Pedido de compra:** será concluído com base no mapa de cotação, sendo considerado para efeito de escolha, a melhor oferta apresentada pelo fornecedor, devendo ser validado pelo Setor de Compras/ou Diretor Administrativo-Financeiro.
- Art. 9º.** O Setor de Compras e/ou Administrativo, selecionarão criteriosamente os fornecedores/prestadores que participarão do processo de cotação, considerando idoneidade, avaliação do fornecedor, qualidade e menor custo quando cabível.
- Parágrafo único.** Para fins do disposto neste capítulo, considera-se menor custo aquele que resulta da somatória de fatores utilizados, envolvendo entre outros os seguintes aspectos:
- I. Custo de transporte e seguro até o local de entrega;
 - II. Forma de pagamento;
 - III. Prazo de entrega;
 - IV. Custos para operacionalização do produto, eficiência e compatibilidade com as especificações exigidas;
 - V. Durabilidade do produto;
 - VI. Credibilidade mercadológica do proponente;
 - VII. Disponibilidade do produto;
 - VIII. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
 - IX. Qualidade do material.
- X. **Art. 10º.** O processo de seleção ou aquisição será por consulta/cotação de preços.
- XI.
- XII.
- XIII. **Art. 11º.** A cotação de preços é a modalidade de aquisição realizada para compras ou contratações que tenham valor estimativo global indeterminado, e consistirá na consulta de no mínimo 03 (três) orçamentos provenientes de diferentes fornecedores e também com o devido registro em mapa de cotações dos preços obtidos.
- XIV. **Parágrafo primeiro.** Quando não for possível realizar as cotações mínimas estabelecidas no presente regulamento, a Diretoria do Instituto autorizará a compra com o número de cotações existente, mediante justificativa.
- XV. **Parágrafo segundo.** As propostas recebidas devem ser formalizadas por escrito através de papel timbrado e assinado pelo fornecedor/prestador, e enviada diretamente pelo mesmo ou através de meio eletrônico, ficando mantidas em arquivo pelo Setor Compras e/ou Diretoria Administrativa Financeira, por no mínimo 05 (cinco) anos.



Art. 12º. As cotações de preços deverão ser elaboradas mediante relatório constando:

- I. Nome do bem, serviço ou produto a ser adquirido com as respectivas especificações técnicas;
- II. Forma de apresentação e prestação;
- III. Preço e condições comerciais ofertadas;
- IV. Prazo de entrega e forma de pagamento;
- V. Prazo de garantia;

Parágrafo primeiro. A melhor oferta será apurada considerando-se o disposto nos artigos do presente Regulamento e será apresentada à Diretoria Administrativa Financeira para verificação de viabilidade financeira do projeto, a quem competirá aprovar a concretização da Compra.

Parágrafo segundo. Após aprovação do mapa de cotação, o Setor de Compras e/ou Diretoria Administrativa Financeira emitirá o pedido de Compra, disponibilizando vias para:

- I. Fornecedor;
- II. Arquivo de Compras;
- III. Setor recebedor do Material.
- IV. **Parágrafo terceiro.** Caso haja divergência na entrega de produtos em número superior ao solicitado pela contratante, será considerado para fins de pagamento o valor unitário orçado, exceto em caso de adequações de recipientes/embalagens.
- V. **Art. 13º.** Para os fins deste Regulamento, constituem-se as seguintes modalidades de compras, obras e serviços:
 - VI. **Compras, obras e serviços de pequeno valor:** são compras, obras e serviços de valor não superior a um salário-mínimo vigente na data da compra, esse tipo de compra dispensa as demais formalidades deste regulamento, e deverá ser autorizada e justificada pelo Diretoria ou Gerência beneficiada / responsável, diretamente no respectivo comprovante fiscal.
 - VII. **Compras, obras e serviços de valor inferior:** são compras, obras e serviços de valor superior a um salário-mínimo vigente na data da compra e de até R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), inclusive, que serão realizados mediante pesquisa simples de preços no mercado envolvendo, no mínimo, 03 (três) cotações com fornecedores, feita por telefone, internet, fax ou qualquer outro meio de apuração de preços.
 - VIII. **Compras, obras e serviços de valor médio:** são compras, obras e serviços de valor superior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e de até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), inclusive, que serão realizados mediante coleta de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores.
 - IX. **Compras, obras e serviços de valor superior:** são compras e serviços de valor acima de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), que serão realizados mediante publicação de ato convocatório no website do ISV, com a participação de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores.



Art. 14º. As compras de pequeno valor estão dispensadas da tríplice cotação, prevista no artigo 11º, não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Art. 15º. As compras de materiais prestação de serviços exclusivos fornecidos e prestados por um único fornecedor/prestador, estão dispensadas da tríplice cotação, prevista no artigo 11º; não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Parágrafo único: A previsão do caput desse artigo compreende-se igualmente aos periféricos, componentes e suprimentos dos equipamentos comprados que não funcionam sem os referidos adicionais exclusivos.

Art. 16º. A condição do fornecedor exclusivo será comprovada por carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor/prestador e renovada a cada 06 (seis) meses.

Art. 17º. As compras relativas às diárias de hotéis, passagens aéreas e compras via e-commerce, incluindo as compras internacionais de livros e material utilizado e aluguel de carro, poderão ser realizadas utilizando cartão de crédito em nome do ISV, como forma de pagamento.

Art. 18º. As despesas a serem realizadas por meio do uso de cartão de crédito deverão ser aprovadas antecipadamente pela Diretoria Administrativa Financeira, independentemente do valor envolvido.

Art. 19º. O cartão de crédito será utilizado exclusivamente para compras tipificadas no artigo 17º deste procedimento sendo, portanto, vedada a utilização do cartão de crédito de forma diversa da aqui prevista;

- I. A responsabilidade pela guarda do cartão será da Diretoria Administrativa Financeira;
- II. Os comprovantes e notas fiscais emitidas em nome ISV, deverão ser anexados à fatura que comporá o processo para pagamento.

Art. 20º. Será desnecessário (dispensado) o procedimento formal de realização de pesquisa de preços previsto nos incisos do caput dos art. 10º e 11º, para as seguintes modalidades de compras e contratações:

- I. Em caráter de emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao ISV ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.
- II. Quando, em razão da natureza do objeto, não houver pluralidade de opções.
- III. Para a contratação de serviços técnico-profissionais especializados.
- IV. Nos casos em que não houver dispêndio de recursos financeiros por parte do Instituto de Planejamento de Gestão, como o recebimento de doações ou comodatos, permutas, celebração de parcerias, convênios, termos de cooperação, locações, cessões de espaço, entre outros.





V. Nos casos de grave perturbação da ordem, calamidade pública, epidemias, pandemias ou alertas emitidos pela Agência Nacional de Saúde;

VI. Para a locação de imóvel destinado ao serviço desenvolvido pela Organização Social, cujas características de instalação ou localização condicionem a sua escolha;

VII. Quando não acudirem interessados ao procedimento anterior, e esta não puder ser repetida sem prejuízo à Organização Social, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas;

Parágrafo primeiro. Entende-se por serviços técnico-profissionais especializados aqueles exercidos por profissionais e empresas cujo conhecimento específico ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados à sua atividade, permitam inferir que o seu trabalho é mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado, exemplificando-se, mas não se limitando, aos seguintes serviços e produtos:

a) Pareceres, perícias e avaliações em geral;

a) Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas, auditorias financeiras, contábeis e folha de pagamento;

b) Coordenação, fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;

c) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

d) Recrutamento, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

e) Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;

f) Serviços que envolvam criação artística, tais como desenhos, pinturas, gravuras, esculturas, fotografia e outros.

Parágrafo segundo. Em quaisquer dessas ocorrências (dispensas), deve ser realizado o registro e assegurada a necessária transparência dos atos de compras e contratações.

Art. 21º. O Setor de Compras do ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA adotará o Processo de Cadastramento Sumário, em que o fornecedor/prestador apresentará as seguintes informações;

I. Pessoa Jurídica:

a) Nome do Fornecedor;

b) Nome Fantasia;

c) Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado);

d) Número de Inscrição no CNPJ;

e) Informar qual o Regime de apuração de impostos – simples nacional/lucro presumido, lucro real, imune ou isenta;

f) Inscrição Estadual ou Municipal;

g) Telefone e e-mail para contato;



instituto.sao.vicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67



- h) Informações Bancárias;
- i) Condições usuais de pagamento;
- j) Outros dados julgados oportunos.

II. Pessoa Física:

- a) Nome Completo;
- b) RG;
- c) CPF;
- d) Certidão de Casamento ou Nascimento;
- e) Número de PIS;
- f) Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado);
- g) Telefone, e – mail para contato;
- h) Informações bancárias;
- i) Condições usuais de pagamento;
- j) Outros dados julgados oportunos.

Parágrafo único. Além das informações prestadas conforme caput, o fornecedor/prestador deverá apresentar os seguintes documentos:

III. Pessoa Jurídica:

- a) Ficha Cadastral (conforme modelo);
- b) Cartão de CNPJ;
- c) Consulta do Quadro de Sócios Administradores – QSA;
- d) Contrato Social originário e última alteração;
- e) Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço dos sócios administradores;
- f) Cadastro Nacional de Empresas Idôneas e Suspensas;
- g) Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados e Órgãos e Entidades Estaduais (CADIN);
- h) Certidão Negativa de Débitos Federais e Dívida Ativa da União;
- i) Certidão Negativa de Débitos Tributários Estaduais;
- j) Certidão Negativa de Débitos Tributários Municipais;
- k) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- l) Certidão de Regularidade do FGTS;
- m) Licença de funcionamento ou documento equivalente (conforme categoria).



IV. Pessoa Física:

- a) Cópia do RG
- b) Cópia do CPF
- c) Cópia do Número de PIS
- d) Cópia do Endereço, Número, CEP, Cidade, Estado
- e) Cópia de Inscrição Municipal (Se Profissional Autônomo)
- f) Certidão de Casamento ou Nascimento;
- g) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;

Art. 22º. A coleta de dados ou envio de informações ou documentos do fornecedor/prestador poderá ser efetuada, por e-mail disponibilizado no site do Instituto de Planejamento e Gestão.

Art. 23º. É de responsabilidade do fornecedor/prestador a atualização dos documentos perante o Setor competente do ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA a cada 06 (seis) meses ou a qualquer mudança no quadro.

Art. 24º. Quando for necessário, solicitação deverá conter elementos técnicos, projeto básico ou projeto executivo do objeto a ser contratado.

Art. 25º. Considera-se autorizada a despesa com a manifestação positiva do Setor de Compras e/ou Diretoria Financeira, contendo indicação do valor estimado para futura operação.

Art. 26º. Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do ato convocatório e da proposta a que se vinculam.

Art. 27º - Os contratos deverão conter, minimamente:

- I. Qualificação completa das partes.
- II. Seu objeto.
- III. Prazo de entrega do bem e/ou serviço.
- IV. Vigência.
- V. Preço e forma de pagamento.
- VI. Deveres e responsabilidades das partes.
- VII. Cláusula penal contendo sanções pelo descumprimento das obrigações.





VIII. Hipótese de rescisão

IX. Foro.

Art. 28º. Exige-se a celebração de contrato formal para os serviços continuados ou quando houver entrega parcelada de bens ou a exigência de fornecimento de garantias.

Art. 29º. O Diretor Presidente em conjunto com a Diretoria da área interessada, se necessário, deverão selecionar criteriosamente, o prestador de serviço técnico profissional especializado, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contrato, dentro da respectiva área.

Art. 30º. Todos os contratos deverão ser aprovados por assessoria jurídica ou, na falta desta, pelo dirigente máximo do ISV, a fim de garantir a adequada formalização dos termos avençados.

Art. 31º. No caso de contratos celebrados com pessoas jurídicas, deverão ser apresentados a cópia desse ato constitutivo e alterações, ou ato constitutivo consolidado, bem como atas de eleição dos dirigentes, além de outros documentos que o ISV julgar necessários, de acordo com o tipo de contrato a ser celebrado.

Art. 32º. Todos os contratos deverão ser numerados e rubricados em todas suas páginas.

Art. 33º. Todos os procedimentos estipulados neste regulamento poderão ser suprimidos ou ampliados, sempre de forma motivada e com aprovação do Departamento Jurídico, objetivando melhor adequação às particularidades do caso e garantia do interesse público.

Art. 34º. A disciplina estabelecida neste Regulamento poderá ser complementada por adendos publicados no site do ISV, que será parte integrante deste.

Art. 35º. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, nos termos expostos pelo Estatuto Social.

Art. 36º. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelas Diretorias do Instituto, com base nos princípios gerais de administração.

Art. 37º. Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria Administrativa Financeira sempre que necessário.

Art. 38º. O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.





Lavras da Mangabeira – CE, 25 de Setembro de 2023

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DIRETOR PRESIDENTE

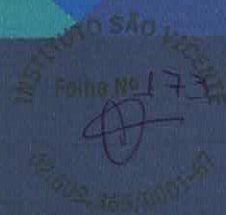


código de **Ética**



INSTITUTO
SÃO VICENTE

www.institutosaovicente.com.br



Código de Ética

INSTITUTO SÃO VICENTE

2023

Sumário

1. MENSAGEM DO PRESIDENTE
2. CULTURA ORGANIZACIONAL
3. CONCEITOS
4. PRINCÍPIOS INSTITUCIONAIS
5. RESPONSABILIDADE DO COLABORADOR
6. PROTEÇÃO AO PATRIMÔNIO
7. CONDUÇÃO ÉTICA PROFISSIONAL
 - 6.1. Atuação ético profissional
 - 6.2. Atendimento ao cliente
 - 6.3. Relação com colegas de trabalho
 - 6.4. Relação com fornecedores e distribuidores de produtos
 - 6.5. Relação com a esfera pública
 - 6.6. Fiscalização do poder público
 - 6.7. Cuidados no período prévio à contratação de terceiros
 - 6.8. Cuidados no período posterior à contratação de terceiros
 - 6.9. Relação com o meio ambiente
 - 6.10. Brindes
 - 6.11. Viagens
 - 6.12. Doações e patrocínios
 - 6.13. Contribuições a causas beneficentes
 - 6.14. Das fraudes e corrupção
 - 6.15. Conflito de interesse
 - 6.16. Contratação de colaboradores
8. AMBIENTE DE TRABALHO
9. UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES
10. AUDITORIA INTERNA E EXTERNA

11. MANUTENÇÃO DE REGISTROS E CONTABILIZAÇÃO PRECISA
12. CONSCIENTIZAÇÃO E TREINAMENTO
13. CERTIFICADOS
14. COMUNICAÇÃO E DECLARAÇÕES À IMPRENSA
15. REDES E MÍDIAS SOCIAIS
16. PROPRIEDADE INTELECTUAL E PROTEÇÃO DE MARCA
17. PESQUISA CIENTÍFICA
18. GESTÃO DO APRENDIZADO E ENSINO
19. CANAL PARA DENÚNCIAS
20. SANÇÕES
21. REVISÃO DE PROGRAMA ANTICORRUPÇÃO
22. DOCUMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO
23. DISPOSIÇÕES GERAIS
24. TERMO DE CONHECIMENTO E COMPROMISSO
25. ANEXO | - MODELO DE DECLARAÇÃO

Mensagem do Presidente:

O Código de Ética reflete as diretrizes, as convicções e os valores os quais pautam as práticas éticas e comportamentais, fazendo parte da crença e do propósito de empresas. Para o Instituto São Vicente (ISV), este Código de Ética Institucional possui diretrizes pautadas nos princípios da honestidade, integridade e lealdade norteadores de todos os processos e práticas da gestão. Nossos valores - Justiça, Sustentabilidade, Solidariedade e Responsabilidade - regem as decisões e as relações construídas com públicos internos e externos.

Queremos assegurar que os colaboradores e representantes do ISV observem as normas e os requisitos da Lei Anticorrupção, de forma a garantir a adoção dos mais elevados padrões de integridade, legalidade e transparência durante a condução da sua atividade.

Esse código é uma referência para todos, por isso o seu conteúdo deve ser conhecido pelos colaboradores, fornecedores, terceiros contratados e/ou estagiários, incluindo as Supervisões, Gerências, Superintendências e Diretorias, sendo o seu descumprimento passível de aplicação das medidas disciplinares estabelecidas.

Temos o compromisso da transparência, da honestidade e da ética institucional, com a convicção de que estamos trabalhando para alcançar o nosso propósito, transformar a saúde para o bem-estar social. Pois, juntos somos mais, juntos somos ISV.

1 | Cultura Organizacional

Missão: Promover a excelência na gestão de saúde.

Visão: Ser reconhecido nacionalmente em gestão de saúde de forma sustentável, inovadora e transparente.

Valores: Justiça; Solidariedade; Responsabilidade e Sustentabilidade

Propósito: Transformar a saúde para o bem-estar social.

2 | Conceitos

ISV - O termo ISV abrange não apenas a matriz do Instituto, mas todas as unidades sob a sua gestão.

COMPLIANCE - O termo Compliance é originário do verbo, em inglês, "to comply," que significa cumprir, executar, satisfazer e realizar o que foi imposto conforme a legislação e regulamentação aplicável à atividade.

CORRUPÇÃO - É o abuso de poder ou autoridade, por uma pessoa, para obter vantagens para si. A forma mais comum de corrupção é o suborno.

LEI ANTICORRUPÇÃO - O ISV, seus fornecedores e parceiros, estão obrigados a observar a Lei 12846, de 2013 (Lei Anticorrupção do Brasil), e todas as leis e normas aplicáveis nos termos da legislação brasileira.

SUBORNO - Consiste no ato de dar ou receber dinheiro presente ou outra vantagem como forma de indução à prática de qualquer ato desonesto, ilegal ou de quebra de confiança na prática de suas funções.

PRESENTE - Trata-se de qualquer coisa de valor que é dada ou recebida devido a uma relação comercial e pela qual o receptor não tem que pagar o valor justo de mercado.

AGENTE PÚBLICO - É considerado "agente público" qualquer pessoa que exerça cargo, emprego ou função pública ou em entidade paraestatal, incluindo; Servidor das esferas Federal, Estadual e Municipal, dos 3 poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário);

- Funcionários/servidores de empresas controladas pelo governo (empresas estaduais de saneamento, Petrobras, Eletrobras, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, BNDES, Aneel, etc.);
- Aquele que trabalha para empresa prestadora de serviço contratada para execução de atividade típica da administração pública;
- Diretores e funcionários de qualquer entidade governamental em nível nacional, estadual, regional, municipal ou local, inclusive os dirigentes eleitos;
- Qualquer pessoa física agindo temporariamente de forma oficial para ou em nome de qualquer entidade governamental (como, por exemplo, um consultor contratado por uma agência governamental);
- Candidatos a cargos políticos em qualquer nível, partidos políticos e seus representantes;
- Agentes de administração pública estrangeira;
- Representações diplomáticas de país estrangeiro ou órgãos e entidades estatais;
- Pessoas jurídicas controladas pelo poder público de país estrangeiro;
- Organizações públicas internacionais;
- Quem, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, exerça cargo, emprego ou função pública em órgãos, entidades estatais ou em representações diplomáticas de país estrangeiro.

BRINDES: Todos os produtos distribuídos aos colaboradores a título não oneroso;

COMISSÃO DE ÉTICA INSTITUCIONAL: Instância independente, incumbida prioritariamente da aplicação do Código de Ética.

3 | Princípios Institucionais

01- Transformar as unidades de saúde em verdadeiros centros de referência na qualidade do atendimento ao paciente;

02- Atuar na Gestão das unidades de saúde sempre com eficiência e eficácia, buscando economicidade e o melhor resultado;

03- Proporcionar aos cidadãos os melhores serviços de saúde.

4 | Responsabilidade do Colaborador

Todos os profissionais que atuam no ISV devem: Servir aos clientes com prontidão, competência e profissionalismo; Assegurar o cumprimento das leis e regulamentos internos; Cumprir e fazer cumprir as e diretrizes desta política; Comunicar à direção da unidade ou superior imediato qualquer violação da política; Cooperar com qualquer processo interno e externo de apuração que visem elucidar eventos relacionados a atitudes dos profissionais; Usar os recursos de modo eficiente e responsável; Trabalhar com equidade, promovendo um serviço que não varie de acordo com as características pessoais.

5 | Proteção ao Patrimônio

Os bens móveis e imóveis, geridos pelo ISV, tanto os de propriedade do poder público ou privado, bem como os próprios da instituição, devem ser utilizados com zelo, pelos colaboradores, respeitando as regras de utilização, definidas pelo ISV, evitando, assim, danos e deterioração destes.

Caso os colaboradores não estejam aptos a manusear algum equipamento, deverá ser solicitada, ao setor de treinamento, uma capacitação para utilização adequada do bem. É proibida a utilização dos referidos bens para fins particulares, bem como retirá-los do local de trabalho sem autorização prévia, nem omitir informações sobre seu extravio, devendo, o colaborador, responsabilizar-se pela salvaguarda e proteção dos ativos em seu poder ou a ele delegados.

Os bens móveis e imóveis geridos pelo ISV e os que são de sua propriedade devem ser usados exclusivamente para as finalidades estabelecidas pelo instituto.

Os bens e direitos são confiados aos colaboradores responsáveis por sua salvaguarda, sendo evitado o desperdício, perda, danos, roubo, mau uso, furto ou abuso.

Todos os avisos e informações anexadas aos flanelógrafos ou murais do ISV necessitarão de autorização expressa do Centro de Estudos, vinculado à Diretoria de Ensino e Gestão da entidade.

06| Condução ética Profissional

O ISV preza por boas condutas e respeito ao próximo, zelando pela gentileza, justiça e solidariedade para com seus colaboradores e com pacientes, acompanhantes, familiares e visitantes.

6.1. Atuação ético profissional

- Os padrões de conduta a seguir dispostos definem as expectativas mínimas de princípios éticos a serem respeitados por todos que compõem o ISV:
- Os erros sejam reconhecidos comunicados ao responsável e corrigidos, sempre que possível, a fim de minimizar os danos com os envolvidos;
- Não realizar a prática de comércio ou prestação de serviços particulares no ISV e nas unidades sob sua gestão;
- Não realizar o repasse para terceiros ou para fins pessoais de metodologias, tecnológicas ou material produzido pelo colaborador em decorrência de sua atividade dentro do ISV;
- Haja uma boa utilização do seu tempo de trabalho, evitando tratar e resolver assuntos pessoais no horário de trabalho;
- Os profissionais não devem se ausentar do ambiente de trabalho, sem aviso prévio aos superiores e/ou pares;
- Sejam respeitadas as orientações da Segurança e Medicina do Trabalho, SESMT, que normatizam a segurança e a proteção de todos colaboradores, clientes, acompanhantes e visitantes;
- Respeitar a propriedade da Instituição, do cliente e/ou do colega de trabalho, devolvendo ao setor responsável o boleto encontrado com registro do local, da hora e da data;
- Proceder com os registros dos seus atos na Instituição, seja por meio de sistemas informatizados ou documentos da área assistencial ou administrativa, de forma clara, identificada e datada:
- Zelar pelos documentos da Instituição;
- Trabalhar em grupo e compartilhar informações com seus colegas;

- É proibida toda e qualquer manifestação de atividade político partidária no ambiente de trabalho, sendo vedado o uso de cargo hierárquico ou o nome do ISV nas atividades particulares de que participar;
- Não comparecer ao local de trabalho com sinais de embriaguez e/ou uso de entorpecentes, assim como odor de bebida alcoólica;
- Não realizar ações e/ou reações que denotem desequilíbrio emocional ou agressões assim como ofensas e humilhações a qualquer pessoa em situações de conflito;
- Evitar conversas e comentários sobre assuntos inadequados, de caráter institucional ou não;
- Não acessar conteúdos impróprios em sites ou mesmo nos computadores das Instituições;
- É proibida a realização em unidades de emergência de exames de rotina, checkups e/ou outros que não se trate de hipóteses emergenciais por colaboradores e familiares de médicos do ISV, atendendo a interesses privados.

6.2. Atendimento ao cliente

Para proporcionar ao cliente um serviço de qualidade, devem-se seguir as recomendações listadas:

- Não são permitidas demonstrações de atitudes discriminatórias de pessoas, sejam em decorrência da cor, do sexo, da religião, da origem, da classe social, da idade, incapacidade física ou mental e orientação sexual;
- Respeito às opiniões dos clientes;
- As respostas devem ser claras e rápidas para atender aos anseios do cliente no que diz respeito ao serviço prestado;
- Caso o responsável pelo atendimento tenha alguma dificuldade com o cliente, solicitar a presença de seu superior para auxiliar na melhor conduta para a situação em pauta;
- Não tratar de questões de relacionamento intra e extra equipe na presença dos clientes;
- Agir sempre com profissionalismo e comprometimento;
- Não deixar o cliente sem resposta ou sem orientação;
- Chamar as pessoas sempre pelo nome com o devido pronome (Sr./ Sra.) caso necessário, evitando o uso de apelidos, gírias, ou outras formas de tratamentos informais;
- Não será aceita a omissão do atendimento necessário ao cliente.

6.3. Relação com colegas de trabalho

Para propiciar um ambiente de trabalho harmonioso e cortês, as relações de trabalho devem ser respeitadas e honestas. Para isso não será permitido:

- Macular a imagem de colegas por meio de comentários ou boatos maldosos, sejam esses de cunho pessoal ou sobre seu desempenho profissional;
- Iniciar ou dar continuidade a boatos e falsas informações;
- Dificultar procedimentos de trabalho e/ou omitir informações que impactem na execução das funções dos colegas.

6.4. Relação com fornecedores e distribuidores de produtos

Os fornecedores e prestadores de serviços deverão ser tratados com justiça, integridade e sem discriminação e dentro de um processo de qualificação de fornecedores.

O ISV espera que seus fornecedores e prestadores de serviço estejam alinhados com as diretrizes desta política.

A contratação de fornecedores e prestadores de serviços deve ser baseada exclusivamente nas necessidades do ISV, devendo seguir critérios legais, técnicos, profissionais e éticos.

As decisões de compra devem ser baseadas, além dos valores e condições negociadas, em um julgamento quanto à confiabilidade e integridade do fornecedor.

As relações com fornecedores e prestadores de serviços seguirão as seguintes diretrizes, entre outras:

- O relacionamento entre o ISV e seus fornecedores deve acontecer sempre no âmbito institucional;
- Dar total transparência aos processos de aquisição de bens e serviços, obedecendo estritamente ao disposto no Regulamento de Aquisições de Bens e Contratação de Serviços e na Política Institucional de Qualificação de Fornecedores do ISV;
- Manter processos de negociação e contratação registrados de forma clara e transparente;
- As condições contratuais devem ser explícitas, documentadas e cumpridas de acordo com a legislação vigente e com as práticas do mercado;
- Atendimento aos requisitos de especificações técnicas, qualidade, preço e condições de pagamento definidas pelo ISV;
- Postura ética e idoneidade na apresentação dos serviços e produtos;

- A empresa deve apresentar condições técnicas e de regularidade fiscal da empresa, favoráveis para a execução do serviço ou para a venda do produto;
- Não serão admitidos subornos nem favores pessoais por partes dos fornecedores;

NOTA: os processos de aquisições de bens e serviços devem ser regidos por licitude e reportados ao Manual de Contratação de bens e serviços do ISV em vigor.

O relacionamento com fabricantes e distribuidores de produtos deve ser baseado na troca de informações que levem ao desenvolvimento das atividades contribuindo para a eficiência, segurança e transparência na exposição de vantagens e riscos de produtos e soluções.

O atendimento de fornecedores deverá ser feito sempre pelo setor técnico competente, mediante prévio agendamento, registrado em controle informatizado do ISV.

Havendo mais de uma pessoa no setor técnico competente para o atendimento do fornecedor, deverá ser feito um rodízio entre os colaboradores, sempre com duas pessoas participando das reuniões

6.5. Relação com a esfera pública

O ISV tem neutralidade política e não fará contribuições, a partidos ou organizações políticas ou a candidatos a cargos eletivos.

Nenhum colaborador poderá, direta ou indiretamente, oferecer, conceder, prometer ou autorizar a entrega de valores monetários ou outros recursos a um agente público.

Nenhum colaborador ou representante que atue em nome do ISV pode se valer da oferta, promessa ou autorização de pagamento e/ou doação como instrumento de obtenção e/ou manutenção de negócios e/ou vantagens indevidas em órgãos de governo.

A gestão da verba pública deve ser feita com transparência, devendo prevalecer a lisura e registros de todas as transações e estes devem ser disponibilizados para fins de prestação de contas, seguindo a legislação em vigor.

Os colaboradores deverão, sempre, manter uma atitude de respeito e colaboração com os representantes das autoridades no âmbito de suas competências e nos processos de investigação e fiscalização.

Não devem ser realizadas contribuições em troca de favores ou a mando de qualquer funcionário público, mesmo que o favorecido seja uma instituição beneficente genuína.

O relacionamento institucional com os clientes da esfera da administração pública deverá ocorrer, sempre que possível, com o maior nível de formalização e documentação interna das conversas, comunicações e reuniões. As seguintes precauções são incentivadas, pois permitem um maior controle desta interação:

Requisitar formalmente a realização de reuniões com agentes públicos, utilizando-se dos canais ou procedimentos institucionais utilizados por cada órgão ou entidade da administração pública;

Consideradas as particularidades econômicas e técnicas do exercício de sua atividade, não realizar ou participar de reuniões estrategicamente relevantes com agentes públicos desacompanhado de outro membro ou representante do ISV.

Essa cautela poderá ser dispensada, dentre outras hipóteses, em caso de reuniões corriqueiras ou formais, ou ainda nos casos em que a presença de dois (ou mais) representantes seja, técnica ou economicamente, impraticável;

Elaborar atas internas das reuniões com agentes públicos, de maneira de manter o registro do que foi discutido. A prática deverá ponderar a necessidade e razoabilidade de registro, desprezando-se o formalismo exagerado e o registro de práticas corriqueiras no relacionamento com os agentes públicos;

Manter o registro interno das etapas de relacionamento com agentes públicos, bem como das informações recebidas por eles.

6.6. Fiscalização do poder público

É vedado dificultar as atividades envolvidas em possível investigação ou fiscalização realizada por órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir indevidamente em sua atuação. Deve-se ter como diretrizes a acessibilidade de documentos e informações relativas às contratações e prestação de serviços para órgãos ou entidades do poder público e o cumprimento das seguintes cautelas:

Assegurar a proibição de atos para dificultar ou fraudar investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, incluindo, mas não se limitando à corrupção de policiais, fiscais, gerentes e auditores para coleta de informações privilegiadas e/ou a não realização de investigações/acareações/diligências na empresa;

Realizar a correta prestação de contas, com a divulgação de informações completas, objetivas e tempestivas;

Solicitar atas das atividades realizadas, contendo data, agente público responsável e a síntese do que foi vistoriado;

Manter registros internos sobre a realização destas atividades pelo poder público.

6.7. Cuidados no período prévio a contratação de terceiros

Sempre que forem contratados despachantes, advogados, consultorias em geral ou qualquer terceiro para atuar em nome do Instituto São Vicente perante as autoridades governamentais, ainda

que para realização de meras atividades como pagamento de tributos, sujeição a fiscalização, ou obtenção de autorizações, licenças, permissões e certidões, deve-se realizar um processo de due diligence para avaliar seus antecedentes, reputação, qualificações, controlador final, situação financeira, credibilidade e histórico de cumprimento das leis anticorrupção.

6.8. Cuidados no período posterior à contratação de terceiros

Após a contratação do terceiro, é dever do responsável pela contratação acompanhar suas atividades, sempre atento a eventuais sinais de alerta ou questões relacionadas às leis anticorrupção.

O contratante poderá optar pela rescisão contratual sem custo, caso a contratada pratique atos lesivos à administração pública, nacional ou estrangeira.

6.9. Relação com o meio ambiente

A relação do ISV com meio ambiente deve ser pautada por comportamentos e atitudes éticas promovendo um conceito de saúde adequado à sociedade como um todo, através de um modelo sustentável e para tanto adota as seguintes medidas:

Agir de forma preventiva em relação aos riscos potenciais do meio ambiente, à saúde e à segurança das pessoas, evitando desperdícios e atitudes inseguras;

Controlar o desperdício do consumo de produtos e serviços que possam prejudicar o meio ambiente;

Descartar adequadamente o lixo produzido;

Utilizar produtos e serviços sócios ambientalmente responsáveis;

Reduzir, reutilizar e reciclar materiais e produtos, se possível.

6.10. Brindes

O ISV proíbe, expressamente, os seus colaboradores de receberem presentes, benefícios ou vantagens de qualquer espécie de fornecedores e prestadores de serviços.

Somente poderão ser aceitos, na ocasião de divulgação habitual ou de eventos comemorativos, brindes promocionais/institucionais, sem valor comercial, ou bens cujo valor agregado não supere o valor referente a 1/4 (um quarto) do salário mínimo nacional. Contudo, valores em dinheiro, a título de cortesia, nunca devem ser aceitos.

Presentes com valores expressivos acima de 1/4 (um quarto) do salário mínimo nacional não podem ser aceitos. O colaborador deve fazer a devida justificativa pelo não recebimento, informando a existência da política de anticorrupção a todos os stakeholders (clientes, fornecedores, prestadores de serviços, etc.) envolvidos.

Qualquer convite, presente ou brinde que, por sua habitualidade, características ou circunstâncias, possam ser interpretadas como sendo feito com intenção de afetar o critério imparcial do recebedor, para favorecimento de negociações, por exemplo, deverá ser recusado e levado ao conhecimento da Comissão de Ética Institucional do ISV. Considera-se presumivelmente habitual todo brinde entregue com frequência inferior a um ano.

6.11. Viagens

Excepcionalmente, pode ser justificável que clientes, fornecedores ou outros parceiros paguem as despesas de viagem de cunho profissional de colaboradores do ISV. O colaborador deve comunicar a Comissão de Ética Institucional do ISV, que irá analisar:

- Valores envolvidos;
- Finalidade primária da viagem - apenas negócios;
- Roteiro e duração da viagem, para que o destino não se caracterize como passeio turístico ou férias;
- Análise da classe da viagem;
- Exclusão de familiares.

6.12. Doações e patrocínios

As doações feitas ao ISV e as unidades sob sua gestão, sejam para fins de pesquisa, assistência, educação ou outra finalidade, devem ser validadas por membro da Comissão de Ética Institucional do ISV e da Diretoria Executiva do ISV.

As doações devem ser atos descomprometidos, não havendo nenhuma vantagem ou contrapartida comercial para o doador.

As doações recebidas devem ser registradas de forma apropriada, tratando-se de bens móveis e imóveis, esses devem ser feito o termo de doação, o mesmo deve ser assinado pelo doador e o bem deve ser tombado pelo ISV, conforme normativos internos.

Patrocínio aos eventos promovidos pelo ISV e suas unidades devem ser devidamente registrados e contabilizados, conforme normas internas.

As contrapartidas dos patrocínios devem ser claras, detalhadas e devem estar filmadas em termo de contrato entre as partes.

Qualquer colaborador que seja abordado por pessoas ou empresas interessadas em realizar patrocínios e/ou doações devem direcionar esses casos para Comissão de Ética Institucional do ISV e/ou Diretoria Executiva do ISV.

Para realização de eventuais doações pelo ISV, deverá ser feita uma análise criteriosa para verificar se a entidade beneficiada não tem relação com familiares ou sócios de servidores públicos que tenham vínculo com a atividade do ISV.

6.13. Contribuições a causas beneficentes

As práticas do ISV determinam que não devem ser realizadas contribuições em troca de favores com qualquer funcionário público, mesmo que o favorecido seja uma instituição beneficente genuína.

Doação realizada a instituições em que o funcionário público - ou o membro de sua família - tenha uma função pública ou realizada a mando de um funcionário público pode levantar a questão sobre leis anticorrupção.

Autoridades regulatórias têm entendido que fazer uma doação para uma instituição de caridade associada com um funcionário público pode conferir um benefício para este para fins da Lei Anticorrupção.

NOTA: A instituição a ser beneficiada com a doação deverá apresentar documento declarando que não tem relação com familiares até segundo grau ou sócios de servidores públicos que tenham vínculo com a atividade do Instituto São Vicente - ISV. No Anexo I, apresentamos modelo de declaração a ser utilizada.

Doações devem ser realizadas apenas por razões filantrópicas legítimas, como para servir os interesses humanitários e de apoio às instituições culturais ou educacionais.

As regras e procedimentos abaixo devem ser observados quando da contribuição a causas beneficente:

Os pedidos de contribuição devem ser feitos por escrito, devendo ser especificados, no mínimo, a pessoa ou organização que solicita a contribuição, o objetivo da contribuição e o valor requisitado.

Os pedidos devem ser cuidadosamente analisados, para que se verifique se a contribuição não irá fornecer benefício pessoal a algum funcionário público e se a instituição está registrada nos

Nos termos da legislação aplicável;

A contribuição deve ser realizada à instituição registrada nos termos da legislação aplicável;

A contribuição deve ser aprovada pela Comissão de Ética Institucional do ISV;

O ISV deve realizar o monitoramento periódico das instituições beneficiadas, de modo a verificar se as organizações dispõem de mecanismos de sustentabilidade para garantir sua existência independentemente das contribuições recebidas;

A contribuição deve ser realizada à instituição, e não à pessoa física, e em nenhuma circunstância o pagamento deve ser feito em dinheiro ou por meio de depósito em conta corrente pessoal;

É necessário obter comprovante de recebimento de toda a contribuição realizada à causa beneficente.

6.14. Das fraudes e corrupção

Colaboradores e profissionais não poderão aceitar, participar ou ser coniventes com qualquer forma de fraude, corrupção e/ou sonegação fiscal.

O ISV não deverá oferecer pagamento à representante governamental, funcionários públicos, candidatos a cargos públicos ou outras entidades ou indivíduos para qualquer finalidade.

Não será admitido qualquer ato nocivo à administração pública ou qualquer outra entidade ou indivíduo os quais o ISV mantenha vínculo ou parceria.

Qualquer suspeita de ato de corrupção ativo ou passivo deve ser comunicado imediatamente a ouvidoria da unidade, diretoria da unidade e diretoria executiva do ISV.

6.15. Conflito de interesse

O conflito acontece quando o interesse pessoal de alguém entra em choque com os interesses institucionais. Isso pode ocorrer em situações que vão de uso do tempo de trabalho para fins pessoais até relações com fornecedores ou prestadores de serviços.

O ISV reconhece e respeita o direito do colaborador de participar de negócios externos ao Instituto, desde que tais negócios sejam efetuados dentro da lei e não tragam impactos diretamente ou indiretamente ao ISV, e não interfiram no desempenho de suas funções e responsabilidades.

É estritamente proibido aos colaboradores:

A utilização de qualquer recurso do ISV ou sob sua gestão, seja estrutura física ou de acesso a pessoas ou informações, em benefício próprio, de familiares e/ou amigos;

A utilização do tempo que deveria ser dedicado ao IS5SV para realizar outras atividades de cunho particular;

Promover serviços e produtos externos ao ISV.

6.16. Contratação de colaboradores

Toda contratação de profissional para o ISV e para as suas demais unidades devem ter como base o mérito e passar pelo processo de recrutamento e seleção estabelecido no Regulamento de Pessoal do ISV.

Não é admitida a contratação de funcionários que tenham sido, exclusivamente, indicados pelo serviço público.

Na hipótese de contratação de ex-agente público se faz imprescindível a análise da legislação de modo que se verifique se não há violação do período de quarentena.

O servidor público de qualquer dos Poderes do Estado do Ceará, suas autarquias ou fundações, poderá integrar o quadro do ISV, sob o regime da Consolidação das Lei do Trabalho - CLT, desde que, respeitada a compatibilidade de horários, e não exerça, no serviço público, cargo em comissão ou função de confiança, nem possua atribuições de fiscalização, avaliação ou liberação de recursos.

07| Ambiente de Trabalho

Compromissos do ISV para promover um ambiente favorável para o desenvolvimento de suas atividades fins:

Promover um ambiente de trabalho seguro através da adoção de ações para proteger colaboradores e profissionais, prevenindo riscos inerentes ao trabalho.

Os colaboradores e profissionais devem ser tratados com respeito e dignidade e ter oportunidade de crescimento profissional.

O princípio da hierarquia não pode ser confundido com um pretense direito à arbitrariedade.

Não é permitido nenhum tipo de trabalho forçado ou infantil, discriminação, ameaça, abuso ou assédio no ambiente de trabalho.

Deixar Claro ao funcionário como é realizada a avaliação de desempenho.

Realizar uma avaliação de desempenho justa e baseada nos critérios definidos a partir de fatores mensuráveis.

Realizar feedback pessoal e confidencial para o colaborador pontuando os acertos e oportunidades de melhoria.

Em casos de demissões os colaboradores serão tratados com dignidade, onde será levada em conta a responsabilidade social e ética do ISV.

NOTA: Sempre serão respeitadas as leis que garantem liberdade de associação, privacidade, acordos coletivos, convenções de trabalho, jornadas de trabalho e remuneração adequada a cada categoria desempenhada nas unidades geridas pelo ISV.

08| Utilização das Informações

São consideradas informações confidenciais do ISV, os dados referentes aos pacientes, fornecedores, parceiros, planos de atividades, serviços, dados técnicos, documentação, práticas e procedimentos, contratos, apresentações, “know-how”, base de dados, aplicativos, programas

invenções. A quebra da confidencialidade ou uso impróprio das informações é inaceitável. É vedado o uso das informações sobre atividades, assuntos do ISV ou pacientes para favorecimento próprio ou de terceiros. As senhas de acesso às informações são mecanismos de proteção das informações, devendo ser individual e intransferível, e seu compartilhamento será considerado inaceitável

09| O Auditoria Interna e externa

O ISV e os funcionários cooperarão com auditorias internas e externas assistenciais e administrativas.

O ISV e os funcionários deverão resguardar os registros ou documentos relacionados com colaboradores, saúde ocupacional, segurança, meio ambiente, financeiro e contábil, projetos de responsabilidade social e de pacientes, seguindo a temporalidade prevista pelos órgãos normatizadores.

10| Manutenção de registros e contabilização precisa

É obrigação do ISV manter livros, registros e contas que reflitam, de forma detalhada, precisa e correta, todas as suas transações. As transações do ISV são transparentes, totalmente documentadas e codificadas para contas que refletem de maneira precisa a sua natureza.

O ISV mantém controles internos que oferecem razoável segurança de que:

Todas as operações executadas sejam aprovadas conforme as alçadas e limites estabelecidos;

Todas as operações sejam registradas conforme necessário para permitir a elaboração das demonstrações financeiras de acordo com os princípios contábeis geralmente aceitos ou qualquer critério aplicável a estas demonstrações e para manter o controle dos ativos;

Todo pagamento deverá conter uma justificativa, ainda que breve, de forma a ficar incorporado a que se refere e qual a necessidade deste pagamento para o ISV e a sua adequação com o preço de mercado. Assim, serão evitados eventuais pagamentos de suborno, por meio de empresas de fachada, facilitando a detecção de ilícitos;

Os acessos aos ativos somente sejam permitidos de acordo com a aprovação geral ou específica da diretoria executiva do ISV;

Os ativos registrados sejam confrontados com os ativos existentes em intervalos razoáveis e que medidas apropriadas sejam tomadas em relação a quaisquer diferenças.

11 | Conscientização e treinamento

O ISV manterá um programa permanente de conscientização e treinamento anticorrupção para os colaboradores da sede e de suas unidades.

São ministrados treinamentos que apresentam as políticas e normas anticorrupção e o Código de Ética.

12 |Certificados

Todos os empregados indicados, pela Superintendência de Compliance, para participar obrigatoriamente, de treinamento anticorrupção deverão, como parte da conclusão bem-sucedida de seu treinamento, certificar, por escrito:

Que receberam, entenderam e cumprirão as políticas e procedimentos relacionados ao compliance anticorrupção;



Que agiram e continuarão a agir em cumprimento de tais políticas e procedimentos;

Que imediatamente relatarão quaisquer alegações, violações ou questões relacionadas a compliance de que tomem conhecimento.

13| Comunicação e declaração à imprensa

As declarações a imprensa serão realizadas exclusivamente pela assessoria de comunicação, com prévio alinhamento com a Diretoria Executiva do ISV.

O ISV se compromete em transmitir as informações necessárias com transparência e veracidade.

Informações sobre produtos e serviços prestados devem ser verdadeiras, completas, atualizadas e, sempre que aplicável e necessário, devem ser baseadas por evidências científicas.

14| Redes e mídias sociais

Não é permitido o uso de redes e mídias sociais pelos colaboradores durante o expediente de trabalho, exceto em áreas em que o escopo de trabalho exige esse acesso (como marketing e outras) ou em campanhas institucionais.

É importante que o profissional esteja ciente que seu dever é estar disponível para o trabalho e não para passar o tempo em outras atividades.

Os colaboradores e profissionais do ISV devem respeitar as recomendações em relação ao uso de mídia social pessoal, fazendo referência às unidades geridas pelo ISV como objetivo de preservar as informações e o sigilo do paciente, colaboradores e estagiários:

Não divulgar ou compartilhar imagens, vídeos ou informações internas do ISV que não tenham sido divulgadas nas páginas oficiais do ISV e das unidades geridas.

Não manifestar opiniões dando entender que se trata de um posicionamento oficial do ISV.

Não expor imagens e/ou informações de clientes, usuários, parceiros e fornecedores.

15| Propriedade intelectual e proteção da marca

Instituto São Vicente = ISV

Deve-se proteger a marca e a propriedade intelectual do mau uso, desvio ou benefício próprio e também ter cuidado em relação à propriedade intelectual de terceiros.

A marca do ISV e o conhecimento produzido internamente pelo desenvolvimento de suas atividades ou em parceria são patrimônios institucionais e devem ser sempre protegidos por todos que esta política se aplica.

A propriedade intelectual do ISV se aplica ao seu direito de proteção às ideias de criações desenvolvidas internamente ou em parceria e inclui sua marca, patente, registro de software, direitos autorais.

16| Gestão do Aprendizado e Ensino.

A parceria de ensino entre o ISV e instituições conveniadas é pautada pela ética e profissionalismo, devendo ser declarado qualquer conflito de interesse existente. Algumas recomendações devem ser seguidas:

Nas exposições de aulas e/ou palestras, os vínculos institucionais devem ser declarados.

A escolha do material apresentado sempre deve ser feita baseada nos critérios técnicos e científicos.

Apoios e patrocínios não podem estar condicionados à interferência na programação, nos objetivos, local ou seleção de palestrantes.

Colaboradores e profissionais que forem convidados a ministrar palestras de temas inerentes à Instituição, em eventos externos, devem comunicar o convite ao ISV por meio do gestor imediato da área de ensino, para avaliação e aprovação.

17| Canal para Denúncias.

É dever de todos os colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e clientes, sempre que tiverem conhecimento ou vivenciarem uma situação que possa caracterizar uma conduta que viole o código de ética, as demais políticas e os princípios éticos do ISV e/ou a legislação e regulamentação vigente ou quando suspeitar ou souber de fatos que possam prejudicar a empresa, comunicar a Instituição via Canal de Denúncias.

A comunicação de suspeitas ou violações será reportada através do Canal de Denúncias, acessível aos colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e clientes, ficando garantida, ao denunciante, de boa-fé, a inocorrência de qualquer represália ou punição em decorrência da sua atitude.

O canal de denúncias é confidencial, neutro e independente, garantindo a isenção em relação a qualquer das partes, seja a que está denunciando ou a que está sendo denunciada sem levar em consideração o nível hierárquico dos envolvidos.

Além disso, através do Canal de Denúncias, as dúvidas ou preocupações podem ser submetidas de forma anônima.

Encontram-se disponibilizados os seguintes canais de comunicação:

INTERNET: <https://www.institutosaovicente.com.br> - FALE CONOSCO

18| Sanções

É responsabilidade de todos os colaboradores comunicar qualquer violação e suspeita de violação aos requisitos das leis anticorrupção. Às sanções aplicadas em casos de infrações deste código de ética podem ser:

1. Advertência verbal;
2. Advertência por escrito;
3. Suspensão;
4. Dispensa sem justa causa; e
5. Dispensa por justa causa.

Além das punições acima mencionadas, as violações às leis anticorrupção podem resultar em severas penalidades civis e criminais para o ISV e para seus colaboradores e/ou representantes envolvidos.

As penalidades criminais podem ser impostas tanto às pessoas físicas como às pessoas jurídicas.

Quando da comunicação das violações, deverá ocorrer a pronta interrupção de irregularidades ou infrações detectadas, cabendo, à Comissão de Ética Institucional do ISV, a tempestiva tratativa e remediação dos danos gerados, com a aplicação de suspensão cautelar do funcionário que possa atrapalhar a apuração.

O ISV não vai permitir ou tolerar qualquer tipo de retaliação contra qualquer pessoa que apresente uma denúncia de boa-fé ou a queixa de violação desta política.

Qualquer colaborador que se envolver em retaliação está sujeito a atos disciplinares.

As penalidades a serem aplicadas deverão ser sugeridas, após análise e comprovação do dolo, pela Comissão de Ética Institucional do ISV, com homologação pelo Diretor Presidente do ISV.

19| Revisão de Programa Anticorrupção

A Comissão de Ética Institucional do ISV avaliará periodicamente a eficácia do Programa de Integridade e relatará os resultados à Diretoria Executiva do ISV.

Esta revisão ocorrerá, pelo menos, uma vez ao ano, com equipe interna ou por meio de contratação de empresa de auditoria independente, diante dos resultados obtidos por meio do mapeamento de riscos, que deverá ser realizado com a mesma periodicidade mencionada neste item.

20| Documentação e manutenção

A Superintendência de Compliance documentará regularmente as iniciativas de compliance anticorrupção do ISV, para comprovar que a instituição disseminou, implantou e fez cumprir seu Programa de Integridade, conforme expectativa dos órgãos reguladores brasileiros.

Adicionalmente, é sua responsabilidade o arquivamento de Relatórios de Revisões de Compliance e relatos de atividades suspeitas.

Certificados de treinamentos relacionados à Compliance serão mantidos no dossiê do colaborador, sob a supervisão da Superintendência de Desenvolvimento Humano Organizacional.

21| Disposições gerais

As diretrizes contidas neste CÓDIGO DE ÉTICA são baseadas no propósito, na missão, nos valores e na visão do INSTITUTO SÃO VICENTE, refletindo assim o compromisso com um modo de agir ético, consciente, sustentável e equilibrado.

A responsabilidade e o cumprimento das normas, políticas e práticas estabelecidas no Código são dever e obrigação de cada colaborador.

Todos os colaboradores deverão ler o presente Código.

22| Termo de conhecimento e compromisso

Eu, matrícula nº , declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente dos termos do Código de Ética do ISV, na sua integralidade, comprometendo-me a cumprir todas as suas disposições, sob pena de incorrer nas punições estabelecidas.

De acordo,

(Local) /(UF)

Assinatura

23| Anexo | Modelo de declaração

DECLARO, nos termos do item 6.13 do Código de Ética Institucional do ISV, que a entidade, inscrita no CNPJ sob o n. , sediada na Rua, beneficiada com a doação, ora realizada, não tem relação com familiares até segundo grau ou sócios de servidores públicos que tenham vínculo com a atividade do Instituto São Vicente – ISV.



INSTITUTO
SÃO VICENTE

código de Ética



(88) 3536-1280



www.institutosaovicente.com.br



Instituto São Vicente



RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO LGPD

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

1. O QUE É O DIAGNÓSTICO LGPD?

Este relatório de diagnóstico tem como propósito avaliar a conformidade da organização com os requisitos da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e identificar áreas que precisam ser aprimoradas. O objetivo é estabelecer um plano de ação claro para assegurar o cumprimento das diretrizes de privacidade e proteção de dados estipuladas pela legislação.

A equipe de especialistas da INTUIX irá realizar uma análise comparativa entre o nível atual de conformidade e o estado desejado após a implementação completa da LGPD. Essa avaliação irá destacar tanto as discrepâncias presentes quanto os elementos essenciais que demandam atenção para efetuar as mudanças necessárias.



Com base nesta análise, iremos fornecer diretrizes sólidas e as ferramentas adequadas para que a sua empresa alcance os objetivos desejados em termos de conformidade com a LGPD. Nosso enfoque está em tornar a implementação das



mudanças necessárias eficaz, assegurando que as práticas relacionadas à privacidade e proteção de dados estejam em total conformidade.

Através da análise criteriosa e de uma abordagem estratégica da INTUIX, a sua organização estará preparada para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades que a LGPD oferece. Juntos, estabeleceremos um futuro mais seguro e responsável para a sua empresa e seus clientes, garantindo o cumprimento das regulamentações e a devida salvaguarda dos dados.

2. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma legislação brasileira que foi aprovada em 2018 e entrou em vigor em setembro de 2020. Essa Lei estabelece as

LGPD



regras sobre como as empresas devem realizar o tratamento de dados pessoais no país. Esta lei tem como objetivo principal proteger a privacidade e os direitos dos indivíduos em relação aos seus dados pessoais, estabelecendo princípios, diretrizes e obrigações para as empresas que lidam com esses dados. Ela se baseia em conceitos como consentimento, finalidade, necessidade, transparência, segurança e responsabilidade.

A abrangência da LGPD é ampla, aplicando-se a todas as empresas e organizações que realizam o tratamento de dados pessoais no território brasileiro, independentemente do seu porte ou setor de atuação. A lei se aplica tanto a empresas privadas como a entidades governamentais.

No que diz respeito às multas, a LGPD prevê sanções administrativas para casos de descumprimento das suas disposições. As multas podem chegar a até 2% do faturamento da empresa no último exercício fiscal, limitadas a um total de R\$ 50 milhões por infração. Além das multas, a ANPD (Autoridade Nacional de Proteção de Dados) também pode aplicar advertências, bloqueio ou eliminação dos dados tratados de forma irregular, entre outras medidas.



2.1 Benefícios da LGPD

Entre os benefícios trazidos pela LGPD estão:

- **Maior proteção dos direitos dos indivíduos:** A lei fortalece a privacidade e dá aos titulares dos dados maior controle sobre suas informações pessoais, garantindo direitos como acesso, retificação, exclusão, portabilidade e revogação do consentimento.
- **Melhoria na segurança dos dados:** A LGPD estabelece requisitos e medidas para a segurança e proteção dos dados pessoais, incentivando as empresas a adotarem práticas e tecnologias adequadas para evitar incidentes de segurança e vazamentos.
- **Fortalecimento da confiança dos clientes:** O cumprimento da LGPD demonstra um compromisso com a proteção da privacidade dos clientes, contribuindo para a construção de uma relação de confiança e fidelidade.
- **Harmonização com padrões internacionais:** A LGPD alinha a legislação brasileira com os padrões internacionais de proteção de dados, facilitando o fluxo de dados entre o Brasil e outros países.



3. PRINCIPAIS NOMENCLATURAS DA LGPD

A LGPD possui algumas nomenclaturas específicas, estas precisam ser plenamente entendidas pelos colaboradores, para que o processo de implementação do Compliance LGPD ocorra de uma maneira adequada e a empresa mitigue os riscos relacionados à inadimplência com a Lei.

Dados pessoais: São informações relacionadas a uma pessoa física identificada ou identificável. Esses dados referem-se a qualquer informação que permita a identificação direta ou indireta de uma pessoa, como nome, CPF, RG, endereço, telefone, e-mail, dados biométricos, entre outros.



Dados pessoais sensíveis: São categorias especiais de dados pessoais que requerem um nível mais elevado de proteção devido ao seu potencial de discriminação ou risco. Isso inclui informações sobre origem racial ou étnica, opiniões políticas, crenças religiosas ou filosóficas, dados genéticos, dados biométricos, entre outros.



Titular dos dados: É a pessoa física a quem os dados pessoais se referem, ou seja, o indivíduo que é dono dos dados. É importante distinguir claramente o titular dos dados pessoais das pessoas jurídicas, que não possuem os mesmos direitos e proteções.

Tratamento de dados: Refere-se a qualquer operação realizada com dados pessoais, como coleta, armazenamento, uso, compartilhamento, exclusão, entre outras ações.

Controlador: É a pessoa física ou jurídica que toma as decisões sobre o tratamento de dados pessoais. É o responsável por determinar as finalidades e os meios de processamento dos dados.

Operador: É a pessoa física ou jurídica que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador, seguindo suas instruções.

Encarregado de Proteção de Dados (DPO): É o profissional designado pela empresa para atuar como ponto de contato entre a empresa, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD). O DPO é responsável por garantir o cumprimento das obrigações da LGPD.

Consentimento: É a manifestação livre, informada e inequívoca do titular dos dados concordando com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade específica. O consentimento deve ser obtido de forma clara e específica, não podendo ser presumido.



Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD): É a autoridade responsável por fiscalizar e regulamentar a aplicação da LGPD no Brasil, bem como receber denúncias, aplicar sanções e orientar empresas e titulares de dados.

Anonimização: É o processo pelo qual os dados pessoais são modificados de forma a não mais serem associados a um titular identificado ou identificável, de modo que não seja possível reidentificar os indivíduos a partir desses dados.

Transferência internacional de dados: Refere-se ao envio de dados pessoais para fora do território brasileiro, podendo envolver países ou organizações internacionais. A transferência de dados só é permitida para países que possuam um nível adequado de proteção ou mediante a adoção de garantias apropriadas, como cláusulas contratuais ou regras corporativas vinculantes.

Incidente de segurança: Refere-se a qualquer evento que comprometa a segurança dos dados pessoais, como acesso não autorizado, vazamento, perda ou destruição acidental dos dados. A LGPD estabelece a obrigação de notificar incidentes de segurança às partes envolvidas e à ANPD, quando aplicável.

Período de retenção de dados: refere-se ao tempo durante o qual os dados pessoais são armazenados e mantidos por uma empresa ou organização. É o intervalo de tempo em que os dados são considerados necessários para cumprir a finalidade original da sua coleta ou para atender a obrigações legais ou regulatórias.

Sanções e penalidades: A LGPD prevê sanções administrativas em caso de não conformidade com as disposições da lei. As penalidades podem incluir advertências, multas de até 2% do faturamento da empresa (limitado a R\$ 50 milhões por infração) e a proibição parcial ou total do exercício das atividades relacionadas ao tratamento de dados.

Essas nomenclaturas podem ser complexas e exigir um entendimento claro para garantir a conformidade com a LGPD. É importante que os colaboradores da organização ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA estejam familiarizados com esses termos e suas definições para evitar confusões e garantir uma aplicação adequada da legislação de proteção de dados.



4. DADOS GERAIS DA ORGANIZAÇÃO

Manter conformidade com a LGPD é crucial por várias razões: respeito à privacidade dos titulares dos dados, evitar multas e penalidades, construir confiança, minimizar riscos cibernéticos, acessar novos mercados, evitar litígios e demonstrar profissionalismo ético. Isso protege tanto os dados dos indivíduos quanto a reputação e operações das organizações.



Segmento da organização: associação

Estado: Ceará

Denominação do negócio: entidade

Público do negócio: parceiros

5. DATA PROTECTION OFFICER - DPO

O DPO (Data Protection Officer), ou Encarregado de Proteção de Dados, é uma figura fundamental na implementação e manutenção da conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados). O DPO desempenha um papel crucial como um ponto focal para todas as questões relacionadas à proteção de dados dentro de nossa organização.



DPO

Nome do DPO: Brenda Silveira Ruivo

E-mail: compras@institutosaovicente.com.br

Telefone comercial: 85 3021-0044

5.1 Deveres do DPO

I - Aceitar reclamações e comunicações dos titulares, prestar esclarecimentos e adotar providências:



O DPO é responsável por receber reclamações e comunicações dos titulares dos dados pessoais. Isso significa que qualquer pessoa cujos dados estejam sendo processados pela organização pode entrar em contato com o DPO para expressar preocupações, fazer perguntas ou apresentar queixas relacionadas ao tratamento de seus dados. O DPO deve estar preparado para fornecer explicações e esclarecimentos sobre como os dados estão sendo tratados e, se necessário, tomar medidas para resolver problemas ou violações de segurança.

II - Receber comunicações da autoridade nacional e adotar providências:

A autoridade nacional mencionada é a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) no contexto brasileiro. O DPO deve estar pronto para receber comunicações e orientações da ANPD. Se a autoridade nacional emitir diretrizes, regulamentos ou pedidos relacionados ao tratamento de dados pessoais, o DPO é responsável por garantir que a organização adote as providências necessárias para cumprir essas orientações. Isso inclui tomar ações corretivas ou ajustar procedimentos conforme exigido pela ANPD.

III - Orientar os funcionários e os contratados da entidade a respeito das práticas a serem tomadas em relação à proteção de dados pessoais:

Uma das funções cruciais do DPO é educar e orientar os funcionários e contratados da organização sobre as práticas adequadas de proteção de dados. Isso inclui fornecer treinamento para garantir que todos os colaboradores compreendam as políticas de privacidade, procedimentos internos e regulamentações relevantes relacionadas à proteção de dados pessoais. O DPO deve garantir que os funcionários saibam como lidar com os dados, como minimizar riscos e como cumprir as obrigações legais relacionadas à privacidade.

IV - Executar as demais atribuições determinadas pelo controlador ou estabelecidas em normas complementares:

O DPO é obrigado a realizar outras tarefas específicas conforme determinadas pelo controlador (a organização que decide como os dados pessoais serão processados) ou conforme definido em normas complementares, como regulamentos específicos ou diretrizes emitidas pela ANPD. Isso pode envolver tarefas adicionais relacionadas à proteção de dados pessoais e à conformidade com a LGPD.



6. DIAGNÓSTICO LGPD

A equipe de especialistas da INTUIX realizou uma análise e identificou áreas essenciais que demandam aprimoramentos para garantir a conformidade plena da organização ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Esses pontos de aperfeiçoamento foram criteriosamente selecionados com base nos processos envolvidos na coleta, processamento e armazenamento de dados pessoais:

Pontos de Melhoria Identificados

Entendimento da LGPD e Cultura de Compliance:

A organização precisa melhorar seu conhecimento sobre as regras e termos da LGPD. Também precisa melhorar sua cultura de compliance e privacidade dos dados pessoais.

Avaliação: Fraco

Coleta de Consentimento e Segurança dos dados Pessoais:

A organização está evoluindo na coleta de consentimento e segurança dos dados pessoais.

Avaliação: Razoável

Mapeamento do Fluxo de Dados e Período de Retenção:

A organização precisa aprimorar o mapeamento do fluxo de dados e ser mais criteriosa na formulação de seu período de retenção.

Avaliação: Fraco





**Níveis da
Avaliação**

Ruim

Fraco

Razoável

Bom

Excelente

Uma análise mais detalhada e instruções específicas para superar cada desafio estão disponíveis na seção subsequente. A INTUIX se empenha em oferecer um diagnóstico abrangente, destinado a auxiliar a organização na implementação de práticas sólidas de conformidade com a LGPD, assegurando o respeito à privacidade dos dados e a prevenção de possíveis implicações legais.

6.1 Medidas Gerais para Melhorias

Na lista abaixo, encontre os pontos de melhorias identificados e implemente as medidas sugeridas para aprimorar seu processo de compliance com a LGPD.

Ponto de aprimoramento	Medidas
Melhorar a definição dos prazos para descarte de dados.	Determinar prazos para a retenção e o posterior descarte de dados pessoais é essencial para atender aos requisitos da LGPD. Manter dados por mais tempo do que o necessário pode aumentar riscos e violar a privacidade dos titulares. Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none">● Realizar uma análise dos tipos de dados coletados e das finalidades para definir prazos adequados de retenção.● Estabelecer políticas de retenção claras e detalhadas, garantindo que os dados sejam excluídos após o período de retenção.● Implementar processos automatizados para identificar e remover dados que excedam o prazo de retenção.
A organização precisa implementar e divulgar melhor a Política de Privacidade e Cookies.	Uma política de privacidade clara e completa é fundamental para informar os titulares de dados sobre como suas informações pessoais são coletadas, processadas, usadas e protegidas. Além disso, a política de cookies deve explicar como são utilizados os cookies e outras tecnologias de rastreamento. Recomenda-se:



	<ul style="list-style-type: none">• Verificar se a política de privacidade detalha os tipos de dados coletados, a finalidade da coleta, as bases legais para o processamento, os direitos dos titulares e os procedimentos para exercer esses direitos.• Verificar se a política inclui informações sobre cookies e outras tecnologias de rastreamento, explicando como os visitantes podem gerenciar suas preferências de consentimento.• Disponibilizar a política de privacidade e cookies de forma acessível em seu site e em outros canais de coleta de dados.
<p>Entender e melhorar as formas de segurança para proteção dos dados.</p>	<p>A implementação de medidas de segurança robustas é fundamental para proteger os dados pessoais contra acesso não autorizado e violações de segurança.</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilizar criptografia para proteger dados pessoais em trânsito e em repouso.• Implementar controle de acesso para garantir que apenas pessoal autorizado possa acessar dados sensíveis.• Realizar auditorias regulares de segurança para identificar vulnerabilidades e corrigi-las prontamente.• Manter sistemas e software atualizados com as últimas correções de segurança.
<p>A organização precisa melhorar seu conhecimento sobre as regras e termos da LGPD.</p>	<p>Muitas empresas têm dificuldade em entender os detalhes da lei e como ela se aplica às suas operações. Recomendase:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar treinamentos e workshops sobre a LGPD para funcionários em todos os níveis.• Contratar consultorias especializadas em privacidade e proteção de dados para orientar as etapas de conformidade.
<p>A organização precisa</p>	<p>Identificar quais dados pessoais são coletados, processados e armazenados em toda a organização pode ser desafiador.</p>



aprimorar o mapeamento do fluxo de dados.	<p>Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none">● Realizar um inventário de dados pessoais, documentando os processos e finalidades de cada tipo de dado.● Designar responsáveis por cada categoria de dados para gerenciar sua conformidade.
A organização precisa avançar na implementação das Políticas e Procedimentos da LGPD.	<p>Elaborar políticas e procedimentos eficazes para lidar com o tratamento de dados pessoais pode ser complexo. Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none">● Desenvolver políticas claras de privacidade e proteção de dados, abordando coleta, processamento, armazenamento, compartilhamento e exclusão de dados.● Criar procedimentos para lidar com solicitações de titulares de dados, como acesso, retificação e exclusão de informações.
A organização necessita aprimorar a coleta de consentimento e garantir os direitos dos titulares de dados.	<p>Garantir que a coleta e o processamento de dados pessoais sejam baseados em consentimento válido e que os direitos dos titulares sejam respeitados é um desafio. Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none">● Obter consentimento explícito para coleta e processamento de dados sempre que necessário.● Implementar processos para atender às solicitações de titulares, como acesso a dados e exclusão.
A organização precisa aumentar a segurança e a proteção de dados.	<p>Manter a segurança dos dados pessoais e prevenir violações de segurança é uma preocupação constante. Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none">● Implementar medidas de segurança robustas, como criptografia, autenticação multifator e monitoramento contínuo de ameaças.● Estabelecer um plano de resposta a incidentes de segurança, caso ocorram violações de dados.
É recomendável que a organização adeque seu	<p>Gerenciar o compartilhamento de dados com terceiros de forma segura e em conformidade pode ser complicado.</p>



processo de realização de contratos com terceiros e parceiros.

Recomenda-se:

- Revisar contratos com terceiros para garantir que eles atendam aos requisitos da LGPD.
- Incluir cláusulas específicas de proteção de dados nos acordos com fornecedores e parceiros.

A organização precisa desenvolver uma cultura de privacidade.

Promover uma cultura organizacional que valorize a privacidade e proteção de dados pode ser desafiador.

- Integrar a conscientização sobre privacidade nos treinamentos regulares para funcionários.
- Nomear um encarregado de proteção de dados (DPO) para supervisionar a conformidade e atuar como ponto de contato para questões relacionadas à privacidade.



POLÍTICA INTERNA DE PROTEÇÃO DE DADOS

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

1. Definições

Para fins da Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, de acordo com o Capítulo 1 – Disposições preliminares, o Art. 5º especifica as principais informações determinantes:

Dado pessoal: qualquer informação relacionada a uma pessoa natural identificada ou identificável.

Dado pessoal sensível: qualquer dado pessoal que contenha informação sobre:

- Origem racial ou étnica.
- Convicção religiosa.
- Opinião política.
- Filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político.
- Saúde.
- Vida sexual.
- Genética ou biometria.

Titular: Pessoa natural (física) a quem se referem os dados. **Tratamento:** qualquer operação com os dados pessoais, incluindo armazenamento.

Consentimento: manifestação livre e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento dos seus dados pessoais para uma finalidade específica.

Operador: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento dos dados pessoais em nome do controlador. São operadores os empregados, prestadores de serviço e demais parceiros que participam do tratamento de dados pessoais dentro da empresa.

Controlador: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que administra e toma decisões sobre o tratamento de dados pessoais.

Agentes de tratamento: o controlador e o operador.

Tratamento: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;

Encarregado de Dados (DPO): pessoa indicada pelo controlador para ser responsável pela comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).



Prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;

2. Objetivo da política interna de proteção de dados

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA deve orientar a todos os membros acerca das boas práticas em proteção de dados pessoais, visando conformidade com a Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

3. Contexto da LGPD

A LGPD foi promulgada em 2018 com o objetivo de trazer ao ordenamento jurídico brasileiro uma preocupação que já tem lugar em todos os países desenvolvidos: a proteção de dados pessoais. No mundo todo, a legislação de proteção a dados de pessoas naturais é um instrumento necessário para garantir maior segurança jurídica e respeitabilidade aos direitos humanos fundamentais. Assim sendo, a conformidade com tais leis tem sido um fator importante na ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA.

4. Princípios da LGPD

São os princípios norteadores da Lei Geral de Proteção de Dados e também os desta política interna:

Adequação: o tratamento dos dados tem que ser compatível com a finalidade informada ao titular.

Necessidade: o tratamento deve ser limitado ao mínimo necessário para atingir a finalidade proposta.

Livre acesso: os titulares têm o direito de acessar a qualquer tempo as informações referentes ao tratamento que seus dados recebem.

Qualidade dos dados: o tratamento dos dados deve mantê-los exatos, claros, relevantes e atualizados, sem discrepâncias ou distorções.

Transparência: o tratamento dos dados deve ser explicado aos titulares de maneira transparente e acessível, observado o segredo comercial e industrial necessário.

Segurança: os dados pessoais devem ser protegidos pelo controlador, para que não sejam perdidos, alterados, destruídos ou acessados indevidamente.

Prevenção: cabe ao controlador tomar medidas para prevenir danos provenientes do tratamento de dados pessoais.

Não discriminação: o tratamento de dados pessoais não deve ser realizado com finalidades discriminatórias, ilícitas ou abusivas.

Responsabilização e prestação de contas: demonstração, aos titulares, das medidas utilizadas para garantir conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.



5. Responsabilidade compartilhada

A responsabilidade pelo correto tratamento dos dados pessoais dentro da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA é compartilhada entre todos aqueles que atuam como operadores, sendo fundamental a cooperação de todos para que a empresa esteja sempre em conformidade com a lei, oferecendo segurança a todos os titulares de dados pessoais sob seu controle.

Nos termos dos art. 42 e seguintes da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018), o operador de dados pessoais que descumprir as diretrizes lícitas de proteção de dados do controlador responderá como se também fosse controlador dos dados em questão, estando assim sujeito à responsabilidade civil, administrativa e criminal sobre o tratamento inadequado dos dados.

Segundo art. 23, a violação de segredos da organização, concepção que inclui dados pessoais sob seu controle, poderá a critério exclusivo da Direção ser motivo para embasar a demissão por justa causa de colaboradores ou a rescisão de contrato de prestadores de serviços envolvidos na violação, sem prejuízo das ações de regresso cabíveis judicialmente.

6. Tratamento dos dados pessoais

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA no seu tratamento de dados, deve seguir os princípios definidos nesta política, devendo ser estritamente voltado às finalidades às quais a coleta dos dados se destina, respeitando os princípios desta política e os critérios de compartilhamento e de segurança das informações.

Os dados pessoais devem ser manipulados apenas por pessoas que precisem lidar com eles. Assim, reduzem-se os riscos de falhas humanas propiciando um vazamento ou uso inadequado da informação. Para garantia, é necessário dividir os dados por setores e por responsabilidades específicas dentro de cada setor. Assim se saberá em cada situação quem são os operadores dos dados e os riscos de um incidente na segurança da informação diminuem.

Para garantir este tratamento setorizado dos dados, cada acesso ao banco de dados da empresa é individual e intransferível. Assim, somente pessoas autorizadas poderão ter acesso.

O mero acesso e/ou a utilização indevida de quaisquer dados pessoais armazenados ou processados pela empresa são terminantemente proibidos, sob pena de demissão por justa causa (ou rescisão do contrato de prestação de serviços) sem prejuízo da responsabilização cível e criminal cabível em âmbito judiciário.

7. Critérios de coleta dos dados pessoais.

As informações referentes a pessoas físicas somente devem ser coletadas na medida da necessidade para a prestação de serviços, e em todas as hipóteses cabíveis o consentimento para o tratamento dos dados deverá ser obtido em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados.

O consentimento é requerido ao solicitar os dados aos titulares, quando necessário, através do aceite no campo apropriado do sistema, ou um e-mail resposta com o qual a solicitação dos serviços for concluída, na fase comercial, ou ao solicitar assinatura de termos de consentimento.



8. Critérios de armazenagem dos dados pessoais.

Quanto à armazenagem, devem seguir as seguintes diretrizes:

Quando armazenados fisicamente, os dados devem ficar em local protegido, fora do alcance de outras pessoas que não são expressamente autorizadas a acessá-los.

Quando armazenados digitalmente, devem ficar em pasta protegida por criptografia e restrição de acesso por senha pessoal.

Eventuais cópias de dados pessoais somente devem ser feitas em caso de necessidade para cumprimento da finalidade proposta ao tratamento, todas as cópias devem ser administradas internamente e protegidas para que não ocorra vazamento de dados.

9. Critérios de compartilhamento interno de dados pessoais.

Os dados pessoais somente podem ser compartilhados com pessoas cuja função dentro da empresa exija que elas tenham acesso. Por exemplo: dados referentes a saúde ocupacional, como atestados médicos, exames admissionais, entre outros, só podem ser compartilhados dentro da empresa com pessoas responsáveis pelo tratamento dessas informações, como o responsável pelo RH, não podendo ser compartilhados com alguém da área técnica que não precise ter acesso a esses dados para o cumprimento de suas funções.

10. Critérios de compartilhamento externo de dados pessoais.

O compartilhamento de dados pessoais com pessoas ou entidades externas à empresa deve ser restrito ao mínimo necessário para a execução dos contratos e prestações de serviços nos quais os titulares estão envolvidos, ou para o cumprimento de qualquer obrigação legal. Mesmo quando o tratamento envolver diretamente a prestação de serviços, o consentimento para este tratamento e compartilhamento deverá ter sido previamente obtido. É vedado o compartilhamento externo de dados pessoais de parceiros ou qualquer parte pertencente da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, por qualquer meio, como por exemplo, telefônico, digital ou por escrito, sem autorização destes, sendo dada a ciência devida ao titular sempre que os dados forem compartilhados em um novo contexto, não previsto no consentimento recolhido.

11. Critérios de eliminação dos dados pessoais.

Quando atingida a finalidade do tratamento dos dados pessoais, e eles não mais precisarem ser armazenados para satisfazer quaisquer exigências legais, estes deverão ser devidamente eliminados física e digitalmente, com a comunicação desta eliminação ao titular nos casos em que ela se dê de maneira diversa àquela prevista no termo de consentimento aplicável.

12. Prestação de informações e transparência.



Os operadores de dados pessoais deverão prover todas as informações requeridas pelos titulares acerca do tratamento de seus dados pessoais, respeitando o direito da empresa de manter sigilo comercial quando cabível. A finalidade do tratamento deve ser sempre evidenciada e transparente.

Quando houver solicitação da prestação de informações sobre os dados pessoais pelo titular destes, os operadores deverão informar ao Encarregado da Proteção de Dados Pessoais sobre a solicitação e então prestar as informações solicitadas ao titular.

13. Encarregado da Proteção de Dados Pessoais (DPO).

O encarregado da proteção de dados pessoais ou DPO, é a pessoa responsável, nos termos da LGPD, pela comunicação entre os titulares.

São atribuições do encarregado verificar os riscos existentes, apontar as medidas corretivas e avaliar periodicamente a segurança de dados pessoais dentro da empresa, devendo também realizar eventuais comunicações necessárias com os titulares ou com o poder público. Quaisquer questionamentos que surgirem no dia a dia da empresa acerca da proteção de dados pessoais devem ser levados ao encarregado para que este possa orientar de imediato o operador ou buscar junto à ANPD e demais entidades especializadas uma orientação adequada ao questionamento levantado.

14. Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais.

O Encarregado da Proteção de Dados Pessoais manterá relatório de avaliação de riscos e impactos à proteção de dados pessoais, por meio do qual as medidas necessárias à segurança da informação de dados pessoais poderão ser estruturadas, implementadas e avaliadas.

Quando necessário é realizada a elaboração de um relatório de impacto e o encarregado de dados ficará responsável por informar os riscos e procedimentos necessários quando ocorre o vazamento de dados.

